UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JOAB JEFFERSON DA SILVA XAVIER

O idoso e sua participação – aspectos da vida urbana
componentes da cidade amiga do idoso

RIBEIRÃO PRETO

2016

JOAB JEFFERSON DA SILVA XAVIER

O idoso e sua participação – aspectos da vida urbana
componentes da cidade amiga do idoso

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de
Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvana Martins Mishima

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Xavier , Joab Jefferson da Silva

O idoso e sua participação – aspectos da vida urbana componentes da cidade amiga do idoso. Ribeirão Preto, 2016.

169 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Silvana Martins Mishima

1. Idoso. 2. Promoção da Saúde. 3.Participação. 4.Cidade Amiga do Idoso. 5.Atenção Primária à Saúde.

XAVIER , Joab Jefferson da Silva

O idoso e sua participação – aspectos da vida urbana componentes da cidade amiga do idoso

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Reinauguração

“Nossa idade – velho ou moço – pouco importa. Importa é nos sentirmos vivos e alvoroçados mais uma vez, e revestidos de beleza, a exata beleza que vem dos gestos espontâneos e do profundo instinto de subsistir enquanto as coisas em redor se derretem e somem como nuvens errantes no universo estável. Prosseguimos. Reinauguramos. Abrimos olhos gulosos a um sol diferente que nos acorda para os descobrimentos. Esta é a magia do tempo. Esta é a colheita particular que se exprime no cálido abraço e no beijo comungante, no acreditar na vida e na doação de vivê-la em perpétua criação. E já não somos apenas finitos e sós.”

Carlos Drummond de Andrade

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais, Cícero Xavier da Silva e Maria José da Silva Xavier, amigos e exemplos de vida pra mim, pelo amor incondicional, apoio ilimitado em todos os momentos de minha vida - base de tudo que sou - a enfrentar o mundo com honestidade, humanidade e perseverança.

Aos meus queridos irmãos Joelson, Joelma, Joselma e Joselene, pelo apoio, carinho e compreensão que foram fundamentais para a conclusão desse trabalho.

Aos meus avós Severino, Maria Xavier, Euclides e Rosa que espiritualmente estão comigo.

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas que me apoiaram ao longo desta jornada, cada uma delas de forma particular, desde o projeto até a conclusão deste estudo. A todas elas sou eternamente grato.

A todos os idosos participantes desta pesquisa pertencentes aos grupos de Promoção da Saúde do CSE Vila Tibério e Círculo Operário de Vila Tibério e dos lares Padre Euclides e Vicentino com os quais convivo, enriquecendo meu dia-a-dia e sendo exemplos valorosos de vida. Muito obrigado.

Em especial, à minha orientadora, Profa. Dra. Silvana Martins Mishima pela paciência, confiança, valiosos ensinamentos e liberdade para que eu encontrasse meus caminhos estimulando minha capacidade de tomar minhas próprias decisões e escolhas.

Aos Professores Silvano Coutinho e Luciana Kusumota pelas importantes sugestões no exame de qualificação.

À equipe do Centro de Saúde Escola da Vila Tibério: Adriana, Trude, Teresa Cristina, Inês, Lourdes, Josefina, Izilda (Fofa), Gilda, Helena, Eliana, Nilza, Marcelo, Camila, Renata, Gislaine, Marisa, Neuza, Juliana, Simara, Odila, Carolina, pelo apoio, acolhimento, amizade que contribuíram muito para a construção e enriquecimento desta pesquisa.

Agradeço também às secretarias da Direção da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Rosana e Adelmana e do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Andreia, Augusto, Olania.

À Shirley Figueiredo, secretária do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, por todo apoio, carinho, atenção e paciência durante a trajetória do doutoramento.

À Professora Regina Célia Fiorati e à Dr^a Trude Ribeiro da Costa Franceschini pela amizade, trocas de ideias e pela ajuda voluntária na coleta de dados dos grupos focais.

Aos meus queridos sobrinhos Ricardo, Felipe e Mateus e sobrinhas Ana Carolina, Jacqueline, Ana Flávia e Ana Beatriz.

Aos membros do Conselho Local de Saúde do CSE Vila Tibério: Ademir, Diva, Cleide, Maria do Carmo, Joselita, Dora, entre outros pela amizade, partilha e participação conjunta em favor da melhoria das condições de vida da população.

Ao casal amigo Mario e Irene, à Ritinha, Irmã Pura, Irmã Bernadete, Irmã Cleofas, Irmã Argentina. Zoraide, Zuleika, Cidinha, Izabel e todas as “meninas” do Círculo Operário da Vila Tibério pela amizade

Às amigas e amigos Adriana Mafra, Teresa Cristina, Trude, Fernando Braga, Mario Muraca, Ademir Gonzalez e Fernando Mitano, pela riqueza das conversas sobre as transformações do bairro da Vila Tibério e caminhos da coletividade para melhorá-lo.

Aos amigos Silvano e Raphael por trilharem os caminhos da Educação Física em benefício das populações.

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva - NUPESCO, especialmente às Professoras Maria José Bistafa Pereira, Cinira Magali Fortuna e Silvia Matumoto.

A CAPES e ao CNPq pelo apoio financeiro concedido para a realização desta pesquisa.

A todos aqueles e aquelas que me ajudaram nos caminhos do conhecimento e que, porventura, tenha me esquecido de relacionar nestes agradecimentos. Meu muito obrigado.

RESUMO

XAVIER, J.J.S. O idoso e sua participação – aspectos da vida urbana componentes da cidade amiga do idoso.

Esta investigação teve por objetivo analisar a participação de idosos em direção à promoção da saúde considerando a articulação com oito aspectos da vida urbana do projeto cidade amiga do idoso (espaços abertos e prédios, transporte, moradia, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, e apoio comunitário e serviços de saúde) do bairro Vila Tibério, município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil. Trata-se de pesquisa descritiva de abordagem qualitativa sustentada pelos conceitos e princípios da promoção da saúde, a partir da perspectiva da participação social e do estabelecimento de ambientes saudáveis, motivo do alinhamento com os aspectos da vida urbana do Projeto Cidade Amiga do Idoso. A pesquisa atendeu aos preceitos éticos, sendo sua realização aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa. A captação do empírico se deu por meio da realização de grupos focais com base no Protocolo de Vancouver, desenvolvido pelo Government of British Columbia, somando 32 idosos e 6 representantes de prestadores de serviços em 5 grupos focais. Adicionalmente, foi aplicado instrumento de avaliação funcional para verificar condição de independência ou dependência dos 32 idosos, sendo feita avaliação qualitativa da capacidade autorreferida pelos idosos, segundo a escala utilizada. Realizou-se análise de conteúdo na vertente temática para o material dos grupos, com a identificação de três temas: *território: lugar de vida e cidadania, formação de redes de suporte social ao idoso e participação dos idosos na vida do bairro*. A violência, o abandono presentes no território, em especial nos espaços coletivos, trazem preocupação e medo aos idosos, pois dificultam a livre circulação no território. Por outro lado, há no bairro certa tradição e possibilidade de serem construídas relações de amizade e apoio, que permitem ao idoso sentir-se acolhido, sendo enfatizado que as relações de amizade e mesmo as institucionalizadas, como por exemplo, o trabalho dos agentes comunitários de saúde, são necessárias às relações de convivência e sustentação na vida dos idosos. É trazida a importância dos jornais do bairro e de seu papel como elemento constitutivo da rede apoio na área de comunicação e informação dentro do território. A vinculação ao mundo do trabalho, com atividades remuneradas, ainda é uma forma que os idosos encontram de se manterem próximos aos amigos e participantes da vida em comunidade. Há dificuldade em ampliar a participação dos idosos por diferentes motivos que vão desde a dificuldade de mobilidade dentro do bairro, acesso à informação sobre as atividades disponíveis, ausência de canais mais ágeis de comunicação, baixa adesão aos processos de participação social no campo da saúde e assistência social, trabalho dos idosos como cuidadores de outros idosos familiares ou de netos. Situações que dificultam maior adesão aos processos de participação social, embora seja assinalada a importância destes processos para a melhoria do bairro. O conjunto dos resultados aponta que os idosos apresentam muitas dificuldades para ampliar sua participação nos processos coletivos no bairro, que por vezes se mostra hostil em suas condições a este grupo. Por outro lado se fazem presentes potencialidades, nas brechas e sugestões que indicam a possibilidade para se situarem no processo de construção da Promoção da Saúde no território em que estão inseridos, utilizando de suas características, perfis de vida e atuação para agir com autonomia e constituírem-se como protagonistas dos processos e de ações no território. Com a ciência dos limites, credita-se a esta investigação a possibilidade de que os elementos aqui discutidos possam oferecer subsídios para que as políticas voltadas ao envelhecimento saudável nos âmbitos da saúde, segurança, educação, assistência social, dentre outras possam se repensadas ou reestruturadas.

Descritores: Idoso, Promoção da Saúde, Participação Social, Cidade Amiga do Idoso, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

XAVIER, J.J.S. The elderly and their participation - aspects of urban life components of age-friendly city

This research aimed to analyze the participation of older people towards health promotion considering the articulation with eight aspects of urban life of the age-friendly city project (open spaces and buildings, transportation, housing, social participation, respect and social inclusion, participation civic and employment, communication and information, and community support and health services) of Vila Tibério neighborhood, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. This is descriptive qualitative research supported by the concepts and principles of health promotion, from the perspective of social participation and the establishment of healthy environments, align the subject with aspects of age-friendly city. The research meets the ethical precepts, and its realization approved by the Research Ethics Committee. The collection of empirical occurred by conducting focus groups based in the Vancouver Protocol, developed by the Government of British Columbia, adding 32 seniors and 6 representatives of service providers in 5 focus groups. Additionally, functional assessment instrument was applied to verify condition of independence or dependence of 32 elderly, being made a qualitative assessment of the capacity self-reported by the elderly, according to the scale used. Content analysis was carried out in the thematic strand for the material groups, with the identification of three themes: territory: place of life and citizenship, formation of social support networks for the elderly and participation of older people in the neighborhoods. Violence, abandonment present on the territory, especially in collective spaces, bring fear and concern for the elderly, because hinder the free movement in the territory. On the other hand, there are in the neighborhood certain tradition and possibility to be built friendly relations and support that allow the elderly to feel welcomed, and emphasized that the friendly relations and even institutionalized, such as the work of community health agents, are required to support coexistence and relationships in the elderly lives. It brought the importance of newspapers in the neighborhood and its role as a constitutive element of the support network in communication and information area within the territory. Linking to the world of work, with paid activities, is still a way that the elderly are to remain close to friends and participants of community life. It is difficult to increase the participation of older people for different reasons ranging from the difficulty of mobility within the neighborhood, access to information about the activities available, absence of more agile channels of communication, low adherence to social participation processes in health and social care, older people work as caregivers for other elderly relatives or grandchildren. Situations that hinder greater adherence to the processes of social participation, although it is indicated the importance of these processes to improve the neighborhood. The set of results shows that the elderly have many difficulties to expand its participation in the collective processes in the neighborhood, which sometimes shows hostile in their condition to this group. On the other hand are present potentials gaps and suggestions that indicate the possibility to situate in the process of building the Health Promotion in the territory in which they live, using its features characteristics, life profiles and activities to act autonomously and constitute themselves as protagonists of the processes and actions in the territory. With the science of limits, is credited to this research the possibility that the elements discussed here may offer subsidies for policies geared at healthy aging in the health areas, security, education, social assistance, among others can be rethought and restructured .

Keywords: Aged; Health Promotion; Social Participation; Age-Friendly City; Primary Health Care.

RESUMEN

XAVIER, J.J.S. Las personas mayores y su participación - aspectos de los componentes de la vida urbana de la ciudad amigable con los mayores.

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la participación de las personas mayores hacia la promoción de la salud teniendo en cuenta la articulación con ocho aspectos del proyecto de la vida urbana de la ciudad amigable con los mayores (espacios abiertos y edificios, transporte, vivienda, participación social, el respeto y la inclusión social, la participación cívica y empleo, comunicación e información, y apoyo a la comunidad y servicios de salud) vecinos del barrio Vila Tibério, ciudad de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. Se trata de un estudio descriptivo de enfoque cualitativo con el apoyo de los conceptos y principios de la promoción de la salud, desde la perspectiva de la participación social y la creación de entornos saludables, alinee el tema con los aspectos de la vida urbana del Proyecto Envejecimiento Ciudad Amiga. La investigación cumple con los preceptos éticos, y su realización aprobado por el Comité Ético de Investigación. La recolección de datos fue a través de la realización de grupos de enfoque basado en el Protocolo de Vancouver, desarrollado por el Gobierno de Columbia Británica, por un total de 32 personas mayores y seis representantes de los proveedores de servicios en cinco grupos de enfoque. Además, se aplicó la herramienta de evaluación funcional para comprobar el estado de la independencia o la dependencia de 32 personas de edad avanzada, se están realizando una evaluación cualitativa de la percepción subjetiva de las personas mayores de la capacidad, de acuerdo con la escala utilizada. Hemos llevado a cabo el análisis de contenido en el enfoque temático del contenido de los grupos, con la identificación de tres temas: *territorio: lugar de vida y ciudadanía, formación de redes de apoyo social a los ancianos y, la participación de las personas mayores en los barrios*. La violencia, el abandono presentes en el territorio, sobre todo en espacios colectivos, trae preocupación y el miedo a las personas mayores porque obstaculizan la libre circulación en el territorio. Por otro lado, hay cierta tradición en el barrio y posibilidad de hacer redes de amistad y apoyo que permiten a los ancianos a sentirse bienvenido, haciendo hincapié en que son necesarias las relaciones de amistad e incluso institucionalizada, como el trabajo de los trabajadores de la salud de la comunidad para las relaciones de convivencia y para apoyar la vida de las personas mayores. Los testimonios traen la importancia de los periódicos en el barrio y su papel como un elemento constitutivo de la red de apoyo en el área de la comunicación y la información en el territorio. La vinculación al mundo del trabajo, con actividades remuneradas, sigue siendo una forma de que las personas mayores encuentran para permanecer cerca de los amigos y como participantes de la vida comunitaria. Los resultados muestran que es difícil aumentar la participación de las personas de edad por diferentes razones, tales como: la dificultad de movilidad en el barrio, acceso a información sobre las actividades disponibles, hace falta canales más ágiles de comunicación, falta de adherencia a los procesos de participación social en salud y la asistencia social, y el trabajo de las personas mayores como cuidadores de los otros miembros mayores de la familia y nietos. Situaciones que dificultan una mayor adherencia a los procesos de participación social, aunque señaló la importancia de estos procesos para mejorar el barrio. Los resultados globales indican que los ancianos tienen muchas dificultades para ampliar su participación en los procesos colectivos en el barrio, que a veces se muestra hostil a este grupo. Por otro lado están presentes los potenciales en las lagunas y sugerencias que indican la posibilidad de se situar en el proceso de construcción de la Promoción de la Salud en el territorio en el que viven, utilizando sus características, perfiles de la vida y las actividades para actuar de forma autónoma y constituyen a sí mismos como protagonistas de los procesos y acciones en el territorio. Con la ciencia de los límites, se le atribuye a esta investigación la posibilidad de que los elementos aquí discutidos pueden ayudar a la formulación de políticas orientadas a un envejecimiento saludable en las áreas de salud, seguridad, educación, bienestar social, entre otros que pueden ser repensados y reestructurados.

Descriptores: Anciano; Promoción de la Salud; Participación Social; Ciudad Amigable con los Mayores; Atención Primaria de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa-múndi de parcerias do projeto cidade amiga do idoso.....	27
Figura 2. Quesitos pesquisados no projeto cidade amiga do idoso.	28
Figura 3. Determinantes do envelhecimento saudável.....	29
Figura 4. Esquema sobre técnicas para se obter a participação das comunidades no processo de formulação de políticas.	49
Figura 5. Pirâmide etária da população de Ribeirão Preto, 2000 e 2010.	62
Figura 6. Faixas de desenvolvimento humano (IDH-M 2010).	63
Figura 7. Mapa das micro-áreas com população estimada por ACS, no território do CSE da Vila Tibério. Ribeirão Preto, 2016	65
Figura 8. População de Ribeirão Preto e Vila Tibério, 2000 e 2010. Ribeirão Preto, 2016.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Esquema do Modelo da História Natural das Doenças, segundo Leavell e Clark.....	36
Quadro 2. Estrutura física da Rede de Atenção Básica e Especializada de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2016.....	64
Quadro 3. Estratificação por faixa etária, classes sociais e nível socioeconômico. Ribeirão Preto, 2016	71
Quadro 4. Exemplo do quadro elaborado para a análise dos dados. Ribeirão Preto, 2016.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos grupos focais por encontro e tempo (min) de realização. Ribeirão Preto, 2016	73
Tabela 2. Distribuição dos participantes do grupo focal segundo tipologia, sexo, idade, tempo de residência no bairro, renda. Ribeirão Preto, 2016	80
Tabela 3. Distribuição dos participantes do grupo focal dos representantes dos prestadores de serviços segundo sexo, idade, tempo de residência no bairro. Ribeirão Preto, 2016	84

LISTA DE SIGLAS

AIVD -	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AMOVITA -	Associação de Moradores da Vila Tibério e Adjacências
APS -	Atenção Primária em Saúde
CAPES -	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CECI -	Centros Especializados de Convivência para o Idoso
CCEB -	Critério de Classificação Econômica Brasil
CMI -	Conselho Municipal do Idoso
CNES -	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq -	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONSEG -	Conselho de Segurança
COVT -	Círculo Operário de Vila Tibério
CSE -	Centro de Saúde Escola
DEINTER -	Departamento de Polícia Judiciária de São Paulo Interior
EERP-USP -	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ESF -	Estratégia Saúde da Família
EJA -	Educação de Jovens e Adultos
GRUPAR -	Grupo de Apoio ao Paciente Reumático
HIPERDIA -	Hipertensão e Diabetes
HND -	História Natural da Doença
IAGG -	Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM -	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ILPI -	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IPEA -	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JORI -	Jogos Regionais do Idoso

NAL -	Núcleo de Apoio Local
NUPESCO -	Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva
OLIMPIC -	Olimpíada do Programa de Integração Comunitária
OMS -	Organização Mundial da Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIC -	Programa de Integração Comunitária
PNPS -	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD -	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PS -	Promoção da Saúde
SESC -	Serviço Social do Comércio
SEMAS -	Secretaria Municipal de Assistência Social
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBDS -	Unidade Básica e Distrital de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UNESP -	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
UNICEF -	United Nations Children's Fund
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento
USF -	Unidade de Saúde da Família
USP -	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Idoso, processo de envelhecimento e transição demográfica	23
1.2 O Projeto Cidade Amiga do Idoso	26
1.3 Questionamentos e reflexões às perguntas do estudo	30
2 OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo geral	33
2.2 Objetivos específicos	33
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE: HISTÓRICO, PRINCÍPIOS E CONTRIBUIÇÕES DAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS	35
3.1 Um pouco do histórico da Promoção da Saúde e seus princípios	35
3.2 Contribuições das Conferências Internacionais para o desenvolvimento do conceito de Promoção da Saúde	38
3.3 Princípios da Promoção da Saúde	42
3.3.1 Autonomia	43
3.3.2 Empoderamento	44
3.3.3 Participação Social	47
3.3.4 Governança	50
3.3.5 Território	51
3.3.6 Equidade	52
3.3.7 Intersetorialidade	53
3.3.8 Redes sociais	55
3.3.9 Sustentabilidade	56
3.3.10 Integralidade	58
4 PERCURSO METODOLÓGICO	61
4.1 Delineamento do estudo	61
4.2 O campo e o cenário da pesquisa	62
4.2.1 O município de Ribeirão Preto	62
4.2.2 O Centro de Saúde Escola da Vila Tibério e o Círculo Operário de Vila Tibério	64
4.2.3 A Vila Tibério – história e população	66

4.3 Procedimentos de coleta de dados: a população de referência, o grupo focal, os sujeitos e os instrumentos	68
4.3.1 População de referência do estudo	68
4.3.2 O grupo focal como técnica de apreensão do empírico	69
4.3.3 Os sujeitos da pesquisa e os critérios de inclusão	70
4.3.4 Os instrumentos e o desenvolvimento dos grupos focais.....	72
4.4 Procedimentos éticos	74
4.5 Análise dos dados	75
 5 A PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NO TERRITÓRIO DA VILA TIBÉRIO	79
5.1 Quem são os idosos que foram participantes da pesquisa	79
5.1.1 Perfil sócio demográfico dos idosos moradores da Vila Tibério sujeitos da pesquisa.....	79
5.1.2 Avaliação da condição funcional de idosos	81
5.2 Quem são os representantes dos prestadores de serviços que foram sujeitos da pesquisa	84
5.3 Refletindo sobre a Promoção da Saúde (PS) considerando o perfil dos participantes da pesquisa.....	85
5.4 O que falam os idosos e os representantes dos prestadores de serviços	86
5.4.1 Território: lugar de vida e cidadania	87
5.4.1.1 Território amigo x território hostil	88
5.4.1.2 Medo e violência urbana	97
5.4.1.3 Necessidades atendidas e não atendidas	100
5.4.2 Formação de rede de suporte social ao idoso.....	106
5.4.3 Participação dos idosos na vida do bairro	113
5.4.3.1 Sentido de pertencimento.....	114
5.4.3.2 Isolamento e exclusão.....	121
5.4.3.3 Participação na comunidade	122
 6 A TÍTULO DE CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONSTRUINDO POSSIBILIDADES	132
 REFERÊNCIAS.....	143
 APÊNDICE	156
 ANEXOS.....	167

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Sou professor de Educação Física formado pela UNESP e desde minha formação, em 1995, minhas preocupações e interesses estão relacionadas às questões sociais e humanas que envolvem às áreas da educação e saúde.

Desde 2005, tenho me aproximado do campo de conhecimento da área da Saúde Coletiva e sua relação com o idoso, a velhice e o processo de envelhecimento.

Desde minha graduação, meu interesse por questões ligadas aos aspectos fisiológicos, sociológicos e às políticas públicas de saúde existentes no Brasil e no mundo me conduziram a pesquisar, em um primeiro momento, no mestrado o equilíbrio funcional de idosos e a prática de tai chi chuan e, posteriormente, já no doutorado, o desafio maior de entender como ocorrem os processos de participação e o empoderamento de idosos em direção à conquista de um bairro amigo do idoso.

Ao escolher, após algumas entrevistas individuais com egressos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, a Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima, o Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESCO) e o Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública, senti-me confiante que estava no lugar certo para avançar conhecimentos que pudessem nortear meu objeto de estudo de doutoramento – os aspectos da vida urbana que possam garantir melhor qualidade de vida aos idosos e, população em geral, no bairro em que moram.

Esta pesquisa pode oferecer subsídios para que as políticas (de saúde, segurança, educação, dentre outras) possam se repensadas ou reestruturadas, uma vez que é dado ao idoso a possibilidade de expressar suas necessidades, deficiências e anseios nas discussões em grupos focais e apresentar aos órgãos municipais os resultados deste estudo.

Desde abril de 2013, ao participar como membro do Conselho Local de Saúde do Centro de Saúde Escola da Vila Tibério, em Ribeirão Preto, percebo com mais nitidez como tem-se dado à participação do idoso nas ações de promoção de saúde na Unidade de Saúde, assim como em equipamentos sociais que atendem este público, como no Círculo Operário da Vila Tibério e na Pastoral do Idoso. É preciso avançar para uma discussão mais abrangente, a da participação social, processo

através do qual a população participa do processo de formulação de políticas e do controle de sua execução na esfera do governo municipal.

O mestrado “Equilíbrio em idosos e prática de tai chi chuan” trouxe questionamentos e dúvidas à posteriori de que o acesso às práticas integrativas e complementares pode ficar prejudicado diante de uma cidade/bairro que não oferece oportunidades de segurança, transporte, espaços abertos e prédios com acessibilidade universal, respeito e inclusão social, comunicação e informação adequadas, apoio comunitário e serviços de saúde que deem suporte social necessário.

Estas questões somadas às reflexões sobre canais restritos de comunicação, anseios por mudança, participação social de idosos e a possibilidade de empoderamento em busca de melhores condições de vida são alguns dos pontos que norteiam este pensar reflexivo sobre a vida do idoso que mora no bairro da Vila Tibério, Ribeirão Preto/SP.

Propor mudanças nas políticas de envelhecimento ou contribuir para que as já existentes de fato “saíam do papel” são perspectivas futuras deste estudo.

Por outro lado, posso apontar como justificativa adicional da presente investigação, a trajetória profissional e pessoal de contato do pesquisador com o público idoso, que se deu desde a época em que desenvolvia num primeiro momento atividades físicas e de lazer em equipamento social ligado à assistência e a cultura (SESC – Serviço Social do Comércio) em São Luís/MA e Araraquara/SP de 1996 a 2002. Posteriormente, durante o período de 2005 a 2008, esta experiência se colocou mais uma vez em equipamento de saúde público (Núcleo de Saúde da Família III) em Ribeirão Preto, vinculado à rede de atenção primária à saúde. Adicionalmente, desde 2004, tenho me aproximado deste grupo no desenvolvimento de atividades físicas e culturais em Instituições de Longa Permanência para Idosos, sendo que este conjunto de experiências motivou a conhecer melhor o universo do idoso, a velhice e o processo de envelhecimento.

Considero também que como pesquisador, durante o mestrado de 2006 a 2008, muitas indagações e reflexões surgiram sobre a condição de vida dos idosos e instigaram a aprofundar novos conhecimentos em promoção da saúde que buscassem a compreensão sobre o entendimento que o idoso tem de sua autonomia, enquanto cidadão de direitos do bairro da Vila Tibério, no município de Ribeirão Preto, e as potencialidades e empoderamentos que pode desenvolver e se

apropriar para melhorar sua qualidade de vida e, conseqüentemente, de todos os moradores do bairro.

É neste contexto, que o presente estudo se insere.

O corpo deste trabalho foi elaborado e organizado em seis capítulos e subcapítulos, seguido pelas referências, apêndices e anexos, conforme apresentado a seguir.

O capítulo introdutório traz uma contextualização do marco legal sobre a condição do idoso no Brasil, como se dá o processo de envelhecimento e as projeções demográficas populacionais para as próximas décadas, assim como aponta o conceito, fundamentos e aspectos da vida urbana presentes no Projeto Cidade Amiga do Idoso desenvolvido no âmbito da Organização Mundial de Saúde. Este capítulo, por fim, apresenta questionamentos e reflexões que surgiram no decorrer desse estudo.

Em seguida, no capítulo 2, descrevemos os objetivos geral e específicos considerando a participação de idosos em direção à promoção da saúde e sua articulação com os aspectos da vida urbana, bem como a capacidade funcional dos idosos.

No capítulo 3 foi abordada a trajetória histórica, os princípios e as contribuições das Conferências Internacionais para o desenvolvimento do conceito de Promoção da Saúde. São também ressaltados os avanços obtidos em promoção da saúde desde a carta de Ottawa, em 1986, até a última Conferência realizada na Finlândia em 2013 e as repercussões na reformulação da Política Nacional de Promoção da Saúde de 2015.

O percurso metodológico foi desenvolvido no capítulo 4. Neste capítulo é apresentado o delineamento do estudo, o campo e o cenário da pesquisa, informações sobre o município de Ribeirão Preto e os equipamentos de saúde e social do bairro. Em adição, foram descritos os procedimentos de coleta de dados, aspectos éticos e a análise dos dados.

O capítulo 5 intitulado “A participação dos idosos no território da Vila Tibério” apresenta os sujeitos da pesquisa (idosos e prestadores de serviços), a capacidade funcional e o perfil sociodemográfico dos idosos participantes, assim como os três temas que emergiram das falas dos sujeitos deste estudo – território: lugar de vida e cidadania; formação de redes de suporte social ao idoso e; participação dos idosos na vida do bairro.

Para as considerações finais, no capítulo 6, são tecidas algumas considerações sobre promoção da saúde e sugestões apontadas por idosos e prestadores de serviços que melhorem os aspectos da vida urbana no bairro, e de certa forma na cidade.

Esta investigação aponta a possibilidade de que elementos aqui discutidos possam oferecer subsídios para que as políticas voltadas à promoção da saúde e ao envelhecimento saudável nos âmbitos da saúde, segurança, educação, assistência social, transporte, dentre outras possam se repensadas ou reestruturadas.

1 INTRODUÇÃO

“O envelhecimento da população é, antes de tudo, uma história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e econômico ...” Gro Harlem Brundtland (Diretora-Geral, OMS, 1999)

1.1 Idoso, processo de envelhecimento e transição demográfica

De acordo com o Estatuto do Idoso, em vigor no Brasil desde janeiro de 2004, são consideradas idosas todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Outro documento que ratifica esta condição é a Política Nacional do Idoso, que para os efeitos da lei, considera o mesmo corte temporal (BRASIL, 1998).

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial iniciado, em princípio, nos países desenvolvidos em decorrência da queda de mortalidade, grandes conquistas do conhecimento médico, urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental tanto em residências como no trabalho assim como, em decorrência dos avanços tecnológicos (MENDES; GUSMÃO; FARO; LEITE, 2005, ALVES, 2014). Todos esses fatores começaram a ocorrer no final da década de 40 e início dos anos 50 (MENDES; GUSMÃO; FARO; LEITE, 2005).

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, o aumento da expectativa de vida tem sido evidenciado pelos avanços tecnológicos relacionados à área da saúde nos últimos 60 anos, como as vacinas, uso de antibióticos, quimioterápicos que tornaram possível a prevenção ou cura de muitas doenças (MENDES; GUSMÃO; FARO; LEITE, 2005). Aliado a estes fatores a queda de fecundidade, iniciada na década de 60, permitiu a ocorrência de uma grande explosão demográfica (CAMARANO; KANSO, 2013).

A passagem gradual de uma situação caracterizada por alta-mortalidade/alta-fecundidade para a de baixa-mortalidade/baixa-fecundidade, como a que se observa no Brasil, traduz-se numa elevação da expectativa de vida média e num aumento em termos absolutos e proporcionais do número de pessoas atingindo idades absolutas

(RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987; BRASIL 2006c; CHAIMOWICZ; CAMARGO, 2013; ALVES, 2014).

No Brasil, a esperança de vida ao nascer para ambos os sexos era de 74,2 anos em 2013, sendo que passará a ser de 78,3 anos em 2030, 81,3 anos em 2050, alcançando 84,4 anos em 100, segundo projeções do IBGE (2008, 2013).

No Brasil, a população de idosos referente a novembro de 2010 era de 20.590.599 milhões, num universo de 190.755.799 habitantes. O percentual de pessoas com idade a partir dos 60 anos, naquele período, era de 10,8% em relação à população total brasileira (IBGE, 2010a). Segundo Alves (2014), a população idosa no Brasil deverá chegar a 41,6 milhões representando 18,7% da população brasileira. Em 2050, a expectativa será de 64 milhões de idosos, ocupando o 5º lugar entre os países com mais de 50 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, atrás da China (440 milhões), Índia (316 milhões), Estados Unidos (111 milhões) e Indonésia (72 milhões) (UNITED NATIONS, 2009).

O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados (PAPALÉO NETTO, 2013).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1993, p. 7):

O envelhecimento é um processo sequencial, acumulativo e irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

Pode-se considerar o envelhecimento como a fase de todo um *continuum* que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte (PAPALÉO NETTO, 2013), dessa forma, nascemos, crescemos e amadurecemos; e deste modo até a nossa morte, passamos a vida toda envelhecendo (DUARTE, 2001).

Assim, o envelhecimento deve ser visto como uma conquista. Mas, as pessoas não querem envelhecer nem ficar dependendo dos outros para tomar decisões e desempenhar atividades cotidianas. Pessoas idosas não devem ser vistas como indivíduos inúteis, que tenham perdido sua utilidade para a sociedade. Ainda que mais vulneráveis, os idosos merecem dignidade, amor e respeito (TEIXEIRA, 2002; LEMOS; MEDEIROS, 2014).

Por outro lado, Camarano e Kanso (2013) entendem que os idosos são um grupo populacional que vive a última fase da vida, sendo que não há uma ideia clara do que marca a transição para essa fase. Pode-se falar em processos biológicos, aparência física, surgimento de doenças crônicas, perda de capacidades físicas e mentais e de papéis sociais, nascimento de netos, entre outros, sendo que muitos desses processos caracterizam essa fase; mas a delimitação do seu início é difícil, pois é afetado por condições sociais, econômicas, regionais, culturais, étnicas e de sexo.

Esta heterogeneidade é acentuada pela constatação de que este segmento populacional experimentou trajetórias diferenciadas que vão afetar as suas condições de vida; trajetórias fortemente marcadas pelas desigualdades sociais, regionais e raciais em curso no país. As políticas sociais podem reforçar essas desigualdades ou atenuá-las, bem como mitos, estereótipos e preconceitos em relação à população idosa (CAMARANO; KANSO, 2013).

O Estado em conjunto com as comunidades devem se organizar para prestar serviço a estas pessoas, providenciando segurança, transporte, moradia, inclusão social, informação, apoio comunitário e serviços de saúde além de outros aspectos importantes para a manutenção de uma vida digna. Esta abordagem de perceber os idosos como um grupo vulnerável, entretanto, cria uma dependência e, frequentemente, tira do indivíduo e/ou até de uma classe de indivíduos, o sentido de autonomia e independência pessoal.

Para manter independência, autonomia e dignidade, os idosos não podem somente ser objeto de compaixão e serviço. Ambos, tanto o indivíduo como o grupo de cidadãos idosos, devem ser envolvidos em tomada de decisões que afetam suas próprias vidas e a comunidade em que eles vivem (TEIXEIRA, 2002; LEMOS; MEDEIROS, 2014).

Segundo o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2003, p.29) são necessárias mudanças das atitudes, das políticas e das práticas em todos os níveis e em todos os setores, para que possam se concretizar as enormes possibilidades que oferece o envelhecimento no século XXI. O objetivo do Plano de Ação consiste em garantir que em, todas as partes, a população possa envelhecer com segurança e dignidade e que os idosos possam continuar participando em suas respectivas sociedades como cidadãos com plenos direitos e “[...] oferecer um instrumento prático para ajudar os responsáveis pela formulação de políticas a

considerar as prioridades básicas associadas com o envelhecimento dos indivíduos e das populações”, reconhecendo-se as características comuns do envelhecimento e os problemas que apresenta e se formulam recomendações concretas adaptáveis às mais diversas circunstâncias de cada país.

1.2 O Projeto Cidade Amiga do Idoso

O projeto mundial Cidade Amiga do Idoso foi desenvolvido por Alexandre Kalache e Louise Plouffe da sede da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Genebra, Suíça, e foi lançado no XVIII Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria (IAGG) no Rio de Janeiro, Brasil, em junho de 2005 (OMS, 2008; PLOUFFE; KALACHE, 2010).

O conceito de Cidade Amiga do Idoso foi construído a partir dos fundamentos do envelhecimento ativo – considerado como processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem (OMS, 2008), sendo que “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (WHO, 2005).

Trinta e cinco cidades, de todos os continentes, participaram deste projeto (Figura 1). Em 33 delas, foram realizadas pesquisas com grupos focais formados por idosos de 60 anos ou mais, de classe social baixa e média. Cento e cinquenta e oito grupos focais, com 1.485 participantes, foram realizados, entre setembro de 2006 e abril de 2007. Em todas as trinta e três cidades nas quais os grupos focais foram realizados, os idosos foram a principal fonte de informação, caracterizando uma participação da base em direção ao topo (*bottom up*) permitindo que os idosos analisem e expressem situações para o desenvolvimento de políticas públicas (OMS, 2008).

Este tipo de participação é recomendado pela Organização das Nações Unidas (ONU) por dar poder aos idosos e lhes permitir contribuir para a sociedade e participar de processos de tomada de decisões, assim como analisarem e expressarem sua condição a partir de suas experiências com relação ao que é e o que não é amigável

às pessoas idosas e o que pode ser feito para tornar o local em que vivem mais amigável aos idosos (OMS, 2008).

Fonte: OMS, 2008

Figura 1. Mapa-múndi de parcerias do projeto cidade amiga do idoso.

Para complementar as informações dos idosos e cuidadores, a maioria das cidades realizou também, grupos focais com prestadores de serviços dos setores público, privado e voluntários. No total foram ouvidos 250 cuidadores e 490 prestadores de serviços que fizeram suas observações com base nas interações que mantinham com os idosos. Tanto cuidadores quanto prestadores de serviços trouxeram informações não relatadas pelos idosos, mas que expressavam consistência e coerência com as visões e opiniões expressas pelos idosos.

Oito aspectos da vida urbana foram avaliados: prédios públicos e espaços abertos, transporte, moradia, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação e, apoio comunitário e serviços de saúde.

Fonte: OMS, 2008

Figura 2. Quesitos pesquisados no projeto cidade amiga do idoso.

Os três primeiros aspectos investigados foram: prédios públicos e espaços abertos, transporte e moradia que representam as principais características do ambiente físico de uma cidade e que têm uma grande influência sobre a mobilidade pessoal e que se traduz na segurança contra quedas e lesões, segurança em relação a crimes, comportamento em relação à saúde e à participação social (OMS, 2008).

Outros três tópicos refletem os diferentes aspectos do ambiente social e da cultura e estão relacionados ao respeito e inclusão social que abordam as atitudes, o comportamento e as mensagens de outras pessoas e da comunidade como um todo em relação aos idosos; a participação social diz respeito ao engajamento dos idosos em atividades recreativas, sociais, culturais, educacionais e espirituais; a participação cívica e emprego enfocam oportunidades de cidadania, trabalho voluntário e remunerado e estão relacionados aos determinantes econômicos do envelhecimento ativo. Os dois últimos tópicos – comunicação e informação, e apoio comunitário e serviços de saúde – englobam ambientes sociais e determinantes de saúde e serviços sociais (OMS, 2008).

Os determinantes do envelhecimento ativo de cultura e gênero foram incluídos apenas indiretamente neste projeto, porque sua influência sobre o envelhecimento ativo vai muito além da vida urbana. Por causa da grande abrangência de sua

influência estes determinantes merecem iniciativas específicas para eles (OMS, 2008).

Em uma cidade amiga do idoso, políticas, serviços, ambientes e estruturas dão apoio e capacitam as pessoas a envelhecer ativamente ao reconhecer a ampla gama de capacidades e recursos entre os idosos; prever e responder, de maneira flexível, às necessidades e preferências relacionadas ao envelhecimento; respeitar as decisões dos idosos e o estilo de vida que escolheram; proteger aqueles que são mais vulneráveis e promover a sua inclusão e contribuição a todas as áreas da vida comunitária (OMS, 2008). Todos esses fatores, individualmente e combinados uns com outros, exercem um papel importante sobre o envelhecimento de cada indivíduo. Muitos aspectos do ambiente urbano e dos serviços refletem esses determinantes (Figura 3) e fazem parte das características de uma cidade amiga do idoso.

Fonte: OMS, 2008

Figura 3. Determinantes do envelhecimento saudável.

Esses determinantes têm de ser compreendidos sob uma perspectiva do curso de vida, que reconhece que os idosos não formam um grupo homogêneo e que a diversidade individual tende a aumentar com a idade (WHO, 2005).

O conceito de Cidade Amiga do Idoso alinha-se às perspectivas de renovação da Atenção Primária em Saúde (APS), expressas pela Organização Pan-Americana de Saúde que considera que a APS deve ser parte integral do desenvolvimento dos

sistemas de saúde, apontando a necessidade de se estabelecer um marco conceitual sustentado por *valores* que oferecem uma base moral para as políticas e programas (direito à saúde, equidade, solidariedade), *princípios* que servem de ponte entre os valores e os elementos estruturais e funcionais do sistema de saúde, dentre deles tem-se a orientação para qualidade, sendo para isto necessário dotar os trabalhadores de conhecimentos clínicos, epidemiológicos, sociais adequados, para a resposta mais adequada aos problemas e necessidades identificadas, e os *elementos essenciais* que são os elementos estruturais e funcionais do sistema de saúde que viabilizam os valores e princípios do sistema de saúde, como por exemplo: mecanismos de participação ativa, ações intersetoriais (OPAS, 2008).

Sob uma perspectiva individual e social, é importante ter-se em mente que a velocidade do declínio pode ser influenciada, e pode ser reversível em qualquer idade, por meio de ações individuais e políticas públicas, como a promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Do ponto de vista operacional, sustentado por estas questões e pelo processo de envelhecimento, os aspectos a serem investigados e que oferecem a dimensão de uma cidade/bairro amigável ao idoso são: acesso aos serviços de saúde, espaços públicos, acessibilidade universal para prédios e edificações, sistema de transporte e sinalização de trânsito, condição de moradia, segurança, atividades sociais e de lazer, áreas verdes e iluminação pública. Este conjunto de aspectos está articulado a diferentes elementos ligados à vivência do idoso no ambiente urbano e, de acordo com Bodstein (2009), o sucesso ou fracasso das iniciativas está profundamente ligado ao engajamento, à adesão e à participação ativa de indivíduos e comunidades.

1.3 Questionamentos e reflexões às perguntas do estudo

As inquietações que vem se fazendo presentes na vivência com os idosos, derivando questões apontadas anteriormente, levam a perguntas e a respostas a serem perseguidas neste estudo: O bairro tem constituídos espaços de participação ou dá oportunidade aos idosos de serem ouvidos em suas reivindicações? Uma população crescente numericamente, como a dos idosos, e significativa

quantitativamente na população total, mas não coeso em suas reivindicações, pode se empoderar social e politicamente para conquistar suas aspirações e desejos?

Diante do exposto e tomando o aumento da população idosa, este estudo se justifica na necessidade de investigar como se dá a participação de idosos e sua influência no cenário do bairro Vila Tibério, considerando os aspectos de uma Cidade Amiga do Idoso. A sustentação pelo referencial teórico da Promoção da Saúde (PS) pode permitir compreender as exigências crescentes desta população em relação ao território onde vivem, oportunizando-lhe fala que aponte os problemas, as preocupações, as iniciativas, as recomendações e sugestões que encontram para a melhoria do ambiente urbano onde vivem e possibilitem o favorecimento de um envelhecimento ativo e saudável.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a participação de idosos em direção à promoção da saúde considerando a articulação com oito aspectos da vida urbana do projeto Cidade Amiga do Idoso (espaços abertos e prédios; transporte; moradia; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; e apoio comunitário e serviços de saúde) do bairro Vila Tibério, município de Ribeirão Preto.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a capacidade funcional dos idosos sujeitos da pesquisa segundo escala de atividades instrumentais de vida diária (AIVD);
- Analisar o acesso aos serviços de saúde, espaços públicos, acessibilidade universal para prédios e edificações, sistema de transporte e sinalização de trânsito, condição de moradia, segurança, atividades sociais e de lazer, áreas verdes e iluminação pública, segundo os idosos residentes na área geográfica do CSE Vila Tibério e prestadores de serviços do bairro;
- Analisar como os aspectos do projeto Cidade Amiga do Idoso segundo os idosos residentes na área geográfica do CSE Vila Tibério e prestadores de serviços do bairro contribuem para a autonomia e promoção da saúde dos idosos.

*Promoção da Saúde: Histórico, Princípios e
Contribuições das Conferências Internacionais*

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE: HISTÓRICO, PRINCÍPIOS E CONTRIBUIÇÕES DAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS

3.1 Um pouco do histórico da Promoção da Saúde e seus princípios

Nesta investigação, considerando os elementos que podem ser considerados para um ambiente urbano amigável à vida dos idosos em comunidade, o quadro teórico sustenta-se na concepção de Promoção da Saúde (PS).

O termo Promoção da Saúde (PS) foi utilizado pela primeira vez em 1946, pelo médico e sanitarista canadense Henry Sigerist para definir o que considerava as quatro tarefas essenciais ou funções da Medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; WESTPHAL, 2006; BUSS, 2009). Para ele a Promoção da Saúde significava por um lado ações de educação em saúde e, por outro, ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida como as ações sobre os determinantes da saúde (WESTPHAL, 2006).

Outra visão sobre a PS aparece na década de 60, nos Estados Unidos, nos trabalhos de dois outros sanitaristas da época, Hugh Leavell e Edwin Clark. Estes dois teóricos americanos apresentaram o modelo da História Natural da Doença – HND (LEAVELL; CLARK, 1977) ou História Natural do Processo Saúde-doença (WESTPHAL, 2006) introduzindo uma das compreensões do modelo de multicausalidade do processo saúde-doença e os níveis de prevenção.

O conceito de HND pode ser definido como todas as interrelações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente (tríade ecológica) que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar (pré-patogênese), passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (patogênese). Uma vez que os elementos causais da doença podem advir de agentes patológicos animados e inanimados, do meio ambiente humano ou do interior do próprio homem, estes fatores devem ser examinados minuciosamente por ocasião da ocorrência de uma doença, caso se queira interceptar as causas e evitar seus efeitos (LEAVELL; CLARK, 1977).

O conceito de prevenção, definido como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL; CLARK, 1977, p.17), apresenta-se em três fases: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é a realizada no período de pré-patogênese. O conceito de Promoção da Saúde aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como um conjunto de ações que desenvolveriam uma saúde “ótima”. Um segundo nível da prevenção primária, seria a proteção específica, com foco na criação de barreiras específicas que impedissem o desequilíbrio na relação do agente, meio ambiente e hospedeiro. A fase da prevenção secundária também se apresenta em dois níveis: no primeiro, o diagnóstico precoce e tratamento imediato, e no segundo, a limitação da invalidez. Por fim, a prevenção terciária, que diz respeito a ações de reabilitação (LEAVELL; CLARK, 1977). No Quadro 1 pode-se ver o esquema do modelo de intervenção em saúde desenvolvido por Leavell e Clark (1977).

Fonte: Leavell e Clark, 1977

Quadro 1 – Esquema do Modelo da História Natural das Doenças, segundo Leavell e Clark.

O caminho em direção ao moderno conceito de Promoção da Saúde, diferenciado daquele de prevenção de doenças ainda percorreu outros caminhos, antes de ser discutido, elaborado e desenvolvido em Conferências Internacionais.

Uma influência importante na construção do conceito foi a do ministro da saúde canadense Marc Lalonde que, na década de 1970, questionou os investimentos realizados pelos governos anteriores a partir dos resultados em melhoria dos indicadores de saúde. Lalonde realizou investigações sobre a causalidade do processo saúde-doença no seu país e verificou que os estilos de vida e ambiente eram responsáveis por oitenta por cento das causas de doenças e que não estava havendo investimento no controle dessas causas (WESTPHAL, 2006).

Com esses argumentos questionou o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de saúde e elaborou e produziu em 1974 o Informe (Relatório) Lalonde considerando os impactos dos excessivos gastos com a organização dos cuidados médicos e destacou a importância do estilo de vida (comportamento) das pessoas como foco principal, ao lado de fatores biológicos, ambientais e o sistema de saúde como os principais determinantes do processo saúde-doença (MARZOCHI, 2002; WESTPHAL, 2006).

Outro avanço considerável ocorreu em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o *United Nations Children's Fund* (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata em 1978. Há amplo consenso de que este foi um dos eventos mais significativos para a Saúde Pública, em termos mundiais, ocorrida na segunda metade do século XX, pelo alcance que teve em quase todos os sistemas de saúde no mundo (BUSS, 2009).

A saúde foi pela primeira vez reconhecida como um direito, a ser atendido não só pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas por um trabalho de cooperação com os outros setores da sociedade, sendo que sua estratégia básica, a Atenção Primária à Saúde (APS), com participação dos usuários no processo, gradativamente, foi demonstrando que a meta estabelecida por seus participantes – “Saúde para todos no ano 2000”, dependia de mudanças nas relações de poder entre os que oferecem serviços de saúde e os que utilizam (WESTPHAL, 2006).

A partir da década de 1980, a PS passou a ganhar destaque no campo da Saúde Pública; o conceito foi introduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e seu marco conceitual e sua prática foram desenvolvidos por organizações internacionais e por vários estudiosos (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; WESTPHAL, 2006; BUSS, 2009; CZERESNIA, 2009; BUSS, 2010).

O entendimento conceitual e metodológico da PS veio sendo encorpado a partir de distintas conferências internacionais sobre a temática promovidas pela OMS, com o objetivo de promover o suporte das ideias e medidas necessárias para as ações em saúde. O resultado da discussão aberta e organizada em cada conferência era expresso através da elaboração final de um documento em defesa da PS, salientando o bem-estar de todos os povos como requisito essencial para o desenvolvimento dos países e para a manutenção da paz mundial (BRASIL, 2002).

3.2 Contribuições das Conferências Internacionais para o desenvolvimento do conceito de Promoção da Saúde

O moderno conceito de PS, assim como o desenvolvimento de novas práticas coerentes com suas bases políticas e ideológicas vem acontecendo nos últimos 29 anos, depois da I Conferência Internacional de PS que se tornou referência para as demais e que se realizou no Canadá, em *Ottawa* (1986) e gerou a Carta de *Ottawa* (UIPES/ORLA, Brasil, 2003). Este documento foi inspirado nos princípios da Declaração de Alma Ata que estabeleceu as estratégias da Atenção Primária à Saúde e que tinha como meta “Saúde para todos no ano 2000” (MARZOCHI, 2002; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; WESTPHAL, 2006; BUSS, 2009; BUSS, 2010).

A Carta de *Ottawa* se tornou o documento mais importante como marco conceitual da PS e apresenta um conceito amplo de saúde como o mais completo bem-estar mental, físico e social determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais (WESTPHAL, 2006).

Inspirada no Relatório Lalonde de 1974, a Carta de *Ottawa*, traz a definição clássica da promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (OMS, 1986, p.1; BRASIL, 2002; BODSTEIN, 2009; BUSS, 2010) e estabelece que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são equidade, paz, justiça social, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável e recursos sustentáveis; afirmando que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos (UIPES/ORLA, Brasil, 2003; BUSS, 2009).

A Carta de *Ottawa* explicita que a promoção à saúde está além do setor saúde e enfatiza a atribuição de fazer com que todos os setores, assumam a saúde como meta e compreendam as implicações de suas ações para a saúde da população. A Carta de *Ottawa* contempla cinco campos centrais de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária (poder das comunidades), desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e reorientação do sistema e serviços de saúde como uma atividade eminentemente intersetorial e como um processo que confere à população meios de identificar os determinantes de saúde e exercer controle sobre eles, de modo a lhe assegurar qualidade de vida (MARZOCHI, 2002; UIPES/ORLA, Brasil, 2003; BUSS, 2009).

As 'políticas públicas saudáveis' se expressam por diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações coordenadas que apontam para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e política sociais. Este conceito vem em oposição à orientação prévia à Conferência, que identificava a PS primordialmente com a correção de comportamentos individuais, que seriam os principais, senão os únicos, responsáveis pela saúde (BUSS, 2009).

A 'criação de ambientes favoráveis à saúde' implica o reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre diversos setores. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passam a compor, centralmente a agenda da saúde (BUSS, 2009).

O incremento do 'poder das comunidades' na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde é essencial nas iniciativas de promoção da saúde. A Carta de *Ottawa* enfatiza que as ações comunitárias serão efetivadas se for garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área. É o conceito de *empowerment* comunitário, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política em prol de sua saúde (BUSS, 2009).

O 'desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais' favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos da ação da PS. Para isto é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em qualquer espaço coletivo. Este componente da Carta de *Ottawa* resgata a dimensão da educação em saúde, embora aqui também avance com a ideia de *empowerment*, agora no plano individual, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de consciência política propriamente dita (BUSS, 2009).

A 'reorientação dos serviços de saúde' na direção da concepção da PS, além do provimento de serviços assistenciais, está entre as medidas preconizadas na Carta de *Ottawa*. O documento preconiza também uma visão abrangente e intersetorial, ao recomendar a abertura de canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais (BUSS, 2009).

Após *Ottawa*, sucederam-se mais cinco Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde:

- a segunda (1988) em Adelaide, na Austrália que elegeu como tema central as políticas públicas saudáveis;

- a terceira (1991) em *Sundswall*, na Suécia, foi a primeira a focar a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos e teve como tema os ambientes saudáveis à saúde;

- a quarta (1997) realizada em Jacarta, na Indonésia, primeira a ser realizada em um país em desenvolvimento, enfatizou o surgimento de novos determinantes da saúde destacando os fatores transnacionais como a integração da economia global, os mercados financeiros, o acesso aos meios de comunicação e reafirmou a posição central da participação popular e do *empowerment* atrelados ao acesso à educação e à informação;

- a quinta (2000) realizada no México buscou promover a responsabilidade social em matéria de saúde, ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos, assegurar a infraestrutura necessária à promoção de saúde e fortalecer sua base científica e reorientar os sistemas e serviços de saúde;

- a sexta (2005) realizada em Bangkok na Tailândia, procurou identificar as ações, os compromissos e as promessas necessárias para abordar os determinantes da saúde num mundo globalizado através da promoção da saúde, dirigiu-se as organizações responsáveis pela manutenção dos objetivos de saúde e

defendeu, como requisito do desenvolvimento global, as políticas e alianças capazes de capacitar as comunidades para a melhoria social, além de reafirmar os valores e estratégias da Carta de *Ottawa* (BRASIL, 2002; BUSS, 2009).

- a sétima (2009) ocorrida em Nairobi no Quênia, identificou “as estratégias-chave e os compromissos necessários para implementar e desenvolver ações de saúde” (FRAGA et al., 2013, p. 22), e elencou responsabilidades como fortalecer as lideranças, adotar a promoção da saúde como política transversal, empoderar pessoas e comunidades, fortalecer a participação e construir e colocar em prática conhecimentos para a busca de evidências de efetividade da promoção da saúde tanto para países desenvolvidos como países em desenvolvimento (FRAGA et. al, 2013).

- a oitava (2013) realizada em Helsinque na Finlândia, com a denominação de *Saúde em Todas as Políticas* apelou aos governos para que cumprissem suas obrigações para com a saúde dos cidadãos e o bem-estar através das seguintes ações:

comprometer-se a lidar com os determinantes sociais da saúde como prioridade política, adotando o enfoque da *Saúde em Todas as Políticas*; assegurar estruturas e processos sustentáveis e efetivos que permitam a implementação do enfoque *Saúde em Todas as Políticas* em todo o governo; fortalecer a capacidade dos Ministérios da Saúde para envolverem outros setores do governo, através de liderança, parceria, advocacia e mediação para alcançar resultados de saúde, por meio da implementação de políticas; construir recursos humanos, capacidade institucional e habilidades técnicas que facilitem a implementação da *Saúde em Todas as Políticas*; adotar auditoria transparente e mecanismos de responsabilização que construam a confiança no governo e entre governos e seus cidadãos; estabelecer salvaguardas para conflitos de interesse que protejam a formulação de políticas de interesses comerciais e de investimentos; fomentar o engajamento significativo do público e da sociedade civil no desenvolvimento, implementação e monitoramento da *Saúde em Todas as Políticas* (UIPES/ORLA – Brasil, 2013)

A partir da análise das Conferências de Promoção da Saúde, organizadas pela OMS pode-se perceber que, ao longo dos mais de 25 anos de realização das mesmas, foram reforçados e difundidos conceitos básicos como equidade, intersetorialidade e participação social (FRAGA et. al., 2013), assim como a exigência do fortalecimento da Saúde Pública em torno do compromisso de Saúde para Todos, a partir da utilização de novas estratégias para o atendimento de seus

objetivos, dentre elas a de formular políticas públicas saudáveis (WESTPHAL, 2006; FERNANDEZ; MENDES, 2007).

Nos documentos produzidos nas Conferências é possível identificar “uma proposta sociopolítica que se preocupa com as iniquidades e com a participação da sociedade no processo de tomada de decisão sobre saúde e qualidade de vida” (WESTPHAL, 2006, p. 652).

É importante ressaltar ainda que estes documentos trazem, em seu bojo, a disseminação de estratégias participativas que possibilitam aos indivíduos a oportunidade de ampliar o seu poder tanto individual como coletivamente, bem como:

um privilegiamento da visão holística da saúde e da determinação social do processo saúde-doença, da equidade social, da intersetorialidade e da participação social para o fortalecimento da ação comunitária e da sustentabilidade ao definir estratégias de ação (WESTPHAL, 2006, p. 652).

É importante destacar que a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), ao propor mudanças no trabalho em saúde com vistas a promover a saúde e a qualidade de vida, está em conformidade com esses documentos que enfatizam ser mais fácil alcançar os objetivos do governo quando todos os setores incorporam a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de políticas. Isso se dá porque as bases da saúde e do bem-estar encontram-se fora do setor Saúde, sendo formadas social e economicamente o que expressa a necessidade de que seja estabelecido um novo contrato social entre todos os setores para ampliar o desenvolvimento humano, a sustentabilidade e a equidade, assim como para melhorar as condições de saúde da população (BRASIL, 2015).

3.3 Princípios da Promoção da Saúde

Os princípios da PS, como apresentados neste estudo, estão contemplados no documento produzido para o Curso de Extensão em Promoção de Saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde (FRAGA et al., 2013), subsidiado pelo Ministério da Saúde que aponta dez fundamentos para a Promoção da Saúde: autonomia, empoderamento, participação social,

governança, território, equidade, intersetorialidade, redes sociais, sustentabilidade e integralidade.

A finalidade destes princípios é orientar políticas e ações de profissionais envolvidos na área de Promoção da Saúde, ampliando o campo de ação para além da assistência, diretriz já mencionada pela primeira vez em Ottawa, por ocasião da Conferência de 1986, que busca implementar 1) o estabelecimento de políticas públicas saudáveis; 2) a criação de ambientes de apoio à Promoção da Saúde – cidades, escolas, ambientes de trabalho, praças, parques ecológicos e outros; 3) o fortalecimento da ação comunitária; 4) o desenvolvimento de habilidades e atitudes e 5) a reorientação dos serviços de saúde no sentido de sua produção social (WESTPHAL, 2007).

Estes princípios estão em consonância com a PNPS que tem por objetivo promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais ao considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que vivem (BRASIL 2015).

3.3.1 Autonomia

É fundamental abordar o conceito de autonomia, quando se reconhece cada sujeito como um cidadão de direitos que deve ser respeitado em sua singularidade e ouvido quanto às suas necessidades em saúde.

Quando falamos de autonomia, não estamos nos referindo a um processo de escolhas unicamente individuais, a um exercício de vontade pura e simples, uma vez que todo o tempo estamos imersos numa rede de relações que possibilitam e impedem, libertam e constroem as nossas escolhas e decisões (CAMPOS et al., 2004). Ao contrário da independência, a autonomia é tomada, portanto, como um

processo de “coconstituição”, de “coprodução” (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Nesse sentido, trabalhar com o conceito de autonomia implica reconhecer que os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver e criam possibilidades para satisfazer suas necessidades e seus interesses envolvem forças políticas, econômicas, afetivas, culturais e sociais existentes em um território. E, simultaneamente, obriga afirmar que cada sujeito na relação com o mundo não é (e não deve ser) passivo, ou seja, todos nós reorganizamos constantemente os recursos, saberes e ferramentas disponíveis, transformando a nós mesmos, as nossas relações e o território em que vivemos (CAMPOS et al., 2004). A autonomia refere-se, pois, à nossa capacidade em lidar com nossas redes de relações e dependências no mundo (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006).

A promoção da saúde funda-se na ideia de ampliação do controle dos indivíduos sobre suas vidas e sua saúde. Um controle que se dá mediante a participação ativa e os processos de empoderamento de indivíduos e comunidades. Tal ampliação do controle requer ações autônomas quando o que se visa é a transformação de uma dada realidade. É nesse sentido que a autonomia diz respeito às “atitudes ou comportamentos de usuários de serviços ou programas de promoção da saúde, mas também [às] práticas dos agentes, profissionais e gestores que os oferecem e desenvolvem” (FERNANDEZ, 2012, p. 500).

Frente à definição da Carta de *Ottawa* de que promover saúde é fortalecer e ampliar a capacidade de sujeitos e coletividades de identificar, analisar e exercer controle sobre os determinantes sociais da saúde, assegurando a melhoria das condições e da qualidade de vida, pode-se dizer que nosso trabalho deve comprometer-se com a defesa de crescentes graus de autonomia da população, de corresponsabilização pelo cuidado consigo, com os outros e com o mundo (CAMPOS et al., 2004).

3.3.2 Empoderamento

O ponto de partida para a discussão do empoderamento na PS é a ideia de que atores, inclusive aqueles que sempre estiveram à margem de processos

decisórios, são protagonistas da ação social. E para entender o protagonismo desses grupos deve-se considerar seu processo de transformação em sujeitos políticos, sua cultura, seus projetos e práticas e suas relações com o entorno, ou seja, torna-se impossível inserir a ideia de protagonismo da sociedade civil desvinculada de outros valores e princípios, dentre os quais aqueles que reforçam os processos educativos e participativos (FRAGA et. al., 2013).

O conceito de empoderamento não tem um caráter universal e pode ser interpretado em diversas perspectivas. A ideia de empoderamento “tem suas raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da ‘ação social’ presentes nas sociedades dos países desenvolvidos, na segunda metade do século XX” (CARVALHO, 2004, p. 1089).

Nos anos de 1970, torna-se uma marca dos movimentos de autoajuda. Nos anos de 1980, encontra lugar na psicologia comunitária e, na década de 1990, aproxima-se de movimentos que buscam afirmar direitos da cidadania, dentre os quais o da saúde, como no caso brasileiro. Nesse caso, o desenvolvimento de processos de empoderamento ocorria para enfrentar os problemas de indivíduos, grupos e coletividades de se organizarem para superar as injustiças sociais, apropriarem-se dos bens e serviços da sociedade de que foram excluídos e assegurar seus direitos. O empoderamento converteu-se em estratégia para a mudança social ou para uma melhor condição social de fazê-lo (FRAGA et. al., 2013).

Vasconcelos (2001) define empoderamento como o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social. Nesse sentido, o processo de empoderamento se torna algo relevante para se trabalhar o campo do envelhecimento e promoção da saúde. Schindler (1999) ressalta que, para se trabalhar com empoderamento de idosos, é preciso situá-los como ponto central do processo de ajuda.

Sob a influência de Paulo Freire desenvolve-se no interior do projeto de promoção da saúde a noção de empoderamento comunitário/social, que busca destacar a ideia da saúde como um processo e uma resultante de lutas de coletivos sociais por seus direitos. O empoderamento social pode ser considerado, por conseguinte, um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos marginalizados e, ao mesmo tempo, remove barreiras que limitam a produção de uma

vida saudável para distintos grupos sociais. Indica processos que procuram promover a participação social visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, à eficácia política, a uma maior justiça social e à melhoria da qualidade de vida. (MINKLER¹, 1989 apud CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Para a promoção da saúde, o processo de empoderamento refere-se à dimensão criativa da ação, ou seja, é por meio dele que “indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais” (BRASIL, 2012, p. 21).

Para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida é necessário existir o protagonismo das pessoas e a necessidade de que sejam “empoderadas”, isto é, desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas (UIPES/ORLA, Brasil, 2003).

Há, portanto, uma relação estreita entre o empoderamento e a questão da autonomia e, da mesma forma, uma mútua incidência positiva entre empoderamento e participação, isto é, sujeitos empoderados são mais propensos a participar e os canais de participação criam, por sua vez, oportunidades para o empoderamento. Frequentemente, relaciona-se o empoderamento às ações de emancipação e às tentativas de equilibrar diferenças preexistentes entre grupos e segmentos sociais. Nesse sentido, facilitar o desenvolvimento dos processos de empoderamento individual e coletivo é, também, uma forma de se produzir mais equidade.

Para trabalhar empiricamente com essa temática, é importante considerar que o empoderamento não é

algo que se tem ou não de forma absoluta. Entre esses dois extremos há uma miríade de possibilidades, enfim, de graus de empoderamento (...), pois todos os que vivem numa sociedade defrontam-se com coerções maiores ou menores (HOROCHOVSKI; MEIRELLES, 2007, p. 494).

Isso remete à manutenção da questão do empoderamento como pauta permanente das ações em promoção da saúde.

¹ Minkler RM. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. *Health Education Quarterly* 1989; 16(1):17-30.

3.3.3 Participação Social

Em documento da OPAS (2008) sobre a Renovação da Atenção Primária nas Américas, a participação é apontada como um dos princípios que transforma pessoas em parceiros ativos na tomada de decisões sobre recursos, definição de prioridades e garantia de responsabilização e uma das preocupações atuais desta Renovação aponta a participação institucionalizada da sociedade civil em diálogos políticos e mecanismos de responsabilização e possibilita a criação de espaço para a participação e empoderamento social.

Para Stotz (2009) participação social apresenta dois sentidos: o primeiro assinala a importância da adesão dos indivíduos na organização da sociedade. Do ponto de vista sociológico, participação é um conceito relacional e polissêmico, pois remete tanto à coesão social como à mudança social. No segundo sentido, mais estrito e de caráter político, participação significa democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade. Representa a consolidação, no pensamento social, de um longo processo histórico.

As formas de participação podem ser: a) institucionalizadas, em Conselhos; e b) não institucionalizadas, em fóruns participativos. Trata-se da participação social, na qual interagem os atores institucionais, sejam da esfera pública ou privada, atores organizados em torno de interesses ou entidades e associações, sujeitos e lideranças, parlamentares e outras autoridades (FERNANDEZ; MENDES, 2007).

Juntos, esses diferentes atores intervêm na identificação de necessidades e problemas comuns e se unem para desenhar e propor, na prática, as soluções ou ações, fortalecendo a relação comunidade/instituição e uma gestão participativa. Os modelos de cogestão, que já são resultados de transformações no papel dos Estados e das sociedades, acabam também por reorientar esses papéis, dinamizando a elaboração das políticas públicas e maximizando seus efeitos por meio do manejo e da resolução dos conflitos via negociação (FERNANDEZ; MENDES, 2007).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação social é uma das maneiras de se efetivar a democracia, através da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela Saúde Pública brasileira,

conferindo-lhe legitimidade e transparência. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil (BRASIL, 2005).

Como assinalado na política criada para aperfeiçoar a gestão democrática do SUS – ParticipaSUS – “a participação social é um princípio e diretriz fundamental do SUS” e é, também, “componente estratégico inerente ao processo da Reforma Sanitária brasileira, e sua marca emblemática” (BRASIL, 2005, p. 08).

A Lei nº 8.142/90 estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Nestes, as comunidades, por intermédio de seus representantes, podem formular, opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas e ações de saúde nas três esferas de governo, expressando e defendendo os seus interesses na gestão da saúde (BRASIL, 2005, p. 08).

A forma como está inserida, portanto, a questão da participação no âmbito do SUS conduz a que todos os profissionais e usuários envolvidos tenham de envidar esforços para torná-la um elemento-chave do sistema e sua tarefa de produzir equidade (FRAGA et al., 2013)

Como indicado pela Organização Mundial da Saúde:

a participação das comunidades e da sociedade civil no desenvolvimento de políticas públicas, no monitoramento de sua implementação e na avaliação de seus resultados é essencial para qualquer conjunto de ações sobre os determinantes sociais. (OMS, 2011, p. 18)

Todo processo participativo desencadeado no âmbito do SUS deve conduzir à deliberação informada, comprometida e conjunta. Evidentemente, “deliberar junto significa mais do que realizar o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa” (BRASIL, 2005, p. 10).

A experiência acumulada nas três últimas décadas em relação a esses processos participativos no SUS, sobretudo no que diz respeito aos conselhos de saúde, mostra alguns problemas que ainda precisam ser superados. Entre outros,

podem ser destacados o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; (...) a falta de regularidade de funcionamento; (...) a falta de transparência nas informações da gestão pública; a dificuldade e desmobilização do seu desenvolvimento na formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde (...) (BRASIL, 2005, p. 14)

Para enfrentar essa problemática é preciso adensar a construção da consciência individual e coletiva e, também, de novos modelos de gestão em uma perspectiva que fomente uma prática social cidadã, um modo inclusivo de gerir e o controle das comunidades sobre fatores intervenientes no bem-estar (FRAGA et al., 2013).

Como apoio a esse enfrentamento, cabe considerar e explorar o uso, nas mais variadas situações, do modelo apresentado pela OMS (2011), que sugere um trajeto a ser construído pelos processos participativos: da informação à transferência de poder (Figura 4).

Fonte: OMS (2011)

Figura 4. Esquema sobre técnicas para se obter a participação das comunidades no processo de formulação de políticas.

Pode-se afirmar ainda que uns dos desafios do processo de participação na gestão pública são a produção, a organização e o acesso pleno à informação. Esta é a base para se viabilizar a participação efetiva e é indispensável desde o início do processo, visto que torna transparente a interação pretendida entre os diversos atores sociais. É a informação que possibilita uma visão das realidades locais, das articulações entre as políticas públicas, da destinação de recursos, das decisões de governo, dos direitos, enfim, é ela que permite o estabelecimento dos nexos existentes e deve ser suficiente para subsidiar o processo decisório (FRAGA et al., 2013).

Mesmo que se reconheça que os conflitos e as dificuldades podem ser restritivos aos processos de mudança social, não se pode desconsiderar que as

experiências aprendidas em relação à participação social nas três últimas décadas trazem elementos para várias reconstruções, entre elas, o conceito de democracia, de cidadania, de sujeito. Com isso, revaloriza-se o princípio de comunidade e, com ele, a ideia de subjetividade, igualdade, autonomia e solidariedade. Não se pode desconsiderar também que o momento atual parece propício para a proposição de novas práticas e criação de espaços de integração entre diversos atores. Isso implica estabelecer, contudo, compromissos de interesse público, redefinir o papel do Estado e da sociedade frente ao estabelecimento de políticas sociais, definir fóruns participativos e pactuados que sejam expressivos da diversidade de interesses e necessidades sociais (FRAGA et al., 2013).

3.3.4 Governança

O termo governança é utilizado para identificar e descrever um conjunto de procedimentos, atores e processos configurados para que uma sociedade alcance melhor qualidade de vida. O conceito de governança, segundo Querol (2004, p.1) é

um sistema de regras formais e informais (normas, procedimentos, costumes ...) que estabelecem as pautas de interação entre atores no processo de tomada de decisões (considerando atores relevantes tanto dos poderes públicos como dos atores sociais e econômicos).

A OMS vincula estrategicamente a discussão da governança ao enfrentamento das iniquidades em saúde ao considerar que

a implantação de respostas políticas dedicadas à redução de iniquidades em saúde demanda uma governança que explicita as responsabilidades individuais e conjuntas dos diferentes atores e setores na melhoria da saúde e do bem-estar enquanto metas coletivas relacionadas a outras prioridades da sociedade. (OMS, 2011, p.3)

As estruturas formais e informais de governança podem ser importantes causadoras de iniquidades em saúde, daí a necessidade de se recorrer frequentemente à ideia da “boa governança”, para a qual o Programa das Nações

Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) recomenda a atenção a cinco princípios, quais sejam: dar legitimidade e voz a todas as partes; assumir uma visão estratégica que se preocupa com a sustentabilidade e que valoriza os processos; buscar a eficiência e eficácia das políticas; promover a corresponsabilização e transparência nas ações e; buscar a redução das desigualdades e iniquidades (FRAGA et. al., 2013).

3.3.5 Território

Tanto a meta da equidade em saúde como a defesa da ampliação da autonomia de sujeitos e coletividades implicam o olhar e a escuta atentos às singularidades dos modos de viver, dos modos de fazer a vida andar, isto é, aos territórios, que expressam as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem, amam e se relacionam (FRAGA et al., 2013).

Assim, a PS tem no conceito de território uma de suas principais questões e o ponto de partida metodológico para a intervenção. Há uma grande produção técnica e científica na área de saúde em torno da ideia de considerar o território como ponto de partida para a ação local. As análises empreendidas, em geral, discutem as potencialidades dessa abordagem territorial na organização de serviços e em práticas locais, como no Programa de Saúde da Família, na vigilância em saúde, nas estratégias de cidades saudáveis, nas escolas promotoras de saúde, nas iniciativas de desenvolvimento local sustentável, na geografia em saúde, e em práticas intersetoriais locais (FRAGA et al., 2013)

Ao fazer referência ao território, o geógrafo Milton Santos nos instiga a levar em conta a inseparabilidade e interdependência entre a materialidade, que inclui a natureza e o seu uso, e também a ação humana, isto é, o trabalho e a política; assim como nos convoca a considerar alguns aspectos que permitem ampliar o sentido das práticas de promoção da saúde, seu significado e os resultados que podem oferecer. Em outras palavras, trata-se de considerar a realidade social como um contexto a ser entendido e reconstruído também mediante a atribuição de significados pelos sujeitos. Trata-se, pois, de um “território usado” em que se

expressam as diversidades culturais e se materializam as políticas públicas (SANTOS, 2000).

Conhecer o território implica mergulhar nele, comprometer-se em rever e analisar a sua realidade de dentro, interrogando os modos de organização da vida nesse espaço (SANTOS, 2000).

Tal processo de apropriação envolverá a articulação de duas estratégias: a elaboração de “mapas” e a “escuta” (FRAGA et al., 2013).

Os mapas são compostos pela sobreposição dos chamados perfis: físico/barreiras/circulação, socioeconômico, sanitário (diagnóstico das condições de saúde: distribuição da morbimortalidade, condições de moradia e de saneamento), demográfico, rede social normativa (listas de equipamentos sociais como escolas, creches, serviços de saúde, instituições religiosas, instituições de apoio social, comércios, etc.), perfil das lideranças comunitárias e organizações associativas, cultural, lazer, etc. (OLIVEIRA; FURLAN, 2008)

A escuta é o movimento de acolhimento dos sujeitos e coletividades em todos os aspectos e fatores que constroem suas vidas, movimento que auxilia a reconstruir as correlações que eles estabelecem consigo, entre si e com o mundo (BRASIL, 2006b). No processo de escuta, apreendemos a história dos sujeitos e do seu território por meio de seu olhar, saber e sentir, aproximando-nos dos significados da realidade de dentro (SANTOS, 2000).

A integração dos “mapas” e do conteúdo da “escuta” permitirá que organizemos com sujeitos e coletividades estratégias mais efetivas na melhoria da qualidade de vida e na produção da saúde, pois poderemos, simultaneamente, compreender melhor a complexidade do território e participar do seu permanente processo de reconstrução, de redefinição e de transformação (FRAGA et al., 2013).

3.3.6 Equidade

O debate acerca da equidade centra-se na ideia de que todos devem ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar o seu potencial. A equidade é concebida como o

reconhecimento e a efetivação, com igualdade, dos direitos da população, sem restringir o acesso a eles, nem estigmatizar as diferenças que conformam os diversos segmentos que a compõem (FRAGA et al., 2013).

O reconhecimento das diferenças que existem na sociedade é um ponto fundamental para a compreensão do conceito da equidade. Nesse sentido, a equidade fortalece a importância do acolhimento da singularidade de cada território e/ou comunidade, afirmando que se deve trabalhar pela extinção de desigualdades injustas e evitáveis no campo da garantia dos direitos fundamentais de cidadania e, ao mesmo tempo, que isso não significa tratar a todos nem a tudo de maneira idêntica (FRAGA et al., 2013)

Em uma sociedade como a brasileira, com múltiplos modos de viver e construir a realidade, é fundamental reconhecer que há necessidades distintas e que para respondê-las é preciso oferecer possibilidades de acesso às políticas públicas, às abordagens em saúde e à organização de serviços diferenciados. Ou seja, o significado mais forte de equidade é o estabelecimento de metodologias e abordagens que ofereçam “a cada um segundo sua necessidade”, reconhecendo que cada sujeito é um cidadão de direitos, com graus de liberdade e autonomia (CAMPOS, 2006).

É necessário compreender, em cada contexto, quais são as condições sociais consideradas desnecessárias, injustas e evitáveis para que todos os sujeitos possam atingir seu potencial integral em saúde. Portanto, trabalhar as equidades em saúde significa criar oportunidades iguais para que todos tenham saúde, o que está intimamente relacionado com a distribuição dos determinantes de saúde na população como renda, habitação, educação e outros (WHITEHEAD, 1990).

3.3.7 Intersetorialidade

A intersetorialidade é um dos fundamentos da PS que mais radicalmente nos remete à ação, ao modo de gestão das políticas e às iniciativas de melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, de intervenção nos diferentes níveis de determinação social da saúde, sendo mais que um conceito; é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com limites da organização

setorial na abordagem dos fenômenos complexos de nossa sociedade (MENDES; AKERMAN, 2007).

O investimento de diferentes setores da sociedade e das políticas públicas em manter a rigidez da relação problemas complexos/respostas setoriais/saberes e práticas fragmentados tem nos levado ao desperdício de recursos, iatrogenias e baixa efetividade na garantia dos direitos de cidadania (FRAGA et. al, 2013). Nesse sentido, a intersetorialidade se apresenta como a “articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, com saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos” (FEUERWERKER; COSTA, 2000, p.28).

A potência transformadora da forma intersetorial de trabalhar e de construir e implementar políticas encontra-se, portanto, na oportunidade de construir novas sínteses de conhecimento e novas estratégias de ação por meio do diálogo (MENDES; AKERMAN, 2007).

No entanto, convém sublinhar que a intersetorialidade não é um fim em si mesmo, nem acontece com a simples reunião de ações setoriais específicas. A intersetorialidade exige um processo sistemático de articulação, planejamento e coordenação entre os diferentes setores da sociedade em torno de um projeto territorial comum, do qual todos sejam corresponsáveis, co-gestores (MENDES; AKERMAN, 2007).

Nesse processo, cabe aos gestores da administração pública e aos profissionais que trabalham com as políticas públicas nos diferentes territórios exercerem o papel de articuladores, mobilizadores e catalisadores, para que os efeitos das políticas públicas sejam potencializados.

A interdependência das políticas setoriais se faz notar quando se atua a partir de territórios específicos, pois ele registra o mesmo espaço, as mesmas pessoas, a mesma realidade em questão. A totalidade do cotidiano vem à tona e exige da ação governamental ações igualmente totalizantes (KOGA, 2003).

A mudança que a gestão intersetorial produz na metodologia de abordagem dos territórios, expressa por um trajeto metodológico que faça a leitura crítica do território, a inclusão da pluralidade dos atores e o enfrentamento das práticas e dos saberes fragmentados; é a abertura para a melhoria da gestão local. A gestão intersetorial apresenta ao gestor local as oportunidades para consolidar sujeitos políticos locais e contribuir para o desenvolvimento de uma cultura política

democrática, mediante a implementação de políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento humano sustentável (FERNANDEZ; MENDES, 2007).

São vários os espaços de articulação desses atores sociais (fóruns, painéis, conselhos, oficinas de trabalho, grupos temáticos, jurados, dentre outros) ou mesmo espaços informais de articulação com distintos modos de formalizar sua interação (FRAGA et. al, 2013).

3.3.8 Redes sociais

A noção de rede diz respeito a uma nova forma de organização e de ação, que decorre da associação de pessoas ou entidades para realizar determinado objetivo, tendo como ideário “uma nova visão do processo de mudança social – que considera fundamental a participação cidadã – e a forma de organização dos atores sociais para conduzir esse processo” (SCHERER-WARREN, 1999, p. 24).

Assim, uma rede é constituída para potencializar as ações de pessoas ou entidades. Há entendimentos acerca das redes, no que diz respeito à emancipação de sujeitos, que, a partir de certa tomada de consciência com relação às suas inserções em redes, descobrem novas potencialidades para o enfrentamento de problemas e situações diversas (FRAGA et al., 2013)

Nas últimas décadas, surgiram, em todo o mundo, nos campos da economia, política e cultura, inúmeras redes e organizações na esfera da sociedade civil, lutando pela promoção das liberdades públicas e privadas eticamente exercidas, constituindo-se em setor público não estatal. São redes e organizações feministas, ecológicas, movimentos na área de educação, saúde, moradia, o Fórum Social Mundial e muitos outros. Eles propõem para o mercado e para o Estado transformações nas relações desiguais existentes na sociedade. Há, ainda, redes de apoio social em que grupos se agregam para dar apoio às populações jovens, idosas e outros. É uma ação de estreitar vínculos pré-existentes para apoiar grupos ou pessoas que momentaneamente têm um problema a enfrentar (FRAGA et al., 2013)

Uma rede pode interligar tanto pessoas como unicamente entidades, como pessoas e entidades. A interligação em redes é estabelecida a partir da identificação

de objetivos comuns e/ou complementares, cuja realização se potencializa a partir da reunião de esforços de diferentes instituições ou pessoas (WHITAKER, 2002).

Outra conotação de redes, também importante na perspectiva da PS, é a de estruturas de comunicação, decorrentes do uso de novas tecnologias que facilitam cada vez mais a circulação de informações. As novas tecnologias da informação estão integrando o mundo em redes globais de instrumentalidade. A comunicação mediada por computadores gera uma gama enorme de comunidades virtuais. As atuais possibilidades oferecidas pela informática – na rapidez da comunicação e na estocagem da informação – podem ampliar a eficácia das redes constituídas com objetivos específicos, assim como lhes assegurar efetivamente plena liberdade de circulação de informações. Uma rede de entidade ou de pessoas pode ter como apoio a rede de comunicação via internet (CASTELLS, 1999).

É necessário considerar, finalmente, que as redes sempre constituíram uma noção norteadora do Sistema Único de Saúde, quer em relação aos desenhos organizativos da atenção em rede de serviços, os chamados sistemas de referência e contrarreferência, que enfatiza os critérios clássicos de hierarquização dos níveis do sistema, quer em relação à rede de cuidados, que problematiza especialmente o conceito de integralidade e de qualidade da atenção.

As redes associativistas têm o intuito de refletir e colocar em prática processos de articulação mais horizontalizados, que pressupõem a identificação de sujeitos coletivos que se unem em torno de valores, objetivos e projetos comuns. As redes, nessa visão, têm sido empregadas pelos atores coletivos dos movimentos sociais como uma possibilidade de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social.

3.3.9 Sustentabilidade

O conceito de sustentabilidade apresenta sentido polissêmico e tem sido relacionada aos princípios do desenvolvimento sustentável como um grande desafio do nosso tempo de criar comunidades sustentáveis onde podemos satisfazer as

nossas necessidades e aspirações sem diminuir as chances das gerações futuras (CAPRA, 1996).

A formulação e a implementação de políticas sociais, em vários países, vêm sendo acompanhadas por uma preocupação em relação à avaliação da sustentabilidade dos processos, em outro sentido: saber se elas “sobreviverão” à transição dos governos que se sucedem periodicamente; saber se há possibilidade de continuar a obter recursos para o desenvolvimento das ações; saber se as ações empreendidas consolidam-se de modo a produzir mudanças significativas nas condições de vida da população; e, finalmente, saber se essas iniciativas podem manter os seus efeitos por um longo período (FRAGA et al., 2013) .

A sustentabilidade relacionada às políticas de PS é especialmente importante tendo em vista que as iniciativas dessa área dirigem-se a questões de natureza complexa, envolvendo processos de transformação coletivos, com impactos a médio e longo prazo. Coerentemente com os outros princípios aqui enfocados, a sustentabilidade em PS envolve também os aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e ambientais (FRAGA et al., 2013) .

É relevante assinalar que a sustentabilidade deve estar referida a um complexo sistema de relações, que envolvem atores e instituições na busca de soluções mais amplas e duradouras, e observar com mais atenção o conceito em relação aos arranjos societários que vão se estabelecendo e que podem permitir a longevidade das iniciativas (FRAGA et al., 2013).

Este entendimento reforça a ideia de que há de se investir na construção de uma participação social informada e solidária, em que haja clareza sobre as limitações físico-orçamentárias da gestão e certeza sobre a coautoria, ou cogestão nas experiências ou iniciativas bem-sucedidas. A abertura à participação, portanto, é tão importante quanto desenvolver uma sistemática de leitura do território e das necessidades locais ou inovar na busca de ações integradas. Um modelo de atuação dessa natureza diversa e plural pode agregar mais crítica, qualidade e pertinência às ações e políticas, o que, por si só, confirma a sustentabilidade destas e, também, com essas mesmas características, e envolto pela ideia do compartilhamento de responsabilidade e de poder, aproxima-se e vincula-se mais à noção de política pública (FRAGA et al., 2013) .

3.3.10 Integralidade

O entendimento da integralidade provém da medicina integral e remete-nos à adoção de uma atitude que não reduza o usuário dos serviços de saúde a um sistema biológico disfuncional que produz o seu sofrimento ou queixa. Trata-se de sair dos limites de uma racionalidade centrada na medicina anatomopatológica, adotando a integralidade como valor que se apresenta no modo como o profissional de saúde se relaciona com o sujeito que o procura ou com a comunidade em que trabalha (MATTOS, 2001).

Afirmar a integralidade como atitude na relação com o outro, marcada por uma escuta atenta e pelo acolhimento dos sujeitos para além da doença, é importante, mas não suficiente. Entendida como valor expresso na ação individual de determinado profissional de saúde, a integralidade corre o risco de integrar-se a uma série de características de “personalidade”, individualizando-se e pessoalizando-se. Com efeito, se é verdade que a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho (MATTOS, 2001).

Nessa direção, a integralidade agrega outro sentido, fazendo-se princípio de um modo de organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde. Tal sentido remete-nos à maior proximidade das equipes de saúde dos seus territórios de responsabilidade, a qual concretiza e explicita o conceito ampliado de saúde e a intrincada rede de determinantes sociais que operam no processo de saúde-deadecimento (FRAGA et al., 2013).

Articular dialética e sinergicamente os dois movimentos acima é, sem dúvida, uma proposta difícil. Porém, é o caminho para assegurar a efetividade das ações de produção da saúde à medida que permite reestruturação contínua dos serviços e das equipes de saúde, com o foco nas mudanças dos modos de viver e das necessidades em saúde de um território. Este aspecto remete à importância de discutir com mais atenção a integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde, visando atender às necessidades de saúde dos sujeitos. Significa identificar a integralidade com as práticas de cuidado e prestação de serviços de saúde (FRAGA et. al., 2013).

Por outro lado, é fundamental reconhecer que a integralidade da atenção à saúde da população não se concretiza plenamente no interior de um único serviço de saúde ou do sistema de saúde, uma vez que as necessidades em saúde envolvem a melhoria das condições de vida e a intervenção em determinantes sociais da saúde que extrapolam a governabilidade e o encargo social do setor sanitário. Assim, emerge a perspectiva de que há uma dimensão da integralidade que se estabelece pela composição de uma rede solidária e intersetorial de políticas, serviços e profissionais (CECILIO, 2001).

Percurso Metodológico

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento do estudo

Esta pesquisa se caracterizou como um estudo de abordagem qualitativa sustentado pelo referencial da promoção da saúde. A escolha pela abordagem qualitativa deveu-se ao fato de que a mesma busca uma compreensão sobre um determinado assunto que se pretende estudar mais profundamente (MARTINS, BICUDO; 1989), considerando ainda um grupo específico, no caso desta investigação, idosos de uma região específica do município estudado.

Os aspectos primordiais da pesquisa qualitativa estão relacionados aos significados que as pessoas, e aqui consideramos os idosos, atribuem as suas experiências no mundo social e como compreendem esse mundo, estudando as pessoas em seus ambientes naturais e não em ambientes artificiais ou experimentais (MAYKUT; MOREHOUSE, 1994; MINAYO, 1994; PEREIRA, 2001; POPE; MAYS, 2005).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, 1998) e prevê como atitudes fundamentais: a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação do pesquisador com os atores sociais envolvidos (PEREIRA, 2001).

Minayo (1998, p. 90) ainda refere que, na discussão da fase exploratória de uma pesquisa, nada pode ser intelectualmente um problema de investigação, se não tiver sido em alguma instância um problema de vida prática. Assim, o presente estudo apresenta uma aproximação nesta direção, no sentido da temática e mesmo do objeto de investigação serem frutos da vivência e da problematização do trabalho do professor de Educação Física que se insere cada vez mais no universo do envelhecimento e no campo da Saúde Coletiva.

4.2 O campo e o cenário da pesquisa

4.2.1 O município de Ribeirão Preto

O município de Ribeirão Preto está localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo, distante 313 km da capital e à 706 Km de Brasília e ocupa uma área de 650 km. A população do município segundo o Censo do IBGE de 2010 foi de 604.682 habitantes, sendo o oitavo município mais populoso de São Paulo (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Comparando-se as pirâmides populacionais dos anos de 2000 e 2010, pode-se observar um estreitamento da base na pirâmide referente ao ano 2010 demonstrando uma diminuição da taxa de crescimento populacional. O município passou, em 2010, a apresentar um alargamento do topo da pirâmide e uma população com idade de 60 anos ou mais equivalente a 12,6% do número de habitantes (Figura 5), sendo 7,41% do sexo feminino e 5,19% do sexo masculino, totalizando 76.272 idosos e mostrando um predomínio da população do sexo feminino nesta faixa etária (IBGE, 2010a; RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Fonte: Ribeirão Preto. SMS. Divisão de Planejamento em Saúde. Pirâmide populacional de Ribeirão Preto.

Figura 5. Pirâmide etária da população de Ribeirão Preto, 2000 e 2010.

O município apresentava em 2010, expectativa de vida ao nascer de 75,7 anos para ambos os sexos (ATLAS BRASIL, 2013).

Ribeirão Preto ocupa a posição de 29º município mais populoso do Brasil, excluindo as capitais é o 11º e no estado de São Paulo é o 8º mais populoso. O crescimento populacional de Ribeirão Preto é um dos maiores do país e nos últimos dez anos o município ganhou 121.823 habitantes (crescimento de 23%), sendo o 3º município que mais cresceu percentualmente entre as 30 maiores cidades do Brasil, ficando atrás apenas de Salvador e Manaus (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Ribeirão Preto em 2013, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) foi de 0,800. Este Índice representa três dimensões: a renda (avaliada de acordo com a renda per capita), a educação (avaliada pela taxa de analfabetismo e pelo número de anos de estudo da população) e a saúde (avaliada através da longevidade). A dimensão que mais contribuiu para o IDHM do município foi a longevidade, com índice de 0,844, seguida de renda, com índice de 0,820, e de educação, com índice de 0,739. O município foi classificado como muito alto dentre as faixas de desenvolvimento humano (Figura 6), ocupando a 40ª posição no Brasil (ATLAS BRASIL, 2013; RIBEIRÃO PRETO, 2009; RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Muito Alto	0,800 - 1,000
Alto	0,700 - 0,799
Médio	0,600 - 0,699
Baixo	0,500 - 0,599
Muito Baixo	0,000 - 0,499

Fonte: Atlas Brasil, 2013

Figura 6. Faixas de desenvolvimento humano (IDH-M 2010).

A rede de Atenção Básica em Saúde de Ribeirão Preto apresenta 91,54% de seus estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, sob gestão municipal e 8,46% na gestão estadual. A rede municipal de saúde (Quadro 2) mantém: 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atendem

no modelo tradicional da Atenção Básica; 14 Unidades de Saúde da Família (USF) que atendem no modelo da Estratégia de Saúde da Família; 3 unidades básicas e especializadas que atendem no modelo tradicional de atenção básica e também contam com serviços de atenção secundária; 2 unidades básicas e distritais de saúde (UBDS) que atendem no modelo tradicional de atenção básica, serviços de atenção secundária e Pronto Atendimento 24 horas, 1 unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 11 unidades especializadas que atendem serviços de atenção secundária. Estão em fase de construção 2 unidades de atenção básica e 1 unidade de pronto atendimento (RIBEIRÃO PRETO, 2013; RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Descrição	Distrito					Total
	Central	Norte	Sul	Oeste	Leste	
UPA	-	-	-	-	1	1
UBDS (AB + PA + Especialidades)	1		1			2
UBDS (PA + Especialidades)		1		1		2
Unidades (AB + Especialidades)	1	1			1	3
UBS	4	6	3	8	5	26
USF		4		9	1	14
Unidades com Especialidades	6	-	1	3	1	11
Total	12	12	5	21	9	59

Fonte: PMRP – SMS – Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Planejamento em Saúde – Divisão de Planejamento em Saúde - Plano de Saúde 2014-2017.

Quadro 2. Estrutura física da Rede de Atenção Básica e Especializada de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2016

4.2.2 O Centro de Saúde Escola da Vila Tibério e o Círculo Operário de Vila Tibério

O Centro de Saúde Escola da Vila Tibério Profa. Dra. Maria Herbênia Oliveira Duarte (CSE Vila Tibério) é um equipamento de saúde que foi escolhido como local de referência para o estudo, pois os idosos estão cadastrados no sistema Hygiaweb² da Unidade e por ser ponto de referência assistencial e geográfico dentro do bairro.

² Sistema Hygiaweb é o sistema de informação utilizado no município de Ribeirão Preto que registra os dados populacionais e de atendimento das unidades de saúde do município.

O CSE Vila Tibério compreendia, à época do estudo, uma área de abrangência constituída por cinco micro-áreas³ (Figura 7) oferece os serviços de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem, Programa de Agentes Comunitários, além de atividades e grupos de promoção à saúde, como dança de salão, artesanato, grupo descontração e saúde e grupo comunitário de saúde mental; atividades estas que em seu conjunto foram consideradas, para recebimento pela unidade, do prêmio “Selo de Boas Práticas em Atenção Básica” da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em 2012 (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

Fonte: Centro de Saúde Escola Vila Tibério, Janeiro/2010. Ribeirão Preto

Figura 7. Mapa das micro-áreas com população estimada por ACS, no território do CSE da Vila Tibério. Ribeirão Preto, 2016

No CSE Vila Tibério também foi produzido o vídeo-documentário *Nos trilhos da saúde: 70 anos de história de uma unidade de saúde do município de Ribeirão preto – SP* com cinco minutos de duração e que foi apresentado em eventos científicos da área da saúde, no Conselho Municipal de Saúde do município e foi selecionado entre os trinta melhores filmes do Brasil para a etapa final do Concurso Cultural “Somos parte do SUS que dá certo”, evento realizado pelo Ministério da Saúde e que fez parte das comemorações de 10 anos da Política Nacional de

³ Micro-áreas são consideradas áreas geográficas que apresentam populações definidas e maior equilíbrio entre as características socioambientais e sanitárias, condições demográficas e epidemiológicas da população, sendo utilizadas como delimitadoras para ação de agentes comunitários de saúde (ACS) na estratégia Saúde da Família ou junto ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Para 2015, as micro-áreas do território do CSE Vila Tibério passaram a ser oito (8), devido a inclusão de mais uma equipe da Estratégia de Saúde da Família.

Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) (PORTAL BRASIL, 2013; RIBEIRÃO PRETO, 2015).

Na área de abrangência do CSE Vila Tibério tem-se a ação de instituições e organizações não governamentais voltadas a diferentes grupos, sendo que dentre estas organizações tem-se a Pastoral do Idoso e o Círculo Operário da Vila Tibério – espaços comunitários de convivência e destacadamente voltados ao atendimento de idosos nesta área geográfica.

O Círculo Operário de Vila Tibério (COVT) é um equipamento social considerado como instituição social leiga, de utilidade pública, sem fins lucrativos, voltadas à promoção do ser humano e de suas comunidades e tem princípio baseado no moderno conceito de humanismo cristão, democrático e participativo. O COVT foi fundado em 27 de novembro de 1960 e, atualmente, desenvolve gratuitamente as seguintes atividades voltadas para idosos: ginástica, tai chi chuan, canto coral, oficinas de terapia ocupacional, medidas psicoeducativas, trabalhos manuais, inclusão digital, palestras educativas e informativas, lazer e recreação, musicalização, momento de prosa e serviço de assistência social.

4.2.3 A Vila Tibério – história e população

Em 1880, João Franco de Moraes Octávio vendeu a Fazenda Monte Alegre para um grupo encabeçado por Francisco Schmidt. Antes disso, o fazendeiro havia desmembrado as terras onde hoje se encontra a Vila Tibério e doou a área para Tibério Augusto Garcia de Senne, seu genro. Tibério Augusto, que era agrimensor, começou a vender glebas da área que se tornaria o futuro bairro que teria seu nome. Em 1885, com a inauguração da Estação de Ribeirão Preto, da Cia Mogiana de Estradas de Ferro, o preço dos terrenos subiu com o aumento da procura, pois muitos ferroviários trouxeram familiares e queriam morar próximo ao trabalho. Ainda neste período final do século XIX, chegaram, para viver na Vila, trabalhadores das fazendas de café da vizinhança, famílias de imigrantes italianos (BRAGA, 2015a).

No ano de 1911, foi inaugurada a cervejaria da Cia Antarctica Paulista e seus operários passaram a adquirir casas nas proximidades. Em 1912, o Antigo Banco Constructor transferiu a parte pesada da indústria para os galpões da Vila Tibério. No

dia 12 de março de 1914, um decreto de Dom Alberto José Gonçalves, primeiro bispo da Diocese de Ribeirão Preto, criou a Paróquia Nossa Senhora do Rosário, na Vila Tibério. Em 1918, era fundado o Botafogo Futebol Clube, que, apesar de ser um clube de futebol, valorizou muito o comércio local e foi uma das âncoras para o desenvolvimento do bairro. Em 1921, foi inaugurado o 3º Grupo Escolar, hoje Escola Estadual Dona Sinhá Junqueira. Em torno desses pilares, Mogiana, Antarctica, Banco Constructor, Igreja, escola e Botafogo, o bairro se fortaleceu e atraiu novos empreendimentos, como fábricas de sapato, de vidro, cerâmica, pequenas indústrias, armazéns, bares e diversas lojas (BRAGA, 2015).

Até o final dos anos 50, a Vila Tibério produzia metade da riqueza da cidade. No início dos anos 60, a Estação da Mogiana foi para o Jardim Independência e o Botafogo construiu seu novo estádio na Ribeirânia. A cerâmica, o frigorífico e a fábrica de vidros fecharam, assim como as fábricas de sapato e, no final da década de 90, a cervejaria deixava de funcionar (BRAGA, 2015a).

Atualmente, a Vila Tibério tem diversas ruas comerciais. A Avenida do Café existe enquanto meio de passagem desde os tempos áureos do café, quando uma estrada de ferro que ligava a Estação Ribeirão Preto à Fazenda Dumont, com ramal para a Fazenda Monte Alegre, acompanhava a estrada. Somente em 1949 passou a chamar-se Via do Café e, em 1966, Avenida do Café. Ligando o campus da USP ao centro da cidade, a avenida tem um comércio dinâmico e é também um importante corredor gastronômico (BRAGA, 2015a).

O bairro da Vila Tibério destaca-se pela alta proporção de pessoas idosas e apresentava, em 2010, 3.999 idosos (21,4%) em relação a uma população de 18.715 habitantes (Figura 8), porcentagem bem maior se comparado aos 12,6% da população total de idosos da cidade de Ribeirão Preto. De acordo com o censo IBGE 2010, as mulheres constituíam mais de 60% da população com mais de 60 anos na Vila Tibério e os homens não chegavam aos 40%. Acima dos 85 anos o número de mulheres ficava cada vez maior, chegando ao dobro da população masculina: eram 219 mulheres para 104 homens, num total de 323 pessoas. Entre os censos de 2000 e 2010, houve um crescimento de 313 pessoas dentro da população com mais de 60 anos, passando de 3.526 (19%) para 3.999 (21%) idosos (BRAGA, 2011).

RIBEIRÃO PRETO				VILA TIBÉRIO			
Faixa Etária	2000	2010	Diferença	Faixa Etária	2000	2010	Diferença
0 a 4 anos	38.295	35.806	- 2.489	0 a 4 anos	1.061	747	- 314
5 a 9 anos	40.806	38.209	- 2.597	5 a 9 anos	1.158	897	- 261
10 a 14 anos	44.948	43.299	- 1.649	10 a 14 anos	1.322	1.023	- 299
15 a 19 anos	49.403	47.395	- 2.008	15 a 19 anos	1.643	1.245	- 398
20 a 29 anos	89.477	115.400	25.923	20 a 29 anos	3.353	3.440	87
30 a 39 anos	79.436	98.114	18.678	30 a 39 anos	2.838	2.640	198
40 a 49 anos	67.607	82.807	15.200	40 a 49 anos	2.542	2.389	- 153
50 a 59 anos	43.757	67.380	23.623	50 a 59 anos	2.071	2.355	284
60 a 69 anos	28.543	41.259	12.716	60 a 69 anos	1.863	1.829	-34
70 a 79 anos	16.235	23.616	7.381	70 a 79 anos	1.298	1.424	126
80 anos e mais	6.416	11.397	4.981	80 ou +	525	746	221
Total	504.923	604.682	99.759	Total	19.674	18.715	- 959

Fonte: Jornal da Vila Tibério. Julho/2011, ano VI, nº 70.

Figura 8. População de Ribeirão Preto e Vila Tibério, 2000 e 2010. Ribeirão Preto, 2016

4.3 Procedimentos de coleta de dados: a população de referência, o grupo focal, os sujeitos e os instrumentos

4.3.1 População de referência do estudo

Para o estudo, foi considerada como população de referência, idosos com 60 anos ou mais, moradores do bairro Vila Tibério, no município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, pertencentes e cadastrados na área de abrangência do Centro de Saúde Escola Profa. Dra. Maria Herbênia Oliveira Duarte (CSE Vila Tibério) e idosos que apresentam cadastro social no Círculo Operário da Vila Tibério e participam das atividades desta instituição.

Estas duas instituições são as que congregam de forma geral, maior número de dados acerca dos idosos do bairro, motivo pelo qual suas bases de dados foram consideradas para identificar a população de referência do estudo.

Ainda, foram considerados nesta população de referência, representantes de prestadores de serviços de apoio: organizações de voluntariado (organização religiosa, ONG ligada à assistência social), membros de representação de Conselhos (Saúde, Segurança e do Idoso), representação do meio de comunicação, membro de associação comercial e industrial.

4.3.2 O grupo focal como técnica de apreensão do empírico

Ao considerarmos que uma pesquisa qualitativa necessita de um método que possa capturar a linguagem e o comportamento dos participantes (MAYKUT; MOREHOUSE, 1994) e ao pensar nas propostas dessa pesquisa, a técnica de coleta de dados mais adequada para termos acesso aos relatos dos participantes foi a entrevista em grupo focal. A técnica de grupo focal é uma técnica qualitativa, não-diretiva, cujo resultado visa o controle da discussão de um grupo de pessoas (COLARES, 1999).

Os grupos focais permitem o pensar coletivo de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas e as expressões são mais facilmente captadas durante o processo de interação em que os comentários de uns podem fazer emergir a opinião de outros facilitando a expressão das emoções, permite conhecer o processo dinâmico de interação entre os participantes, observar como as controvérsias se expressam e são resolvidas, possibilitar a reprodução de processos de interação que ocorram fora dos encontros grupais. Esses dados são possíveis de serem obtidos através do grupo focal, em curto espaço de tempo (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Vaughn et al. (1996) justificam a estratégia dos grupos focais enfatizando quatro aspectos importantes: 1) pode possibilitar a compreensão existente na relação entre um estímulo e um efeito; 2) podem fornecer informações que auxiliem na interpretação de efeitos inesperados; 3) verificam e interpretam dados que poderiam, de outra maneira, ser apenas conjecturas e 4) podem oferecer interpretações alternativas de resultados, que podem não ser obtidos usando métodos tradicionais quantitativos.

Segundo Morgan⁴ (1997), grupo focal é uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio da interação sobre um determinado tópico selecionado pelo pesquisador. Na essência, é o interesse do pesquisador que proporciona o foco, contudo os dados por si mesmo são trazidos pela interação grupal.

Os grupos são incentivados por um moderador/coordenador a conversarem entre si, trocando experiências e interagindo sobre suas ideias, sentimentos, valores

⁴ MORGAN, D.L. **Focus Groups as qualitative research**. 2nd. Edition. Thousand Oaks, London, New Delhi. Sage publications, 1997.

e dificuldades. O papel do moderador é promover a participação de todos, evitar a dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização de alguns participantes sobre outros. O facilitador deve também, iniciar o encontro com uma breve explanação agradecendo as presenças e propondo uma breve auto-apresentação. Deve-se explicar os objetivos do encontro, como foram selecionados os participantes e por que não foram dadas muitas informações sobre a reunião até aquele momento; sobre o uso de gravadores e o sigilo das informações obtidas. Deve-se deixar claro que todas as opiniões interessam e, portanto, não existem boas ou más opiniões (COLARES, 1999).

Segundo Fiuz e Barros (2011) os grupos focais valorizam a comunicação entre os participantes da pesquisa e costumam ser usados para várias finalidades, dentre elas, garantir poder aos participantes da pesquisa, os quais podem se tornar uma parte ativa do desenvolvimento desta e gerar comentários mais críticos do que as entrevistas.

Neste estudo, o grupo focal utilizado foi empregado proporcionando aos idosos e prestadores de serviços um contexto para analisarem e expressarem sua condição a partir de suas experiências com relação ao que é e o que não é amigável às pessoas idosas e o que pode ser feito para tornar o local em que vivem mais amigável aos idosos.

4.3.3 Os sujeitos da pesquisa e os critérios de inclusão

Como já apontado, a técnica do grupo focal pressupõe que os integrantes compartilhem de traços comuns, nesta investigação, idosos com 60 anos ou mais e residentes no bairro Vila Tibério e com grau de independência segundo a capacidade funcional para atividades de vida diária, como critérios para composição do grupo, e que possuam uma experiência prévia do assunto a ser abordado, e que possam ser captadas durante o processo de interação (WESTPHAL, BÓGUS, FARIA, 1996; MORGAN, 1997; COLARES, 1999, PEREIRA, 2001).

Para a coleta de dados com os idosos, foi considerada a utilização de uma amostra intencional, ou seja, foram convidados pessoalmente os idosos que frequentam os espaços apontados como de assistência à saúde e de convivência e que aceitaram participar do estudo. Os idosos foram identificados por meio dos seus

cadastros na unidade de saúde (número Hygia) e do cadastro social do Círculo Operário de Vila Tibério, organização da sociedade civil que presta serviços assistenciais e de lazer aos idosos moradores do bairro.

Cada idoso foi contatado por telefone e mediante visita domiciliar, sendo incluído no grupo após sua anuência e com as orientações do local e data para o desenvolvimento da coleta de dados, sendo privilegiada a técnica do grupo focal.

Foram realizados 4 grupos focais com idosos selecionados, sendo que cada grupo focal foi formado por uma média de 8 pessoas, contudo para a organização destes grupos, o convite para participação na pesquisa foi estendido para um número de até 12 idosos, prevenindo-se, dessa forma, possíveis ausências.

Considerando o preconizado pelo Protocolo de Vancouver, como critérios de inclusão, para a realização dos 4 grupos focais de idosos, estes foram separados em duas faixas etárias (60-74 anos e 75 anos e mais) e conforme condição socioeconômica.

Neste estudo foi considerado para efeito de condição socioeconômica dos idosos, o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). O CCEB enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais” (ABEP, 2012). Foi utilizada a classificação por condição socioeconômica conforme apresentada no Quadro 3.

Grupo	Idade (anos)	Condição socioeconômica	Classes	Renda média bruta individual (em R\$)
1	60 a 74	Baixa	D e E	até 788,00
2	60 a 74	Média	C2 e C1	789,00 a 1.685,00
3	75 e mais	Baixa	D e E	até 788,00
4	75 e mais	Média	C2 e C1	789,00 a 1.685,00

Fonte: Adaptado de WHO Age Friendly Cities Project Methodology. Vancouver Protocol (WHO, 2007)

Quadro 3. Estratificação por faixa etária, classes sociais e nível socioeconômico. Ribeirão Preto, 2016

A coleta de dados com os representantes dos prestadores dos serviços aos idosos, foi também considerada a utilização de uma amostra intencional e a mesma preocupação de ampliar os convites prevenindo-se possíveis ausências, foi tomada para o grupo focal realizado com estes prestadores de serviços, para o qual foram contatadas 8 pessoas dos distintos serviços de apoio.

O grupo de prestadores de serviços foi composto por pelo menos um representante de organizações de voluntariado (organização religiosa, ONG ligada à assistência social), membros de representação de Conselhos (Saúde, Segurança e do Idoso), representação do meio de comunicação, membro de associação comercial e industrial.

Para o grupo formado por prestadores de serviços, os critérios de inclusão foram: estar localizado ou trabalhando em estabelecimento/comércio/empresa que funcione na Vila Tibério e aceitar participar do estudo, independente da sua idade.

4.3.4 Os instrumentos e o desenvolvimento dos grupos focais

Os roteiros dos grupos focais (APÊNDICES 1 e 2) utilizados para coleta de dados foi baseado no Protocolo de Vancouver (WHO, 2007). O grupo focal de idosos foi iniciado com a questão: como é viver na Vila Tibério sendo uma pessoa mais velha? Por favor, aponte as características boas e problemas.

O grupo focal com prestadores de serviços teve a questão norteadora: A partir de sua observação e experiência profissional, o que é amigável para as pessoas idosas em viver no bairro da Vila Tibério? Por favor, aponte as características boas e problemas.

Para a realização dos grupos focais foi utilizada uma sala de reuniões climatizada da Unidade de Saúde, composta por 12 cadeiras confortáveis e uma mesa retangular ampla onde os idosos podiam se apoiar ou deixar os seus pertences. Foram utilizados para gravar as falas dos participantes três gravadores digitais: dois gravadores da marca Sony modelo ICD-PX312 e um gravador da marca Tascam modelo DR-07 mkII.

Para a caracterização da população de idosos foi utilizado instrumento próprio e coletados os seguintes dados: identificação pessoal, idade, sexo, cor, naturalidade, nacionalidade, informações sobre trabalho e renda autorreferida, escolaridade, estado conjugal, número de filhos, uso de medicamentos, estado de saúde, visão e audição, tipo de moradia e responsável pela família.

Como já indicado, no total foram realizados 4 (quatro) grupos focais de idosos com 8 sujeitos em cada, totalizando 32 pessoas (grupos 1 a 4). Ainda, foi formado 1

(um) grupo focal composto por seis prestadores de serviços (grupo 5). Portanto, o estudo foi realizado com 38 sujeitos em cinco grupos focais.

Foram necessários dois encontros por grupo (idosos e prestadores de serviços), com exceção de um grupo de idosos que precisou de três encontros para discutir todos os aspectos abordados; dessa forma, foram realizadas 11 (onze) reuniões para os 5 (cinco) grupos focais. Os encontros aconteceram em dias separados, confirmados previamente entre os integrantes dos grupos.

Dois dias antes da realização de cada grupo, os participantes eram lembrados por telefone.

O tempo médio de cada encontro foi de noventa e seis minutos e os encontros foram realizados nos períodos da manhã e tarde em uma sala de reuniões dentro da unidade de saúde (CSE Vila Tibério).

O movimento grupal realizado com os idosos foi conduzido por dois coordenadores/moderadores⁵ e registrado por dois observadores⁶. Cabe destacar que, os sujeitos envolvidos na coleta de dados foram treinados para o desenvolvimento da atividade.

O grupo focal realizado com os prestadores de serviços foi moderado por uma docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e uma médica da unidade de saúde como observadora, ambas com experiência na condução de grupos focais.

Os grupos focais foram realizados de janeiro a abril de 2015, conforme dias e tempos abaixo apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos grupos focais por encontro e tempo (min) de realização. Ribeirão Preto, 2016

Grupo Focal	1° encontro	2° encontro	3° encontro
Grupo 1	22.01.2015 (82min)	03.02.2015 (105min)	
Grupo 2	06.02.2015 (51min)	09.02.2015 (48min)	12.02.2015 (83min)
Grupo 3	19.02.2015 (78min)	23.02.2015 (93min)	
Grupo 4	03.03.2015 (78min)	05.03.2015 (110min)	
Grupo 5	27.03.2015 (70min)	10.04.2015 (67min)	

⁵ Pesquisadores (doutorando e docente da EERP) envolvidos na pesquisa.

⁶ Bolsistas de Iniciação Científica, envolvidas no projeto (uma graduada em enfermagem e uma graduanda aluna de enfermagem de IC).

Adicionalmente, foi aplicado instrumento de avaliação funcional (ANEXO 1) para verificar condição de independência ou dependência parcial dos idosos segundo escala de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) de Lawton e Brody (1969) adaptada ao contexto brasileiro por Santos e Virtuoso Jr (2008). Este instrumento tem sido amplamente utilizado e avalia sete atividades instrumentais de vida diária: uso do telefone, locomover-se usando um meio de transporte, fazer compras, realizar trabalhos domésticos, preparo de refeições, uso de medicamentos e manejo de finanças (SANTOS; VIRTUOSO Jr, 2008).

Nesta escala há três opções de respostas: independente, dependência parcial (necessidade de ajuda parcial) ou dependência total (incapacidade para a realização da tarefa). A pontuação varia de 3 a 1 para cada item, sendo que a independência recebe a maior pontuação. O escore máximo é 21 pontos quando o indivíduo for totalmente independente. Não há ponto de corte estabelecido, mas sim uma avaliação qualitativa da capacidade funcional do idoso (LOURENÇO; PEREZ; SANCHEZ, 2013).

O instrumento de avaliação proposto por Lawton e Brody (1969) adaptada ao contexto brasileiro por Santos e Virtuoso Jr (2008) foi utilizado neste estudo pois abarca as atividades de vida diária mais complexas e cuja independência para desempenho está diretamente relacionada com a capacidade de vida comunitária. A capacidade em realizar estas atividades torna os idosos mais confiantes para a viver de forma independente na comunidade, permite-lhes assim mais autonomia e controle sobre suas vidas, sua saúde e sua participação em atividades realizadas na cidade, especificamente no bairro da Vila Tibério.

É um instrumento de fácil acesso, confiável se baseia no autorrelato das capacidades necessárias para os idosos, portanto, viverem em comunidade (SANTOS; VIRTUOSO Jr, 2008), mostrando-se adequado para o presente estudo proposto.

4.4 Procedimentos éticos

A presente investigação teve a concordância para coleta de dados nas dependências da Secretária Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (ANEXO 1) sob o

processo administrativo nº 022014006001-0 e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO 2), sob o protocolo nº 876.083/CEP-EERP-USP (CAAE 33609214.0.0000.5393), sendo seguidas as recomendações contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), e atualizados pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Para o início do estudo foi solicitada a assinatura prévia dos termos de consentimento livre e esclarecido aos participantes (APÊNDICES 3 e 4).

4.5 Análise dos dados

A fase de análise compreendeu a interpretação dos dados à luz do referencial teórico, considerando aspectos convergentes, divergentes e inusitados que surgiram do material empírico oriundo dos 11 grupos focais realizados.

Cada grupo focal foi gravado e transcrito e utilizamos a análise de conteúdo para tratar os dados inspirados nas indicações teóricas do método proposto por Bardin (1977, p. 38) que a “define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. A análise de conteúdo na sua vertente temática mostrou-se adequada (MINAYO, 1998) para este estudo.

De acordo com Minayo (1998), a análise temática é bastante formal e mantém sua crença na significação da realidade. Como técnica, a “análise temática transpira as raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional, no entanto, há variantes nesta abordagem que no tratamento dos resultados trabalha com significados em lugar de inferências estatísticas” (MINAYO, 1998, p. 211).

Para Minayo (1998, p. 209):

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Neste estudo, a escolha foi fazer a análise temática a partir da perspectiva qualitativa proposta por Minayo (1998), ou seja, analisar os dados com base nas falas dos idosos e prestadores de serviços que tinham potencial para responderem às questões desta pesquisa na dimensão da articulação entre os aspectos da vida urbana e a participação social de idosos no bairro da Vila Tibério.

Sendo assim, a escolha pela análise temática neste estudo, não priorizou operações estatísticas e índices quantitativos, mas, ao contrário, buscou construir uma análise em profundidade (SAKATA, 2009) das falas dos idosos e prestadores de serviços nas entrevistas em grupo focal, bem como os comportamentos e atitudes anotados pelos observadores, a fim de identificar os significados, os valores, as opiniões, as crenças e as posturas dos sujeitos.

A análise temática compreendeu as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação à luz do quadro teórico formulado (MINAYO, 1998).

Na pré-análise ou fase de pré-exploração do material, foi realizada a leitura flutuante do corpus das entrevistas em grupos focais, com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise (CAMPOS, 2004). Foram realizadas várias leituras de todo o material coletado, a princípio sem compromisso objetivo de sistematização, mas sim tentando apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais.

Segundo Campos (2004), nesta fase da análise existe uma interação significativa do pesquisador com o material de análise, pois como um contato totalizante, muitas das impressões trabalhadas no contato direto com o sujeito afloram na lembrança e auxiliam na condução deste procedimento.

Após a transcrição literal do conjunto das 11 entrevistas em grupos focais, todo o material foi lido repetida e detalhadamente, inclusive os registros dos observadores, sempre remetendo aos objetivos e ao referencial teórico da pesquisa. Essa fase proporcionou ao pesquisador uma compreensão e contextualização geral do material empírico coletado, permitindo a organização das ideias mais importantes que nortearam as etapas posteriores da análise.

Para a análise do material empírico oriundo dos grupos focais, utilizamos uma matriz de análise contendo recortes constituídos pelos fragmentos de falas dos idosos e prestadores de serviços (unidades de registro), delimitação do contexto de compreensão das unidades de registro (unidades de contexto), formas de

categorização (núcleos de sentido) e conceitos teóricos mais gerais (temas) que orientaram a análise. O Quadro 4 abaixo exemplifica o movimento realizado nessa fase.

Tema	Núcleo de sentido	Unidade de Contexto – descrição	Unidade de Registro – fragmentos
Participação	Sentimento de pertencimento	Um representante relata sobre a valorização do idoso nas páginas do jornal de circulação do bairro.	Pelo jornal da Vila, a gente procura valorizar o idoso, valorizar o trabalho, valorizar o que foi feito ... sempre assim, mesmo que, vamos dizer, hoje ele está inativo, mas o que ele fez tem valor. Então a gente ressaltava também essa, sabe assim, que não é só, não é só o presente. No caso daquela, vem e fala do idoso assim, ah o idoso... é o passado que vale, o que ele fez né. Então a gente ressaltava essa importância. (E38 – G5)

Quadro 4. Exemplo do quadro elaborado para a análise dos dados. Ribeirão Preto, 2016

Terminada a etapa de pré-análise, partiu-se para a fase de exploração do material onde foi realizada a codificação do material transcrito e posterior tratamento dos resultados obtidos que consistiram em uma operação classificatória, visando alcançar os núcleos de compreensão do texto por meio da presença de elementos significativos para o estudo com identificação de temas (MINAYO, 1998).

Assim, neste trabalho, foram elaborados temas derivados da análise do material empírico, aqueles que emergiram do contexto das respostas dos sujeitos da pesquisa, o que exigiram do pesquisador um intenso ir e vir ao material analisado e teorias embasadoras, além de não perder de vista o atendimento aos objetivos da pesquisa (CAMPOS, 2004).

Após a realização de todas as etapas propostas por Minayo (1998) foram agrupados 76 núcleos de sentido para a formação dos temas. Os núcleos de sentidos foram agrupados em três grandes temas: *território: lugar de vida e de cidadania, formação de rede de suporte social ao idoso e participação dos idosos na vida do bairro*.

Cabe ressaltar que, no tratamento do material empírico, preservamos a identidade dos idosos e prestadores de serviços, participantes da pesquisa identificando-os por siglas (E1-G1, E2-G1, E9-G2, E17-G3 e assim por diante), considerando E (Entrevistado) e G (Grupo).

Para a análise dos dados sociodemográficos foi utilizada estatística descritiva e para a escala de atividades instrumentais de vida diária de Lawton e Brody foi feita uma avaliação qualitativa da capacidade funcional autorreferida pelos idosos.

*A Participação dos Idosos no
Território da Vila Tibério*

5 A PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NO TERRITÓRIO DA VILA TIBÉRIO

5.1 Quem são os idosos que foram participantes da pesquisa

5.1.1 Perfil sócio demográfico dos idosos moradores da Vila Tibério sujeitos da pesquisa

Para conhecer o perfil sócio demográfico e de saúde dos idosos, foi aplicado um instrumento constando de dados relativos a: identificação pessoal, idade, sexo, cor autorreferida, naturalidade, nacionalidade, informações sobre trabalho, escolaridade, estado conjugal, número de filhos, uso de medicamentos, estado de saúde, visão e audição, tipo de moradia e chefia de família.

O conjunto dos idosos sujeitos da pesquisa foi constituído por 32 idosos, sendo 94% mulheres, todos brasileiros natos, com média de 74,8 anos de idade ($\pm 5,8$) com amplitude etária de 61 a 85 anos e tempo médio de residência na Vila Tibério de 46 anos (Tabela 2).

Quanto ao local de nascimento, 50% nasceu em Ribeirão Preto e 23% nasceu em cidades da região (Cajuru, Sertãozinho, Altinópolis, São Simão, Guataporã e Santa Cruz da Esperança). Do total dos 32 idosos que fizeram parte do estudo, 87,5% se declararam de cor branca, condição que pode ser explicada pela ascendência europeia dos entrevistados, principalmente italiana preponderante no bairro da Vila Tibério.

Em relação ao nível de escolaridade, 59% dos idosos informaram ter concluído o ensino fundamental (1ª a 4ª série), 12% ensino médio completo e uma idosa referiu ter concluído ensino superior.

Em relação ao estado conjugal, houve predominância de mulheres viúvas (50%), o que pode ser explicado pelo fato das mulheres idosas constituírem o maior número de participantes deste estudo ($n=30$) e morarem sozinhas (44%) em comparação à 31% que moram com marido/esposa ou com companheiro(a) e 19% que moram com filhos.

Tabela 2. Distribuição dos participantes do grupo focal segundo tipologia, sexo, idade, tempo de residência no bairro, renda. Ribeirão Preto, 2016

Identificação	Sexo		Idade (referência 01/01/2015)	Tempo de Residência no Bairro (a=anos)
	M	F		
GRUPO 1 (até R\$ 788,00*)				
E1		X	74a6m	61a
E2		X	70a7m	40a
E3		X	71a2m	71a
E4		X	74a6m	41a
E5		X	72a4m	50a
E6		X	72a5m	15a
E7		X	73a7m	55a
E8		X	61a4m	62a
GRUPO 2 (de R\$ 789,00 até 1.685,00)				
E9		X	62a6m	18a
E10		X	68a9m	6a
E11		X	66a1m	9a
E12	X		66a2m	66a
E13		X	68a8m	19a
E14		X	72a9m	72a
E15		X	72a6m	53a
E16		X	72a10m	65a
GRUPO 3 (até R\$ 788,00)				
E17		X	81a3m	40a
E18		X	77a8m	53a
E19		X	76a6m	76a
E20		X	75a10m	48a
E21		X	85a1m	18a
E22		X	78a4m	6a
E23		X	79a6m	66a
E24		X	80a2m	40a
GRUPO 4 (de R\$ 789,00 até 1.685,00)				
E25		X	81a9m	60a
E26		X	82a6m	73a
E27		X	78a2m	21a
E28		X	81a9m	81a
E29		X	79a8m	40a
E30		X	75a6m	70a
E31	X		81a6m	57a
E32		X	76a1m	28a

* Refere-se ao valor e 1 Salário Mínimo à época da pesquisa

Um fenômeno que acompanha o envelhecimento da população é a feminização da velhice, ou seja, as mulheres vivem mais do que os homens em quase todas as partes do mundo. Várias são as explicações para esse fenômeno: diferenças biológicas como o fator de proteção conferido por hormônios femininos em relação à isquemia coronariana; doenças do aparelho circulatório; diferenças de atitudes em relação à doença e incapacidades o que leva as mulheres a frequentar

mais os serviços de saúde antes de refletir pior estado de saúde e à adesão aos métodos de detecção precoce dos vários tipos de câncer. Homens tem inúmeras desvantagens associadas à maior taxa de atividades profissionais o que restringe os horários para comparecer aos serviços de saúde, além de estarem mais expostos a acidentes de trabalho e de trânsito, somando-se à prevalência de alcoolismo, drogadição e tabagismo – vícios que afetam também mulheres, mas em menor proporção (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; LEBRÃO, 2007; CHAIMOWICZ, 2013)

A autopercepção da saúde foi considerada boa ou ótima para 65% e regular ou péssima para 35% dos idosos entrevistados. Dos 32 idosos, 5 mulheres (15%) declararam não ter nenhuma doença diagnosticada (informação autorreferida). A hipertensão foi a doença referida com maior frequência (66%), seguida da hipercolesterolemia (25%), hipotireoidismo (16%) e diabetes mellitus (9%). Importante ressaltar que 38% dos idosos referiram duas ou mais doenças.

Quanto à percepção de audição e visão e audição, 75% e 53% dos idosos relataram, respectivamente, possuir ótima ou boas condições nestes itens.

Em relação ao consumo de medicamentos, todos os idosos (100%) referiram utilizar pelo menos uma medicação, sendo que as mais consumidas eram para tratamento da hipertensão arterial, do hipotireoidismo, controle da diabetes mellitus e do colesterol.

Quanto à ocupação foi observado que 94% dos idosos eram aposentados. Do total de 32 idosos, 75% referiram possuir casa própria e o mesmo percentual se identificou como “chefe de família” ou pessoa responsável pelo domicílio. Segundo o IBGE (2013), a pessoa responsável é na maioria dos casos a mais importante fonte de sustento da família.

5.1.2 Avaliação da condição funcional de idosos

Na velhice, a manutenção da autonomia e independência está intimamente ligada à qualidade de vida. Uma das maneiras de se verificar a qualidade de vida de um idoso é avaliando-se o grau de autonomia que possui e o grau de independência com que desempenha as funções do dia a dia, sempre levando em conta o contexto

sociocultural em que vive. Isso porque é esse que vai lhe oferecer oportunidades ou restrições para o exercício total ou parcial da independência e da autonomia (LEMOS; MEDEIROS, 2013).

O cerne do conceito de autonomia é, assim, a noção do exercício do autogoverno, associado aos seus correlatos: liberdade individual, privacidade e livre escolha. Já no conceito de independência, o conceito central é a capacidade funcional, que, em sua expressão máxima, significa poder sobreviver sem ajuda para as atividades instrumentais da vida diária e de autocuidado (LEMOS; MEDEIROS, 2013).

Neste estudo, a avaliação da capacidade funcional foi feita por meio das informações autorreferidas dos idosos em relação às atividades instrumentais da vida diária - AIVD (LAWTON; BRODY, 1969), como uso do telefone, locomover-se usando um meio de transporte, fazer compras, realizar trabalhos domésticos, preparo de refeições, uso de medicamentos e manejo de finanças.

Conforme escala de Lawton e Brody (1969), os participantes foram questionados sobre a presença de dificuldade, necessidade de ajuda ou se não realizava cada atividade. Os idosos foram classificados como independentes, quando não relataram necessidade de ajuda para realizar nenhuma AIVD, e dependentes quando citaram necessidade de ajuda em, pelo menos, uma das atividades de cada AIVD.

Os resultados obtidos na aplicação da escala de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) de Lawton e Brody (1969) indicaram média de 19,6 ($\pm$ 1,9) pontos obtidos pelos idosos, numa escala de classificação que vai até 21 pontos.

Em termos gerais, os idosos mostraram-se independentes para realizar as AIVD como uso do telefone, fazer compras, preparo de refeições, uso de medicamentos e manejo de finanças.

Nos trechos abaixo, os idosos, participantes da pesquisa, apontam autonomia e independência para realizar suas atividades

[...] por enquanto, eu não tô precisando de bengala, nem nada, ninguém me carrega mas vamos ver a partir de uns tempinhos aí ... (risos) (E23 – G3)

Ah, eu também não tô precisando de muita gente me socorrer não. (E19 – G3)

Para atividades como realização de trabalhos domésticos e locomover-se usando um meio de transporte, os resultados apontaram dependência parcial, ou seja, os idosos conseguiam realizar tarefas leves ou necessitavam de ajuda nas pesadas e somente viajavam quando tinham companhia ou não tinham o hábito de viajar.

Eu sou manicure [...] Eu trabalho mais ou menos, geralmente eu atendo somente três freguesas por dia [...] duas que eu faço mão e pé e uma eu faço mão ou pé [...] agora, no momento, eu estou mais ou menos com umas 20 freguesas fixas, já tive com muitas, mas agora com problema de visão que eu fiquei mais lenta [...] mas eu gosto de trabalhar, nisso aí eu me sinto realizada, trabalho muito e gosto [...] porque eu gosto muito do que eu faço e as freguesas são muito boas, são gente que me acompanham, eu tenho freguesa que me acompanha há 50 anos e é muito bom isso, é gratificante [...] enquanto eu tiver visão, eu vou continuar. (E15 – G2)

O conjunto dos dados acerca da capacidade funcional indica que estes idosos tem a possibilidade de atuar como agentes de mudança considerando a perspectiva da Promoção da Saúde (PS), no que diz respeito à participação social dos mesmos na vida do território que ocupam.

A atuação política e comunitária destes sujeitos pode colaborar na identificação de necessidades e problemas presentes no território, ocupando espaços institucionais ou mesmo informais para propor ações e soluções para estas necessidades e/ou problemas (FERNANDEZ; MENDES, 2007).

Então, o Conselho se reúne e discute sobre o andamento da saúde, não só na unidade, mas na comunidade. O que chega para gente [...] a gente passa dentro do Conselho, discute a respeito, como as conquistas, por exemplo, que a gente sempre procura levar alguma coisa para a comunidade. Eu estou dizendo aí... sobre essa luta incessante de trazer algum conforto, por exemplo, a farmácia, que não tinha aqui para nós [...] que agora vai surgir logo, se Deus quiser, com a odontologia, quer dizer, o conselho ele existe e como está aberto também que as pessoas pudessem, por exemplo, participar também do Conselho, o pessoal da comunidade trazer ideia também, essa é a função. Então a minha participação, eu já estou quase que fechando o quarto ano, pela segunda gestão, eu na primeira vez fui suplente, agora terceiro titular, eu procuro participar, a gente às vezes é chamado para ir aqui ou acolá, na secretaria fazer algum trabalho e sempre direcionado para comunidade. Eu me sinto muito feliz por isso, enquanto eu puder ser alguma peça importante para ajudar eu vou estar pronto. (E12 – G2)

A fala acima indica a utilização dos espaços institucionalizados, como o Conselho Local de Saúde, para esta possibilidade de atuação política sobre o território pelos idosos na perspectiva da PS.

Como já apontado, a participação social no âmbito do SUS pode ser considerada uma forma de efetivação da democracia, tomando a inclusão de diferentes atores sociais na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2005).

5.2 Quem são os representantes dos prestadores de serviços que foram sujeitos da pesquisa

O grupo focal formado por prestadores de serviços com cargos representativos dentro do bairro foi constituído por 6 sujeitos. Os dados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos participantes do grupo focal dos representantes dos prestadores de serviços segundo sexo, idade, tempo de residência no bairro. Ribeirão Preto, 2016

Identificação	Sexo		Idade (referência 01/01/2015)	Tempo de Residência ou Trabalho no Bairro
	M	F		
E33		X	75a5m	50 ^a
E34		X	71a4m	20 ^a
E35		X	69a3m	50 ^a
E36	X		52a6m	27 ^a
E37		X	50a2m	27 ^a
E38	X		63a9m	50 ^a

Os prestadores pertenciam a organizações de voluntariado (organização religiosa, ONG ligada à assistência social), membros de representação de Conselhos (Saúde, Segurança e do Idoso), representação do meio de comunicação e empresário membro de associação comercial e industrial. Neste grupo, 2 membros são do sexo masculino (33,3%). A idade média dos participantes deste grupo foi de 64 anos (± 10) com amplitude etária de 50 a 75 anos.

O tempo médio de residência na Vila Tibério foi de 37 anos, com uma amplitude de 20 a 50 anos, indicando pelo tempo, conhecimento do bairro, das necessidades presentes e das facilidades presentes para os idosos que aí vivem.

5.3 Refletindo sobre a Promoção da Saúde (PS) considerando o perfil dos participantes da pesquisa

A Promoção da Saúde (PS) define como condições fundamentais e determinantes para a saúde:

fatores sociais e econômicos, inclusive renda, educação, alimentação, saneamento, segurança e serviços de saúde. Saúde passa a ser conceituada, portanto, de forma ampliada e com vistas a combater as iniquidades sociais e as desigualdades em saúde, revitalizando a agenda da saúde no plano internacional e colocando a saúde de indivíduos e comunidades como um bem público universal (BODSTEIN, 2009, p. 145).

Como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, a PS contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2006b).

É neste sentido, que os participantes da pesquisa (idosos e representantes dos prestadores de serviços) mostram potencialidades para se situar no processo de construção da PS no território em que estão inseridos, utilizando de suas características, perfis de vida e atuação para agir com autonomia e constituírem-se como protagonistas dos processos e corresponsáveis pelo sucesso das mudanças e ações pretendidas no território (BODSTEIN, 2009; FRAGA et. al., 2013).

Para promover a saúde, é preciso enfrentar os seus determinantes sociais; considerando a saúde como um direito humano fundamental reconhecido por todos os foros mundiais e em todas as sociedades. Como tal, encontra-se em igualdade com outros direitos garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948: liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade, entre outros; é reconhecida como o maior e o melhor recurso para os desenvolvimentos social, econômico e pessoal (BUSS, 2010).

A PS refere-se às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Por isso, caracteriza-se, fundamentalmente, por uma composição inter e intra-setorial, direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais (BUSS, 2010). A PS pressupõe que somente o setor saúde não “dá conta” da saúde em seu conceito ampliado de qualidade de vida, relacionada aos determinantes sociais e deve necessariamente articular-se aos setores como: educação, trabalho, economia, justiça, meio ambiente, transporte, lazer, produção e consumo de alimentos, além do acesso aos serviços de saúde (UIPES/ORLA, Brasil, 2003).

A PS moderna constitui nos dias de hoje um dos principais modelos teórico-conceituais que subsidiam políticas de saúde em todo o mundo e dentre as estratégias priorizadas pela PS, merecem destaque a constituição de políticas públicas saudáveis, desenvolvimento de iniciativas de modificação arquitetônicas e no mobiliário urbano que objetivem a garantia de acesso às pessoas portadoras de deficiência e idosas, apoio às iniciativas das secretarias estaduais e municipais no sentido da construção de parcerias que estimulem e viabilizem políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias (CARVALHO; GASTALDO, 2008; BRASIL, 2006b).

Nesta perspectiva mais contemporânea, a PS pressupõe a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida; sendo necessário existir o protagonismo das pessoas e a necessidade de que sejam “empoderadas”, isto é, desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas (UIPES/ORLA, Brasil, 2003).

5.4 O que falam os idosos e os representantes dos prestadores de serviços

Aqui são apresentados e analisados os três temas: *território hostil x território amigo*, *formação de redes de apoio* e *participação dos idosos na vida do bairro*. Estas, por serem abstrações teóricas, são apresentadas em separado, mas é importante assinalar que na vida cotidiana dos idosos, participantes da pesquisa,

apresentam-se mescladas e traduzem um certo jeito de estar e viver neste bairro, com suas dificuldades e potencialidades.

5.4.1 Território: lugar de vida e cidadania

Quando falamos em território, não estamos circunscritos a questão topográfica ou geográfica, mas considerando o território como o espaço de vida e de construção de relações sociais, que compreende, portanto, não apenas a delimitação física e espacial.

Território é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras. O território pode estar contido num único município ou se referir a um conjunto de municípios que guardam identidades comuns e constituem, entre si, modos de integração social e de serviços numa perspectiva solidária (BRASIL, 2009, p. 371)

Na geografia, ele é definido por Milton Santos⁷ como "território usado", aquele que é construído pelas pessoas. É sinônimo de espaço humano, espaço habitado. O uso do território resulta e é produto histórico das necessidades e interesses humanos, sejam eles econômicos, culturais, morais, sociais e afetivos. Ou seja, o uso do território pelo trabalho, pela economia, pela religião, pelos diferentes setores de governo como a saúde, a educação, a segurança pública pelos grupos sociais, locais ou não, e tantos outros (ENSP, 2016).

Pode-se dizer que território é o lugar onde se constrói a história a partir das ações individuais e coletivas, das relações sociais, dos encontros e acontecimentos solidários, onde fronteiras são construídas historicamente e podem ser vistas por comunidades, bairros, municípios, estados, países e continentes (ENSP, 2016).

Território pode ser pensado como um lugar agradável e saudável para se viver, se sua constituição oferece condições para morar em um espaço confortável,

⁷ Milton Santos foi o geógrafo que mais deu visibilidade à Geografia brasileira (ELIAS, 2002). Intelectual comprometido com os grandes problemas e questões de seu tempo, sobretudo com aquelas parcelas da população marginalizadas pelo perverso processo de globalização, deixou sua marca de indignação e revolta por todos os meios e instrumentos nos quais teve a oportunidade de manifestar suas ideias, fossem eles textos acadêmicos, aulas na universidade, artigos de jornais ou entrevistas nos programas de televisão (CARVALHO, 2002).

ir ao trabalho, à biblioteca, à ginástica, aos bailes e bingos, aos espetáculos musicais, à igreja e outras instituições religiosas, ao cinema, ao teatro, e tantos outros lugares, que se quer ir, com transporte adequado. De uma forma ideal, podemos considerar o território onde ruas e praças sejam cuidadas (ou não); que tenham espaços de lazer e de esporte disponíveis; espaços de encontros para as atividades coletivas; equipamentos sociais, unidades de saúde, hospitais e outros serviços que cuidem para dar suporte aos que adoecem; que se tenha água, luz, saneamento básico, coleta de lixo, telefone, e outros bens públicos em todas as moradias; e ainda que os espaços públicos sejam livres de violência (ENSP, 2016).

O cidadão é o habitante da cidade, do território e cidadania é o direito de todos à cidade. Ser cidadão significa ser capaz de criar ou modificar, em cooperação com outros, a ordem social na qual queremos viver, cujas leis vamos cumprir e proteger para a dignidade de todos. Ser cidadão é mais do que usufruir direitos: é respeitar seus concidadãos, exercendo com responsabilidade seus deveres e exigindo seus direitos. É no dia a dia que a cidadania é construída, nas pequenas coisas que fazemos ou deixamos de fazer. A responsabilidade do voto é apenas um dos traços mais visíveis do exercício da cidadania – cuidar dos espaços e instituições públicas, as quais nos pertencem como cidadãos e cobrar de nossos representantes que administrem com honestidade e competência os bens da sociedade é parte ativa do cotidiano de uma cidadania plena (ENSP, 2016)⁸.

Ao trazermos o conceito de território para à área da saúde, se coloca o desafio de pensar o bairro, a cidade e o país onde moramos; o Projeto Cidade Amiga do Idoso se alinha a esta discussão, ou seja, de tomar o território como uma possibilidade de construção de ações de qualificação da vida do idoso segundo os princípios da PS.

5.4.1.1 Território amigo x território hostil

Os idosos ao se apresentarem para a pesquisa, afirmaram conhecer e viver no bairro por um longo tempo, sendo que com relação ao tempo de residência no bairro, o tempo médio de 46 anos de permanência na Vila Tibério, certamente oferece ao grupo um conjunto de experiências e vivências bastante intensas e que

⁸ <http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/?q=node/94> acesso em 19 de janeiro de 2016.

permitem contribuir com os elementos a serem analisados em relação ao bairro se constituir em um espaço amigável ao idoso.

Eu estou com oitenta, fui nascida e criada na Vila Tibério. (E17 - G3)

Eu moro aqui ... Eu sou fundadora daquele prédio lá. De quinze ou há dezoito anos que moro aqui, né? Tenho oitenta e cinco anos e eu gosto muito daqui. Moro pertinho da igreja, né? (E21 – G3)

Bom, eu moro aqui a cinquenta e três anos. Só que não sou daqui. Nasci na Bahia, me criei lá e vim pra depois de casada a cinquenta e três anos. Eu tenho setenta e sete anos. (E18 – G3)

Eu nasci em São Paulo, mas eu vim para cá não tinha nem um ano. Para a Vila Tibério. Desde que eu nasci eu moro na Vila Tibério e na Rua Dois de julho [...] Eu estou na casa de meus avós, que eu comprei. Estou morando mas desde que eu nasci eu moro na Vila Tibério, mesmo lugar. [...] Setenta e seis anos. (E19 – G3)

Eu moro na Vila Tibério também há uns quarenta anos que eu moro na Vila Tibério. Eu morava na Vila Virginia e aí mudei para cá faz uns quarenta anos, tenho oitenta anos. (E24 – G3)

Eu nasci em Sertãozinho, vim para cá com treze anos. Fui morar na Martinico Prado aí depois eu mudei aqui para a Rua Doutor Loyola, tudo na Vila Tibério. Rua Doutor Loyola, morei muitos anos ali. Ali eu me casei e estou morando aqui na esquina da Gonçalves Dias. Ali está fazendo já quarenta e sete anos que eu moro ali. Bem casada, bem vivida, tudo na Vila Tibério. Adoro esse bairro. [...] Sete Nove [idade]. (E23 – G3)

Cabe destacar que ao falarem sobre o tempo vivem no bairro, há certo tom colocado de "orgulho" de terem constituído sua vida e suas famílias neste espaço, indicando cada lugar, cada rua, em que residiram e relacionando com etapas de sua vida. Se faz presente a ideia do "território usado" constituído historicamente em que estão colocadas as relações e afetividades dos idosos entrevistados em relação ao bairro.

Quando questionados sobre *como é viver no bairro* da Vila Tibério, os participantes levantam aspectos positivos: os amigos que adquiriram neste tempo de moradia no bairro, o sossego - relacionado ao trânsito, a proximidade com a região central da cidade e com o comércio, bem como os serviços disponíveis (mercado, farmácia, entre outros).

Eu no caso eu me orgulho de morar na Vila Tibério. Amo a Vila Tibério, mesmo que esteja hoje os problemas negativos mas, eu amo a Vila Tibério foi é e permanece a minha vivência com muito amor. (E7 – G1)

Eu que na verdade sou a caçula né, 15 anos , mas gosto muito, gostei muito de ter vindo pra cá. Aqui eu encontrei muitos amigos, encontrei a igreja que eu também participo então eu gosto muito, tive muitas boas coisas que eu aprendi. (E6 – G1)

As coisas boas que eu acho na vila é as famílias que se conhecem, famílias antigas, quando a gente resolve fazer algum evento, alguma coisa, chama, todo mundo vai, aí se encontram o pessoal que às vezes fica muito tempo sem se ver, se encontra ali, é bom, a gente se abraça, é gostoso, isso é muito bom, a camaradagem, não é? As amizades, isso é muito bom, é bom porque é um bairro central, você tem toda comodidade do centro, dentro do bairro (E16 – G2)

[...] já faz 18 anos que eu estou aí... é tudo bom, ótimo, já gostava da Vila Tibério, tem tudo perto, banco, tudo o que a gente precisa para a pessoa idosa tem que ser a Vila Tibério, eu acho assim [...] (E9 – G2)

Apontam as facilidades de se estar no bairro e demonstram sentimento de pertencimento a este espaço, como indicado por E7G1: [...] *eu me orgulho de morar na Vila Tibério. Amo a Vila Tibério [...]*, apesar dos problemas identificados, reconhecidos como presentes em outros espaços urbanos.

A existência de bons serviços de atendimento que reconhecem as necessidades dos idosos, é considerada uma característica amiga do idoso. Em cidades participantes do Projeto Cidade Amiga do Idoso, como no caso do Rio de Janeiro e Cancún, no México, a beleza de morar próximo ao mar foi considerada uma grande vantagem como característica amigável ao idoso assim como morar perto do rio, em Melville na Austrália e Londres na Inglaterra. Em Himeji no Japão, os idosos valorizam a paz e a tranquilidade do seu ambiente (OMS, 2008).

Neste estudo, para os idosos há bom atendimento pelos serviços existentes no bairro, incluindo serviços prestados pelo poder municipal como abastecimento de água e iluminação pública, acesso fácil aos estabelecimentos de diferentes naturezas e comércio, assim como à região central da cidade, acesso ao transporte em geral.

Não tenho do que queixar da Vila Tibério porque então na minha casa também não falta água. A água diminui? Diminui mas não falta água. [...] queixa de posto de saúde não tenho queixa, porque ocupo pouco o posto de saúde mas quando eu preciso sou muito bem atendida e a única coisa que eu acho assim, meio lento aqui na Vila Tibério é esse, a gente liga, corta uma árvore a gente liga e eles não vem aí junta sujeira. Passa um joga lixo, fica o lixo na porta, a única coisa, agora quanto ao resto eu não tenho queixa. Não tenho do que queixar da Vila Tibério [...] Olha, supermercado é muito bom. Farmácia também, boa farmácia, atende muito bem, também. Quer

dizer que tem coisas que não é bom, mas também tem muita coisa boa. (E19 – G3)

A iluminação está ótima. Foi tudo trocado, a Vila inteira foi trocada a iluminação. (E13 – G2)

Está clara a rua da minha casa que está um espetáculo, está até demais. (E10 – G2)

Trocou as lâmpadas né. Dura mais [...] Então a iluminação está boa. (E16 – G2)

Também não tenho queixa A gente tem ônibus, bem dizer, na porta, né? [...] O ônibus passa aqui, aqui o posto...[...] Todo mundo é muito bem atendido. As meninas são uma gracinha. Então eu me orgulho muito de morar aqui na Vila Tibério. (E23 – G3)

Em todos os bairros que tem em Ribeirão, minha preferência foi vir pra cá. É muito prático morar aqui. Perto da cidade, tem supermercado, farmácia, tem tudo o que você quer e pertinho, Né? Facilidade para você viajar, né? É perto da rodoviária, facilidade para tomar ônibus. Aqui é muito bom. Eu não tenho queixa. (E22 – G3)

Há um destaque nas falas em relação aos serviços de saúde, indicando a facilidade no acesso a estes serviços e ao “bom trato” pelas equipes de saúde quando da procura aos mesmos.

Eu moro na rua Marques da Cruz todos esses anos. Minhas criança foi tudo tratado de médico aqui nesse postinho quando era pequenininho. Qualquer coisa é nesse postinho. Só tem esse postinho aqui, né? [...] Aqui a minha rua é a rua que o pessoal mais passa para ir pro Hospital das Clínicas. É muito carro, mas não me incomoda, não. Tem hora que é até bom porque na hora que vai no portão tá passando carro porque qualquer coisa você pode gritar um socorro, né?. Padaria também, o pessoal é muito bom. Agora tem uma pizzaria perto da minha casa, tem loja, tem um restaurante agora perto da minha casa, quer dizer que para mim na Vila Tibério que eu moro, não tenho reclamação de nada [...] (E18 – G3)

Sempre, sempre fui muito bem tratada (na unidade de saúde). Assim, eu tô numa fila e ninguém vem chegar pra mim e dizer... você quer passar na minha frente? Não, isso não, agora, desrespeitar, não. Para quem atende, sempre fui muito bem atendida. Não tenho reclamação nenhuma. (E19 – G3)

As idosas comentam do respeito que as pessoas, mesmo os mais jovens e pessoas em situação de rua têm em relação a elas.

Nunca ninguém me faltou com respeito... oh oh velha, não, nunca aconteceu essas coisas. Sempre fui muito bem respeitada, sabe? E

eu sendo idosa [...] então nunca ninguém me faltou com o respeito. Sou bem respeitada tanto com os meus vizinhos, como aonde eu vou. Sempre, não tenho esse problema, não. (E19 – G3)

Se tem um lugar muito cheio de gente eles abrem espaço para mim atravessar, as vezes me dá a mão para atravessar. Num lugar assim, sabe, mais perigoso. (E21 – G3)

Eu já passei ali (praça) durante o dia porque precisei ir até o postinho, nunca aconteceu nada. Passo perto. Assim como eu respeito eles (moradores de rua) me respeitam também. Nunca, nunca, nunca, falaram nada também. Sou bem respeitada com eles também ali da pracinha. (E19 – G3)

Ali já me conhece como tia, né? “oi filho tudo bom? “Tudo bom tia.” “Bom dia para a senhora, vai com Deus”. “Fica com Deus também”. (E18 – G3)

Em geral, os idosos são respeitados nas cidades onde foi realizado o Projeto Cidade Amiga do Idoso e mencionaram que o respeito e a gentileza são frequentemente demonstrados. Na Jamaica e na cidade de Ponce, em Porto Rico, os idosos sentem que têm prioridade no comércio e no atendimento ao público; em Islamabad, no Paquistão, e em Moscou comentou-se que as pessoas cedem seu lugar para os idosos nos ônibus. Na Cidade do México, houve menção a um banco cujos funcionários são treinados para tratar bem os idosos, e ao final de cada mês há um horário determinado para atender exclusivamente os idosos. Também em Tóquio os idosos observam que os estabelecimentos comerciais os tratam bem porque os clientes são, em sua maioria, idosos. Além disso, os idosos se sentem especialmente respeitados e incluídos em clubes de idosos. Foi também observado que quando os próprios idosos são respeitosos e agradáveis, eles recebem tratamento igual das outras pessoas (OMS, 2008).

Não obstante, participantes em várias cidades também relataram a ocorrência de comportamento desrespeitoso para com as pessoas idosas, indicando que as pessoas parecem estar impacientes com os idosos, que são mais lentos para a realização de tarefas e ações. Em Sherbrooke, no Canadá, idosos se sentem tratados como crianças; em Amã, na Jordânia, se sentem criticados por jovens por suas roupas diferentes e pelo modo como falam; em Tóquio foi dito que alguns jovens são mal-educados; em Halifax, no Canadá, e em Nova Delhi são agredidos física e verbalmente pelos mais jovens e; em San José, na Costa Rica, foi

mentado que médicos já tinham as prescrições feitas antes mesmo de examinarem os pacientes idosos (OMS, 2008).

Por outro lado, negativamente, foram apontados com mais frequência os aspectos urbanos relacionados à sujeira, principalmente próximo à Unidade Básica Distrital de Saúde Central, a má coleta de lixo que permite o acúmulo de lixo nas ruas, o hábito da população em jogar móveis usados/velhos nas ruas e atear fogo ao lixo e aos móveis, o abandono das praças, o calçamento irregular, sendo que a soma de todos estes aspectos negativos mencionados resultam no medo de caminhar pelo bairro.

Sujeira, que hoje tão pondo sofá velhos nas calçadas. Se corta uma árvore, fica não recolhem e o povo põe fogo e chega até lá nos fios. E vários lugares. [...] e queimou tudo os pés de goiaba [...] (E6 – G1)

Eles tiram os lixos das casas e jogam tudo na esquina. É cama, é sofá, geladeira velha é tudo o que eles acham jogam ali naquele ponto. E tem um postinho ali perto, todo mundo passa ali. Eu passo quase todo o dia ali. (E18 – G3)

Na (rua) Dois de Julho é direto o lixo ali. Tira e no outro dia tá cheio.[...] Quase não dá nem para passar porque tá sempre cheio de coisas. É galho, móveis, tudo ali. Eles vem, tira num dia e no outro dia veio de novo, já tá cheio de novo [...] Depois reclama que fica entupindo. Entope mesmo [...] o pessoal joga lixo ali dentro, em vez de catar [...] eles tem capacidade de jogar no bueiro. O povo é muito porco. Depois a prefeita é a culpada. [...] E jogar sofá dentro do rio? [...] Joga pra lá ... joga o sofá dentro do rio... (E17 – G3)

[...] então as pessoas também aqui, elas varrem o lixo e joga tudo no bueiro [...] Não pode acontecer isso né. [lixo no bueiro] Bota num saquinho, sei lá. O lixeiro passa todo o dia né. Acho que o problema da Vila Tibério é esse. As pessoas não ter conscientização das coisas que acontecem na Vila Tibério. Podia ser melhor, né? [...] A gente tem que cuidar da cidade, do bairro. É a gente mesmo [...] É que hoje as pessoas não estão reformando mais nada. Elas estão comprando novo. Joga fora, compra novo. [...] Porque reformar é muito caro então tá quase um preço de um novo então, compra um novo e joga aquele fora. Joga ali na rua. (E24 – G3)

Mas se todo mundo cuidasse... o lixo mesmo da frente da sua casa também ajudaria muito, né? Não adianta. Eu acho assim, a pracinha é um horror mesmo, mas tentaram colocar banco, orelhão. Eles vão lá e quebra tudo, então qual que é a solução? Eu não sei qual seria a solução? Só o povo que faz isso, não é só falar, não, não vem limpar, a gente pede não vem, vem? Agora a pracinha ali você não tem condição de passar por ali mais. Mas tentaram... tentaram fazer. Eu comecei a fazer ginástica. Em 96 eu fazia nesta praça. Olha era uma maravilha a praça, eu fazia ginástica. Ali aprendi a fazer ginástica, ali aprendi a jogar, aprendi bordar. Hoje você não pode passar perto

então eu não vejo assim, lógico, eu não entendo a solução porque ah, o povo, são os maiores culpados. Eu, a minha opinião é essa. (E19 – G3)

E ali naquela praça mesmo, o povo podia sentar lá, tomar a fresca, agora não pode mais. A gente tem medo de atravessar ali ... quando eu vou atravessar pra ir no banco, eu não dou conta, porque eu tenho medo né. E não sou só eu não, todas as minhas amigas. Eu dou uma olhada, vejo quem tá nela e atravesso. Não gosto de levar bolsa. (E4 – G1)

Aurora, a Jorge Lobato, a Monte Alverne (ruas) e aquele acesso até o supermercado lá em cima, as calçadas são estreitíssima, pois ela tem um metro e meio [...] não consegue passar duas pessoas ali, se vem uma tem que esperar passar, porque a outra não, duas pessoas não passam, então as outras calçadas ainda pela não cuidada, que tem um problema de tropeçar, de pisar no buraco, uma calçada mal conservada, você tropeça e cai mesmo. Idoso? Caiu? A cara cai direto. Não sei como. (E12 – G2)

Cabe destacar que ao apontarem estes aspectos, os sujeitos indicam que estas situações, não são decorrentes apenas da ausência do poder público no cuidado ao espaço do território, mas do descaso e falta de uma ação de caráter coletiva dos moradores em cuidarem do espaço em que vivem.

Chamam com isto de modo implícito, a atenção aos aspectos de empoderamento e participação social, princípios da PS. Nas falas dos idosos há a formulação de críticas de que a população se coloca à margem de processos que podem transformar o espaço em que vivem, seu entorno físico, cultural, deixando de exercer seus direitos e deveres civis. Desta forma, a possibilidade de exercer autonomia, construir empoderamento e participação social, fica à margem dos processos apontados (FERNANDEZ; MENDES, 2007; BRASIL, 2006b, BRASIL, 2012).

No tocante à condição das calçadas, é notório o impacto na capacidade de locomoção do idoso ao considerarmos que calçadas estreitas, desniveladas, com rachaduras, que tenham meio-fio alto, ou que sejam congestionadas ou apresentem obstáculos, são potencialmente perigosas e afetam a capacidade dos idosos caminharem pelas ruas, assim como podem levá-los às quedas (OMS, 2008).

As quedas em idosos têm como consequências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o medo de cair, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização. Geram não apenas prejuízo físico e psicológico, mas também aumento dos custos com os cuidados de saúde,

expressos pela utilização de vários serviços especializados, e, principalmente, pelo aumento das hospitalizações (PERRACINI & RAMOS, 2002).

Nos Estados Unidos, em 2000, os custos médicos estimados com fatores associados a quedas fatais (10.300 no ano) foram de US\$ 200 milhões e US\$ 19 bilhões com quedas não fatais (2,6 milhões no ano) entre idosos de 65 anos ou mais (STEVENS et al., 2006).

Em muitas cidades, como Cidade do México, Rio de Janeiro e Jamaica, os pedestres são obrigados a dividir a calçada com camelôs. Em outras cidades, como La Plata na Argentina, Moscou, Porto Rico e a região metropolitana do Ruhr na Alemanha, carros estacionados nas calçadas obrigam os pedestres a caminhar pela rua. O clima pode contribuir para a dificuldade de locomoção dos idosos nas calçadas. Em Sherbrooke, no Canadá, por exemplo, há preocupação quanto à não retirada da neve nas calçadas e, em Portage La Prairie, também no Canadá, o risco de quedas é maior após uma nevasca (OMS, 2008).

Em algumas cidades já existe aprovação para melhorias em relação ao planejamento e à manutenção de calçadas, sendo sugeridas pelos idosos uma superfície homogênea, plana, antiderrapante; larga o bastante para circular em cadeira de rodas; com rebaixamento do meio-fio para ficar nivelado com a rua; remoção de obstáculos como camelôs, carros estacionados e árvores; e prioridade de acesso para pedestres (OMS, 2008)

Os idosos, deste estudo, também mencionaram a solidão, considerando que 47% informaram que moram sozinhos. Cabe ainda, frisar mais uma vez, que a maioria dos participantes do estudo foram mulheres, que se encaixaram nos critérios de inclusão e que consentiram em participar da presente investigação.

Ah tem aquela liberdade né, eu moro sozinha e tenho a liberdade de sair e entrar a hora q eu quero ... mas por outro lado também ... a solidão ... e isso nos leva também a uma depressão. A gente tem que ver os dois lados de quem mora sozinha. (E6 – G1)

Eu tenho uma vizinha que ela agora fez 92 anos. E ela mora sozinha ... ela foi ao médico, ele disse a senhora mora com alguém ... ela disse não mas .. ele: então continua, continua assim. Porque muda tudo o esquema né ... ela faz tudo ... ela vem aqui no posto, ela faz coisa que não faço. (E5 – G1)

A minha filha: ah mãe, daqui uns anos você vai ter que morar comigo ... vou não enquanto eu der conta de fazer minhas coisas eu quero minha liberdade ... mas eu não venho morar aqui na sua casa não [...] (E4 – G1)

Ah é bom ... não tenho queixa ... a solidão não mora lá (em casa) ...
Solidão na minha casa não mora. (E5 – G1)

Pelas falas, é possível depreender, que nem sempre a solidão se apresenta como um aspecto negativo em suas vidas, pois viver sozinho, pode indicar maior liberdade ao idoso. Parece haver um esforço por parte dos participantes em não permitir que o fato de morarem sozinhos se transforme em um empecilho em suas vidas, como traduzido na fala de E5 – G1: [...] *não tenho queixa ... a solidão não mora lá (em casa) ... Solidão na minha casa não mora.*

Há muitas explicações sobre o porquê de idosos que vivem em isolamento terem dificuldade ou não quererem se associar ou estar com outras pessoas. Os seus contatos sociais podem ter diminuído ou desaparecido, gradativamente, após a morte do cônjuge e de outros membros da família e amigos, assim como a saúde pode estar em declínio, o que limita a sua capacidade de participar. Esforços voltados para estimular e motivar a participação dos idosos pode, às vezes, fazer a diferença entre a participação e o isolamento. Muitas pessoas que estão envolvidas com grupos e clubes de idosos estão muito satisfeitas com suas atividades; entretanto, alguns idosos relutam em participar de clubes e associações por vários motivos, dentre eles: podem não conhecer ninguém, acreditam que devem partilhar de uma determinada visão política ou acham que as atividades daquele clube não são interessantes. Em Melbourne, na Austrália, e na cidade de Xangai, na China, foi relatada a existência de organizações que tomam a iniciativa de ir aos idosos e convidá-los a participar de suas atividades. Por outro lado, alguns idosos preferem não participar e, em Portland nos Estados Unidos, idosos aconselham respeitar quem prefere se abster de frequentar atividades (OMS, 2008).

Neste estudo, idosos ressaltam a importância do Parque Maurílio Biaggi, um parque com grande área verde, localizado na região da Vila Tibério, que encontrava-se fechado no momento da coleta de dados e que permitia atividades esportivas e de lazer ao ar livre.

Na hora de caminhar ... fazer uma caminhada gostosa ... as vezes prejudica né. [...] (E7 – G1)

[...] e o parque tá fechado até hoje também ... dava pra gente caminhar ... Por que esse parque tá fechado? (E2 – G1)

Para além do Parque Maurílio Biagi, as áreas verdes de circulação dentro do bairro compreendem as Praças Coração de Maria, José Mortari e Francisco Schmidt, espaços importantes de circulação e convívio dos moradores e dos idosos em particular, mas que são apontados, de certa forma, como áreas de risco no território devidos as questões de violência.

É importante frisar que a existência de espaços verdes é uma das características mais comumente mencionadas como amigáveis aos idosos e um recurso que tirá-los do isolamento social. Entretanto, em muitas cidades, há barreiras que impedem os idosos de utilizar estes espaços verdes. Em Nova Delhi, na Índia, por exemplo, foi dito que alguns espaços verdes são mal conservados e tornaram-se *“monturos de lixo”*, e em Himeji, no Japão, alguns parques são considerados perigosos. Em Melville, na Austrália, houve reclamações quanto à inadequação de banheiros públicos e à ausência de bancos. Em Moscou, foi relatada a ausência de proteção contra o mau tempo, ao passo que, em Udaipur, a ênfase foi na dificuldade de acesso aos parques (OMS, 2008).

No entanto, diferentes sugestões foram oferecidas pelos idosos dessas cidades para resolver esses problemas. Cuidadores em Halifax, no Canadá, sentem a necessidade de espaços verdes menores e mais tranquilos em áreas periféricas da cidade, ao invés de parques maiores e mais frequentados por crianças e jovens que andam de skate. Idosos em Amã, na Jordânia, recomendam que sejam feitos jardins especiais para eles, enquanto, os de Nova Delhi, na Índia, sugerem que sejam demarcadas áreas só para idosos. Nestas cidades foi mencionada a necessidade de uma melhor conservação dos parques (OMS, 2008).

5.4.1.2 Medo e violência urbana

A violência é um problema da sociedade, que desde a modernidade o tem tratado no âmbito da justiça, da segurança pública, e também como objeto de movimentos sociais. No entanto, dois fortes motivos tornam o assunto preocupação da área da saúde. O primeiro, porque, dentro do conceito ampliado de saúde, tudo o que significa agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais, e à qualidade da existência, faz parte do universo da saúde pública.

Em segundo lugar, a violência, num sentido mais restrito, afeta a saúde e frequentemente produz a morte (MINAYO; SOUZA, 1999)

A sensação de segurança no local onde se mora afeta grandemente a vontade das pessoas de saírem à rua, o que, por sua vez, influencia na sua independência, saúde física, integração social e bem-estar emocional (OMS, 2008, p. 18)

Um dos aspectos que aflige aos idosos é caracterizado pela situação presente na sociedade contemporânea que é a violência urbana e os temores dela decorrentes.

Não é só na Vila Tibério, não. [...] A violência é em todo o lugar. Agora eu não tenho queixa, graças a Deus. Ali nunca aconteceu nada comigo. Ali perto da minha casa, não, só que esse de roubar é em todo lugar, não só na Vila Tibério. É só isso que eu queria complementar, não é... (E19 – G3)

A principal coisa é a segurança, porque você não pode, eu não carrego bolsa mais (E11 – G2)

Eu carrego bolsa, mas eu ponho em outro lugar se eu tiver com dinheiro [...] Eu guardo aqui na minha bolsinha. (E10 – G2)

Porque eu tenho medo, dinheiro eu não ponho na bolsa, não ponho. (E13 – G2)

Os problemas ligados a violência que afligem os idosos foram identificados pelos mesmos como: violência e crescentes ocorrências de assaltos que não são características somente do bairro e que geram grande insegurança, presença de usuários de drogas pelas ruas e outros espaços públicos, elevado número de moradores de rua, praças abandonadas.

Mais de vinte anos que eu sai da Vila Tibério. Morei aqui seis anos. Logo que mudei pra cá fui roubada na minha casa. Descendo a pé pela cidade, fui roubada, quer dizer que isso aí é normal mesmo. (E22 – G3)

Tem o senhor que limpa lá (Praça), diz que ele não pode limpar, pois os maconheiros não querem que ele mexe lá... não quer que mexe porque eles escondem droga e não pode mexer... [...] Eles escondem drogas então não podem mexer. Ouvir falar isso daí. [...] Eu vi ele falar assim que eles manda não limpar a praça por causa disso. Porque eles escondem droga...Porque ali é foco de droga, né? Direto. Então eles escondem, e o homem não pode limpar direito. Então ele teve de sair. (E17 – G3)

Negócio de droga aí, é um negócio absurdo. A polícia passa, todo mundo dá um jeitinho e tal, passou, dali um pouquinho junta todo mundo, você não pode entrar na rua porque vai ser assaltado, é complicado. (E12 – G2)

E ali tem assalto direto, direto [...] Pessoal fica ali. Você passou com bolsa eles vão atrás e pega né. (E16 – G2)

Por isso acho que policiamento é muito importante na praça, nas ruas porque esse drogados eles afastam as pessoas [...] É assalto. Esses pequenos assaltam uma corrente, um relógio, né? E isso tem muito... Na (rua) Martinico Prado mesmo, foi ali que me pegaram a corrente no pescoço então eu tenho medo. (E21 – G3)

A solução apontada parece ser o policiamento mais ostensivo nas praças, nas ruas, no bairro como um todo e maior rigor na aplicação das leis que garantam segurança aos idosos.

Eu estou exigindo mais uma coisa. Mais policiamento. É, porque não pode sair sozinha porque vem um cara empurra a gente. Pega a bolsa. [...] Outro vai e pega a bolsa [...] Um cara passou eu estava com uma corrente de ouro com duas medalhinhas com o nome das minhas filhas, né? E o cara puxou a corrente e levou tudo e não tinha polícia, não tinha nada para mim reclamar, nem posto, né? Então acho que precisa de mais policiamento né. (E21 – G3)

Eu acho que não é só problema de aumentar a segurança e o policiamento, hora que eles peguem alguma coisa que eles sejam firmes na lei [...] Pega, daí a polícia vai lá... e solta, ele sai e vai fazer tudo de novo, então não é só pôr a polícia em cima [...] tem que ter aquela firmeza (E14 – G2)

Impunidade. (E12 – G2)

Mas isso é a lei que está falha. (E15 – G2)

Mas eu sei que é a lei que é fraca. (E14 – G2)

Não aparecem de imediato outras medidas para a questão da violência, que se voltem a intervir sobre seus determinantes, ou para as questões voltadas à drogadição além da ação policial. Desta forma, parece em alguns momentos haver uma naturalização da violência, como se fosse um processo normal tais situações acontecerem.

É importante assinalar, contudo, que o Conselho Local de Saúde do CSE Vila Tibério e a Associação de Moradores da Vila Tibério e Adjacências (AMOVITA) com o apoio do Conselho de Segurança Oeste (CONSEG Oeste) vem estudando a

implantação do Projeto Vizinhança Solidária e a criação de um Núcleo de Apoio Local (NAL) com vistas à melhoria da segurança dos moradores do bairro, especificamente as pessoas idosas mais vulneráveis aos assaltos, roubos e outras formas de violência.

Apesar destas iniciativas constarem como metas principais da AMOVITA, gestão 2015-2019 (BRAGA, 2015b), estas ações parecem ser de desconhecimento dos idosos, participantes da pesquisa.

Em qualquer política de prevenção e atenção à violência contra os idosos deve-se considerar as diferentes formas de configuração do problema. Devem ser objeto de atenção: políticas públicas que redefinam, de forma positiva, o lugar do idoso na sociedade e privilegiem o cuidado, a proteção e sua subjetividade, tanto em suas famílias como nas instituições, tanto nos espaços públicos como nos âmbitos privados (MINAYO, 2003).

Ainda, para a efetiva implantação de políticas de proteção dos direitos da pessoa idosa é necessária a atuação de diversos atores como delegacias de proteção, conselhos de defesa dos direitos, serviços de saúde e assistência social, Ministério Público e outros parceiros, constituídos numa rede organizada de interações e relações, que se articulem para que acolhimento, tratamento e encaminhamento de questões pertinentes à proteção dos direitos dos idosos se efetivem. É importante considerar que setores estratégicos como saúde e assistência social constituem parte fundamental na organização das redes de proteção e suporte social para o alcance de políticas sociais (PAIXÃO JR; ROCHA, 2013).

Estes aspectos de grande importância e de caráter mais estrutural, não se fazem presentes nas falas dos sujeitos da pesquisa, de certa forma reproduzindo o já apontado da naturalização desta situação pela sociedade.

5.4.1.3 Necessidades atendidas e não atendidas

Ser ativo e participativo após os 60 anos, de acordo com as próprias limitações e potencialidades, não pode ser considerado como um privilégio conquistado apenas pelo indivíduo, mas um direito que o Estado deve garantir aos

seus cidadãos. A sociedade tem o dever de promover um ambiente no qual seus idosos possam desfrutar direitos e oportunidades, após uma vida dedicada à construção dessa sociedade (MESQUITA; COSTA; CARVALHO, 2013).

O Brasil conta com amplo arcabouço legal para a garantia dessa condição. Entretanto, em nossa sociedade, os idosos brasileiros têm demandas específicas e, portanto, necessidades prementes não atendidas (MESQUITA; COSTA; CARVALHO, 2013).

Nesta fala podemos perceber que uma representante dos prestadores de serviços reclama do descaso em relação aos idosos do município.

Considerando que a gente, a população idosa está aumentando, e assustadoramente [...] daqui 10 anos ela vai estar muito mais, e o Brasil não está, aliás, vou falar Ribeirão Preto né? Não está preparado para lidar com os idosos. E uma coisa que eu estou falando assim de fato, porque é a realidade. Porque o poder público não está nem aí, que se dane. Porque só um exemplo, a eleição do conselho do idoso foi em maio né? Em maio e a gente tomou posse em 7 de agosto, porque não tinha horário para dar posse para a gente, aí o tempo já tinha vencido, ficou eu que era secretária, o Beltrano que era o vice-presidente, que o presidente já tinha saído, tocando o conselho. Aí, como tem agora a coordenadoria do idoso, que atende tudo essa coisa horrível que tem por aí né? Então é uma correria, para tirar uma senha é digital, para eu prestar, fazer o HBF do conselho, tinha que me dar 500 reais, levou 40 dias para me dar 500 reais, ô gente, dá licença? Então gente, tudo que é do idoso aqui é difícil. Aquele calçadão da praça aqui, aquele calçadão da Praça XV, os idosos todo dia vão lá reclamar, mas eu só, eu falei assim: “olha, porque eu não mando mais, o povo cai, machuca, você vai na imprensa, ninguém toma providência. Aqui precisa, urgente, alguém fazer uma coisa para ajudar a gente. (E33- G5)

Em relação à utilização dos serviços de saúde, embora tenha aparecido em outros momentos a facilidade do acesso aos mesmos, os participantes quando confrontados especificamente com este aspecto, apontam a demora para o agendamento das consultas, mesmo havendo a possibilidade da marcação de consultas por telefone, esta demora ocorre.

Por exemplo, aqui na área de saúde também, se for ver, por lei, tem um telefone específico de você marcar o telefone ... a consulta. Isso é uma lei. (E8 – G1)

Então nós marcamos. Mas, daí, seis meses, sete meses ... Aí, até chegar o dia, você pode estar até morta [...] Meus exames devem estar tudo (risos) ... os colesterol. (E2 – G1)

As opiniões sobre as diferenças entre a rede privada e pública se dividem, entre serem da mesma qualidade ou pela rede particular ser de melhor qualidade e rapidez.

Eu acho que é mais rápido (atendimento na rede privada de saúde).
(E4 – G1)

Eu tenho convênio [...] mas tem que agendar com bastante antecedência. Eu tenho retorno marcado para março. Eu acho que desde setembro ... Quer dizer, eu liguei [...] eu precisei ligar em janeiro [...] pra marcar para março. (E7 – G1)

Ah, lá é a mesma coisa (no Hospital Beneficência Portuguesa). Eles atendem idosos, demora. Às vezes, o paciente está lá na maca e fica lá. Fica o dia inteiro, né? (E3 – G1)

Ainda, os participantes apontam que na rede hospitalar, a depender do hospital particular existe a prioridade para o idoso, e que esta questão deveria ocorrer também na rede pública, apontando que no SUS, não há esta preocupação com a priorização do atendimento do idoso.

Lá no São Lucas já tem a prioridade para o idoso. Ele chega e já sai lá no painel, um painel "prioridade". Pelo convênio, né? Mas teria que ter ... [...] tinha que ter no SUS também. Tinha que ter em todos os lugares, né? Pessoa que precisa, né? O SUS tinha que ter isso [...] Tem que fazer esse pedido. Para quem vai fazer esse pedido? [...] Pois é. Tem que pôr para o pessoal SUS, ter direito na prioridade.
(E6 – G1)

Não tenho queixas. Sempre fui muito bem atendida (na Unidade de Saúde do SUS). Precisei de cirurgia. Não demorou nada. Uma semana eu estava sendo operada. Eu não sei se foi por causa do doutor Fulano. Uma semana eu estava internada e estava sendo operada. (E1 – G1)

Cabe destacar que a legislação brasileira no que se refere ao idoso (BRASIL, 2007), assegura a este grupo tanto no âmbito privado como público o atendimento prioritário em situações diversas, incluindo em serviços de saúde. Contudo, muitas vezes é desconhecido por parte da população em geral e dos idosos, em particular, a existência de marcos regulatórios que asseguram os direitos dos cidadãos e de grupos específicos, assim como de mecanismos e estratégias individuais e coletivas e de ações efetivas que assegurem o cumprimento destes direitos.

Com relação à mobilidade urbana, os idosos falam sobre as condições em que é oferecido o transporte público na cidade, e que apresenta condições adversas

para a população em geral e para os idosos em específico, dada sua maior vulnerabilidade a determinadas situações.

São apontadas dificuldades como: altura dos degraus para acesso ao veículo, educação e cordialidade do motorista, velocidade empreendida nos veículos pelos condutores, falta de cobertura e proteção contra a chuva para os usuários do transporte coletivo, lotação excessiva de passageiros e impontualidade do serviço.

[...] não param muito no ponto, né? Aí, tem... fica difícil para entrar (E4 – G1)

Eles não para assim pertinho da sarjeta [...] eles param muito no meio da rua e é difícil para subir, para descer... aí é difícil. [...] É, perigoso o ônibus (E19 – G3)

Ainda mais para quem vai lá pra Lafaiete (rua). Eles correm muito (E3 – G1)

E o motorista tinha que ser, também, um pouquinho mais solidário com as pessoas idosas [...] Porque ele é muito rápido, né? Ele quer dirigir rápido, sair fora. Então, dificulta na hora de passar a carteirinha, na passagem... E no descer também, os idosos tem que têm que ter muito cuidado. E eles são meio agressivos nessa parte. (E8 – G1)

[...] eu ando muito de ônibus, porque eu vou nas minhas irmãs toda semana. E eu também acho ruim de descer, subir, que a altura... que nós somos baixinhas, né? Tem até que dar um pulinho às vezes para descer (-risos) (E2 – G1).

É um sacrifício para subir no ônibus...[...] Subir aquele degrau às vezes tem que ter o motorista para ajudar [...] porque eles são bem altos né? numa parte assim, deve ser quase meio metro de altura. Quarenta centímetros assim. (E22 – G3)

[...] E o ônibus, eu acho que os ônibus não passam muito em horário, muito lotado. Os pontos não têm cobertura, muitos pontos não têm... (E4 – G1)

Eu não ando de ônibus, mas quando eu andava era terrível, vinha lotado. Um horror. (E3 – G1)

Eu acho que, por exemplo, um sol danado [...] Chuva caindo. E a pessoa ali embaixo. Não tem uma cobertura certa para isso. Eu acho que que, em cada ponto de ônibus teria que ser uma cobertura, nem que fosse pequena. Mas tem que ter (E8 – G1)

[...] você vai em um ponto de ônibus, você tem que ficar debaixo do sol, porque não tem cobertura e essa cobertura que tem "é muito da safada". Nem o sol e nem a chuva. Certo? (E13 – G2)

Em toda a parada de ônibus tinha que ter cobertura [...] Aqui não tem cobertura [...] Ah, se chover, todo mundo corre e se esconde no bar. A hora que o ônibus aponta lá, aí atravessa a rua. Eu acho que todos tinha que ter a cobertura. (E23 – G3)

Era o que eu ia falar também [...] É isso aí. Eu ia falar da cobertura que faz muita falta a cobertura, né? Porque às vezes, fica... demora, o ônibus Irajá. Ele faz um trajeto enorme então você tem que ter um horário certinho para você ir para o ponto [...] (E19 – G3)

Apesar de várias linhas de ônibus passarem pela Vila Tibério, estas acabam não atendendo as necessidades de deslocamento dos idosos do bairro para outros pontos da cidade. Uma idosa relata que a população deveria participar da definição de itinerário das linhas de ônibus que atendam o bairro, considerando a opinião da comunidade antes de interromper horários e linhas de ônibus e outras pedem providência em relação à implantação e tempo de abertura dos semáforos de trânsito.

Tinha o Circular Sumaré na Vila Tibério, que era muito bom. Tiraram (E4 – G1)

Então, sobre o que ela está falando, eu acho que vai se colocar ou retirar alguma coisa, deveria fazer uma pesquisa com o público, porque tirou o Sumaré [...] ía de baixo para cima com ele. Agora, ou eu pego dois ou eu nunca vou [...] Eu acho que tem que fazer essa pesquisa com o povo antes de tirar para ver o que o povo não está usando muito e tirar. O que mais usa, deixar. As linhas, né? (E5 – G1)

Precisaria ter um farol [...] Para quando o farol aqui da Avenida do Café abrisse, num ficasse do jeito que fica. Porque de manhã você não atravessa a rua [...] Tem um farol na rua Aurora e um farol na Avenida do Café. Quer dizer, a distância é grande né? (E13 – G2)

Agora você vai ter que olhar e esperar. Aí não tem aquela pressa de passar na frente? Vou passar primeiro que o carro. Não dá pra passar primeiro. Tem que esperar para poder atravessar. Porque tem gente que atravessa. E aí quando cai e machuca [...] (E18 – G3)

[...] feio aquele sinaleiro do Victor Frankl de 3 tempos da Tenente Catão Roxo. Ali é perigoso [...] Há pouco tempo teve um acidente com uma amiga nossa aqui que joga com a gente [...] aquele sinaleiro ali é um perigo (E17 – G3).

Certamente são questões mais gerais, que além de dificultar aos usuários em geral o uso do transporte público, também dificultam sobremaneira a utilização do transporte por parte dos idosos para sua mobilidade urbana.

A utilização do transporte público depende, em grande parte, para onde se deseja ir. Em algumas cidades, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, foi mencionada preocupação quanto à adequação das rotas dos transportes públicos. Houve queixas de que muitas áreas da cidade não são cobertas, ou que é difícil cruzar a cidade de uma ponta à outra, ou que as conexões entre ônibus e outros meios de transporte são muito ruins. Além disso, destinos importantes para idosos não são bem servidos. Em Dundalk, na Irlanda, os ônibus não chegam a uma das instituições asilares de longa permanência, e em Tuymazy, na Rússia, o acesso por transporte público para os jardins públicos é considerado insuficiente (OMS, 2008)

A capacidade de atravessar a rua em segurança é uma preocupação mencionada com frequência por idosos e algumas cidades implantaram medidas para melhorar as condições de travessia dos pedestres: sinais de trânsito nos cruzamentos de pedestres em Cancún no México; cruzamentos de pedestres em Mayaguez, Porto Rico; faixas antiderrapantes nos cruzamentos de pedestres em Portland, nos Estados Unidos; em Amã, na Jordânia, foram construídos pontes e túneis para ajudar os pedestres a atravessar as ruas. A localização dos pontos de ônibus também apresentam algumas dificuldades para os idosos nas cidades como Melbourne, na Austrália, onde os pontos são poucos e a distância entre eles é muito grande e em Melville, outra cidade australiana, onde os idosos manifestam preocupação em terem que atravessar uma via movimentada para chegar ao ponto (OMS, 2008)

Em algumas cidades, há relatos que os semáforos de trânsito mudam muito rapidamente e foram sugeridas algumas mudanças: em Melville, na Austrália, foi proposto que os sinais tenham uma contagem regressiva visual para que os pedestres saibam quanto tempo têm para atravessar a rua e; em Portland, Istambul e Udine, na Itália, foram recomendados sinais sonoros e visuais nos cruzamentos (OMS, 2008).

Também foi mencionada a importância de se ter informações sobre as opções de transporte, sobre como usar os serviços de transporte e sobre os seus horários. Na cidade de Portland, nos Estados Unidos, há programas que ensinam os idosos a usar o transporte público. Em Melville, na Austrália, foi sugerido que se oferecessem um curso sobre como usar transporte público aos idosos que não podem mais dirigir. Em Himeji, no Japão, foi proposto que nos horários dos ônibus houvesse a indicação dos veículos que permitem o acesso de pessoas deficientes e, em Tóquio, outra

cidade japonesa, os idosos identificaram a necessidade dos horários serem impressos em letras grandes e colocados em locais convenientes (OMS, 2008).

No projeto de implantação do bairro amigo do idoso realizado na zona norte de São Paulo – SP, os assuntos recorrentes apontados pelos idosos retratam uma realidade de dificuldades semelhantes àquelas que encontramos em nosso estudo como: falta de acessibilidade nas calçadas, sinalização inadequada da faixa de pedestre, dificuldade de visualização e tempo do semáforo. Em relação ao transporte foram destacadas a precariedade na manutenção dos pontos de ônibus e a necessidade de sensibilização dos motoristas, assim como a dificuldade de leitura nos letreiros e a falta de acessibilidade com degraus altos e desnível no interior do transporte. Muitos idosos também apontaram a falta de acessibilidade à informação de serviços especializados com atividades e eventos culturais gratuitos, fator influente em sua participação social, assim como a intolerância entre as gerações ao dividir os mesmos espaços. Quanto aos serviços de saúde, os idosos mencionaram a dificuldade de marcar consultas e exames médicos nos setores primários, secundários e terciários (UEHARA et al., 2013)

Os grupos focais com idosos, realizados com idosos da Vila Clementino, no município de São Paulo/SP, revelaram alguns aspectos relevantes para a implementação do bairro amigo do idoso: ruas e calçadas devem ser melhor adequadas; os estabelecimentos comerciais ainda devem melhorar acesso e atendimento; a acessibilidade aos ônibus ainda não está adequada; o bairro oferece inúmeras atividades integrativas e sociais, de serviços comunitários e de saúde, bem como as de participação cívica; no entanto, não há divulgação suficiente e adequada para o público idoso (COSTA ROSA et al., 2013)

5.4.2 Formação de rede de suporte social ao idoso

O conceito de rede surgiu entre as décadas de 1910 e 1930 e teve origem na Biologia a partir de estudos ecológicos sobre teias alimentares e ciclos de vida, que apontaram a rede como padrão de organização comum a todos os seres vivos (SAÚDE, 2006).

A noção de rede diz respeito a uma nova forma de organização e de ação, que decorre da associação de pessoas ou entidades para realizar determinado objetivo, tendo como ideário “uma nova visão do processo de mudança social – que considera fundamental a participação cidadã – e a forma de organização dos atores sociais para conduzir esse processo” (SCHERER-WARREN, 1999, p. 24).

Assim, uma rede é constituída para potencializar as ações de pessoas ou entidades. Há entendimentos acerca das redes, no que diz respeito à emancipação de sujeitos, que, a partir de certa tomada de consciência com relação às suas inserções em redes, descobrem novas potencialidades para o enfrentamento de problemas e situações diversas (FRAGA et al., 2013).

Segundo Neri (2001), redes de suporte social são:

conjuntos hierarquizados de pessoas que mantem entre si laços típicos das relações de dar e receber. As principais funções das redes de relações e suporte social para adultos e idosos são: dar e receber apoio emocional, ajuda material, serviços e informações; manter e afirmar a identidade social; estabelecer novos contatos sociais; permitir às pessoas crerem que são cuidadas, amadas e valorizadas; dar-lhes garantia de que pertencem a uma rede de relações comuns e mútuas; dar chances para que as pessoas desenvolvam estratégias de comparação de suas competências e realizações com as de outras pessoas (mecanismos de comparação social), com isso podem manter a autoimagem, a autoestima e aprender sobre si próprias. Esses mecanismos são muito importantes na velhice, principalmente se e quando os idosos têm que se adaptar às perdas físicas e sociais (NERI, 2001, p.167)

Existem, no entanto, duas formas de oferecer suporte social aos idosos: as redes formais e as redes informais. A rede de apoio social formal consiste em hospitais, ambulatorios médicos entre outras áreas da saúde, casas geriátricas, casa de repouso, asilos, centros-dia, além dos profissionais da área da saúde. As redes de apoio informal são representadas pelos familiares, amigos e vizinhos que oferecem apoio em diferentes âmbitos da vida do idoso (LE MOS; MEDEIROS, 2013).

Sendo assim, os vínculos que idosos conseguem estabelecer no decorrer de suas vidas são formados pelo núcleo familiar e pelas amizades na comunidade onde moram. Essas relações possibilitam uma sensação de pertencimento e, esse fator, tem sido reconhecido como aspecto fundamental para um envelhecimento com qualidade de vida. Essas redes de apoio ajudam os idosos durante seu processo de

envelhecimento, assegurando maior autonomia, independência, bem-estar e saúde (LEMOS; MEDEIROS, 2013).

Os idosos participantes do estudo falam das amizades que construíram no bairro, sendo que um deles também revela que não tem discriminação em relação à idade ou cor quando se trata de amizade. A amizade é apontando como um elemento da convivência que possibilita o contato e a produção de *alegria* para o idoso, como trazido na fala de E18 - G3: [...] *Eu não gosto de ficar triste. Eu não gosto de chegar perto de mim e ficar parado. Eu não gosto. Eu gosto de coisa alegre, eu sempre fui.*

Importante ressaltar as relações de amizade como redes de apoio que se constroem no bairro, necessárias às relações de convivência e sustentação na vida dos idosos.

Todo mundo que conheço ali, todo mundo me respeita, eu também, somos amigos. As crianças não podem me ver na rua que vem correndo, eu brinco. É sempre assim, é idoso, é novo. Pode ser o que for, preto, branco, eu sempre fui amigo. Eu gosto de amizade. Eu não gosto de ficar triste. Eu não gosto de chegar perto de mim e ficar parado. Eu não gosto. Eu gosto de coisa alegre, eu sempre fui. (E18 – G3)

Eu também Pesquisador, moro aqui desde setenta e seis anos, eu sempre tive amizades até hoje, eu não tenho queixa. [...] A amizade que eu tenho, com muita gente, meus vizinhos eu tenho amizade [...] (E19 - G3)

Sei. A amizade também, graças a Deus, tenho amizade com todo mundo. De vizinho não tenho queixa. (E17 - G3)

No grupo dos prestadores de serviços, os participantes falam sobre o trabalho de fortalecimento de vínculos decorrentes das ações da Pastoral do Idoso e do Círculo Operário de Vila Tibério junto aos idosos enfermos, acamados ou afastados por motivo de doença das atividades.

Tem um trabalho interessante que eu acho que vocês fazem, que é espiritual também, mas que tem a ver com ... que são as visitas né? São as visitas a doentes, a enfermos. (E34 – G5)

É, são as pessoas mais fragilizadas, que não podem sair de casa, que a gente vai até eles [...] (E35 –G5)

Então o Círculo Operário, por exemplo, ele não faz uma visita espiritual, mas, de qualquer forma, chega a ser uma mãe para aquela pessoa que nós visitamos. Nós temos os nossos usuários lá; só que eles ficam 2, 3 vezes sem aparecer, a gente procura saber o que que está acontecendo. Liga. E se ele falar que não está indo por motivo

de doença, ou porque fez uma cirurgia, ou porque está com uma depressão, perdeu alguém da família, aí a assistente social vai lá fazer uma visita, conversa, sabe? Para a pessoa retornar logo. [...] As mais fragilizadas. Que eu acho que é muito interessante assim, socialmente também né, porque você, diante disso, vocês também ficam conhecendo a realidade deles. (E34 – G5)

Eu acho essas visitas muito importantes para a pessoa que está acamada, ou que não pode estar indo nessas ... então eles se sentem bem mais confortáveis quando chega alguém e quer saber ... (E37 – G5)

Também é destacado por estes participantes, a importância do trabalho realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da unidade de saúde de referência do bairro.

É, essa questão de visitar, a assistente social também visita e as agentes daqui do posto também visitam, as agentes comunitárias visitam as pessoas. (E33 – G5)

Outro ponto destacado no grupo dos prestadores de serviços diz respeito ao que consideram como importante veículo de valorização do idoso, que são as páginas do Jornal da Vila Tibério.

Pelo Jornal da Vila, a gente procura valorizar o idoso, valorizar o trabalho, valorizar o que foi feito ... sempre assim, mesmo que, vamos dizer, hoje ele está inativo, mas o que ele fez tem valor. Então a gente ressalta também, sabe assim, que não é só, não é só o presente. No caso daquela, vem e fala do idoso assim, ah o idoso ... é o passado que vale, o que ele fez né. Então a gente ressalta essa importância. (E38 – G5)

Com relação a forma como as informações sobre o bairro circulam e chegam até os idosos, nos trechos abaixo é relatado pelos idosos participantes da pesquisa como este processo ocorre, seja por meio dos jornais de bairro ou verbalmente. É importante ressaltar a importância dos jornais do bairro, veículos locais, e de seu papel como elemento constitutivo da rede apoio na área de comunicação e informação dentro do território.

Tem o Jornal da Vila. (E31 – G4)

O jornalzinho da Vila. O Jornal da Vila dá alguma coisinha, né? (E29 – G4)

Nossa, nós ficamos sabendo de tanta coisa (E32 – G4)

Jornal da igreja. (E32 – G4)

A lousa que fica ali no Círculo Operário [...] As atividades são registradas ali. (E27 – G4)

A maioria é boca a boca. (E26 – G4)

É. A maior informação é essa do boca a boca. (E30 – G4)

Mais é boca a boca. (E25 – G4)

Bom, geralmente, é através daquele folheto mesmo que a igreja passa, então a gente fica sabendo, por exemplo, que vai ter alguma coisa lá na igreja através do folheto [...] (E15 – G2)

Ainda, é apontado como sugestão que o Jornal da Vila, pudesse trazer como forma de divulgação uma coluna sobre as atividades do bairro, como uma forma de permitir capilarização desta informação para os diferentes grupos, e não apenas para os idosos.

Esse Jornal da Vila, que é gratuito, acho que deve ter uma coluna, assim “atividades do mês”, né? Seria bom. Que pode acontecer dentro do bairro [...] Se tivesse uma coluna só com a atividade do bairro, né? (E31 – G4)

Em todas as cidades, onde o Projeto Cidade Amiga do Idoso da OMS foi realizado, a mídia da comunidade é mencionada como um veículo para a divulgação de informações úteis. Em todos os lugares, valorizam-se as informações que chegam aos idosos em sua vida diária e em suas atividades, seja boca-a-boca, por telefone e por meio de panfletos distribuídos em lugares-chave: centros comunitários e quadros de avisos, repartições públicas, bibliotecas, lojas, consultórios médicos e clínicas de saúde. Em Himeji, no Japão, idosos informaram que existe uma distribuição bem estruturada de informações municipais às associações de moradores, que as passam aos líderes de bairro, que então as repassam a cada domicílio. A distribuição de um catálogo local de serviços amigáveis aos idosos, sugerido por idosos em Saanich, no Canadá, poderia interessar a uma câmara de comércio, por exemplo. O rádio é o principal meio de comunicação para os idosos em Nairóbi, no Quênia, porque é barato; em Udaipur, na Índia, quadros de avisos onde se afixem notícias locais são importantes para se atingir pessoas das classes socioeconômicas mais baixas. Em Dundalk, na Irlanda, o custo de uma linha telefônica residencial é subsidiado pelo governo para pessoas de mais de 70 anos de

idade. Publicações grátis e acesso público a jornais, computadores e à internet em centros comunitários e bibliotecas, a baixo custo ou gratuitamente, são considerados características amigáveis aos idosos em outras cidades (OMS, 2008).

Uma idosa participante deste estudo apontou que seria importante um tipo de serviço ligado ao comércio ou indústria que oferecesse processos de profissionalização ou capacitação às pessoas em situação de rua que circulam pelo bairro, principalmente aos jovens.

Tipo SESI, SENAC [...] Que ensina profissão, né? [...] era bom tirar esses meninos desses bancos da praça? Pelo menos eles teriam uma atividade, um emprego né? [...] Já ajudava. (E26 – G4)

A sugestão parece trazer implícita a preocupação de que uma vez ampliada a possibilidade de oferecer alternativas de capacitação para o trabalho, haveria como reduzir/controlar o número de pessoas em situação de vulnerabilidade na rua, permitindo maior segurança e um ambiente menos violento para os moradores da Vila Tibério e, especificamente aos idosos.

Aparece desta forma, outras alternativas, numa perspectiva solidária e cidadã para as situações de violência, onde não mais apenas o policiamento ostensivo poderia reduzir a violência urbana.

Uma idosa fala do seu trabalho junto à Pastoral do Idoso e refere a importância do serviço do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Apesar do pouco conhecimento sobre o objetivo do serviço, levanta a importância do trabalho de fortalecimento de vínculos, como uma estratégia de cuidado para o envelhecimento saudável.

Como eu sou muito nos termos dos idosos e gosto do trabalho voluntariamente ... tava falando do CRAS. Mas devia ter um lugar pra isso. Pra toda a comunidade, os idosos, crianças, mães de família ter um conhecimento melhor do que táacontecendo ... podia ter um centro pra isso. Mesmo através da parte de saúde ... porque algum que possa dar assistência pra todos nós. [...] Um centro de convivência de fortalecimento de um vínculo para os idosos. Que ele contribui para o desenvolvimento de atividades ... contribuindo no processo de envelhecimento saudável ... e fortalecer o ambiente familiar. [...] Faz um tempo que eu escrevi sobre isso. Porque eu faço parte de trabalhar um pouco com os idosos na parte da religiosidade [...] meu foco é a Pastoral do Idoso e lá dentro nós temos umas atividades que, umas duas vezes ao ano, a gente faz uma programação com os idosos na faixa de uns 200 idosos. É muito gratificante. Tem bingos, recreações, tem comes e bebes. Então,

nós temos a Páscoa do Idoso e Natal do Idoso [...] Eu sou uma ... Eu também tenho que pensar não só em mim mas também no próximo. Por isso às vezes eu escrevo alguma coisa que pode ajudar, incentivar ... e eu também faço parte. (E8 – G1)

A fala desta participante traz para cena, possibilidades de pensar a estruturação de redes de apoio para o cuidado ao idoso e ampliação da participação da sociedade, a partir das estruturas institucionais existentes como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), vinculado ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2015), a Pastoral da Pessoa Idosa permitindo ainda que de forma tímida, a construção de uma cultura cuidadora para o idoso.

É importante ressaltar que o CRAS é uma unidade pública municipal que se localiza em áreas com elevados índices de vulnerabilidade e risco social e que se destina à articulação de serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias, e que possui interface com as demais políticas públicas que articulam, coordenam e ofertam serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social (BRASIL, 2015).

Em outra frente de atuação, existe a Pastoral da Pessoa Idosa que tem como missão a promoção e valorização do idoso, dando-lhe oportunidade para melhorar sua qualidade de vida, respeitando seus direitos conjugado à um processo educativo de integração e cuidado junto à sua família e comunidade. A Pastoral da Pessoa Idosa, por meio de sua rede comunitária de líderes voluntários, multiplica o saber e a solidariedade fraterna e identifica na pessoa idosa a imagem e semelhança de Cristo, proporcionando-lhe dignidade, esperança e vida plena (CNBB, 2008).

Nesse sentido, é importante ressaltar o princípio da intersetorialidade como uma articulação onde todos, atores sociais e setores da sociedade além da Assistência, estejam preocupados em enfrentar problemas sociais complexos em torno de um projeto de território comum (FEUERWERKER; COSTA, 2000; MENDES; AKERMAN, 2007), mediante a implementação de políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento humano sustentável (FERNANDEZ; MENDES, 2007) e onde se criem redes de suporte social para potencializar as ações de pessoas e entidades.

5.4.3 Participação dos idosos na vida do bairro

Bordenave (1992) afirma que participação vem da palavra parte, que quer dizer “fazer parte, tomar parte ou ter parte”, mas, podemos considerar estas terminologias como a mesma coisa ou há diferença no significado entre elas? Tal significado pode parecer simples, mas muitas interpretações podem surgir dos diferentes conceitos que estas expressões geram em relação à forma e à intensidade de participação dos indivíduos. O autor refere ainda que há diferença entre a *participação passiva* e a *participação ativa*, ou seja, “a distância entre um cidadão que é inerte e um outro engajado” (p.22).

Na *participação ativa*, onde as pessoas tomam parte, “a prova de fogo da participação não é o quanto se toma parte, mas como se toma parte” (BORDENAVE, 1992, p.23).

A participação está na ordem do dia devido ao descontentamento geral com a marginalização do povo e dos assuntos que interessam a todos e que são decididos por poucos [...] a participação é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo. Além disso, sua prática envolve a satisfação de outras necessidades não menos básicas, tais como a interação com os demais homens, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas e, ainda a valorização de si mesmo pelos outros (BORDENAVE, 1992, p. 12, 16)

A participação ocorre na família, na comunidade, nos grupos, no esporte, nas atividades culturais e religiosas, no trabalho, nos sindicatos, nas empresas, nos movimentos de classe, nos partidos políticos, e nos foros internacionais onde os países tomam decisões que afetam os destinos do mundo.

A participação “não é somente um instrumento para a solução de problemas, mas, sobretudo, uma *necessidade fundamental do ser humano*, como são a comida, o sono e a saúde” (p.16). Ainda, podemos dizer que participação é algo que se aprende e aperfeiçoa, não se nasce sabendo e que podemos gradativamente ir adquirindo habilidades e compreensão da extensão de um “processo de desenvolvimento da consciência crítica e de aquisição de poder” onde se faz

presente a possibilidade de transformação das pessoas em cidadãos que podem escolher e definir seus caminhos na vida em sociedade (BORDENAVE, 1992, p.77).

[...] moro aqui na Vila Tibério a mais de 50 anos [...] Eu sou professora aposentada, também sou funcionária pública do HC aposentada. Atualmente eu sou presidente do Conselho Municipal do Idoso, sou presidente do Conselho Local de Saúde aqui dessa unidade, sou participante de Diretoria de Círculo Operário, ah, e sou Conselheira Municipal da Saúde. (E33 – G5)

[...] atualmente sou presidente do Círculo Operário da Vila Tibério [...] morei mais de 20 anos aqui no bairro e há 19 anos eu sou representante do Programa de Integração Comunitária que é o PIC que as atividades realizadas no Círculo Operário e sempre também participo do Conselho do Idoso, sou conselheira e a gente está sempre trabalhando com idosos, há 19 anos que eu trabalho com pessoas idosas. (E34 – G5)

[...] sou professora aposentada, coordenadora Arquidiocesana da Pastoral de Pessoa Idosa e coordenadora da Pastoral da Pessoa Idosa aqui da (igreja) Nossa Senhora do Rosário (E35 – G5)

[...] eu sou ex-presidente do CONSEG estou querendo formar uma NAL (Núcleo de Apoio Local) que é um braço do CONSEG aqui na Vila Tibério (E37 – G5).

[...] eu fui superintendente da Distrital da Associação Comercial e Industrial de Ribeirão Preto por dois mandatos, hoje eu sou Vice Superintendente da Distrital Sudoeste que é a nossa aqui da Vila Tibério. (E36 – G5)

Nesta direção, estes fragmentos das falas dos sujeitos da pesquisa expressam a importância da participação em atividades na comunidade; espaços que podem ser considerados de aprendizagem onde se desenvolvem “mentalidades participativas pela prática constante e refletida da participação e que podem fazer do sujeito o construtor de sua própria história e do contexto social em que está inserido” (BORDENAVE, 1992, p.25).

5.4.3.1 Sentido de pertencimento

Idosos falam sobre o trabalho que desenvolvem, seja ele remunerado ou voluntário e da satisfação e reconhecimento pelo trabalho realizado, pois ao indicarem este aspecto, apontam que fazem parte do bairro, que estão presentes e

reconhecidos na vida. Nestas falas há uma aproximação à concepção de participação como a expressão de satisfação de uma necessidade básica destes idosos.

Eu participei muito, trabalhei muito. E ainda trabalho (manicure). Atendo umas ainda. Uma meia dúzia. E só em casa, também, não dá conta. (E4 – G1)

Bom, o meu trabalho voluntário que eu faço [...] eu pinto panos de prato, faço uma dúzia, uma dúzia e meia, dentro das minhas possibilidades e doou lá para o Sobeccan [...] eu falei que ia fazer alguma coisa, enquanto eu tiver viva o que eu puder fazer faço para eles, então não espero assim, não sou remunerada, é doação mesmo... ligo e eles vem buscar, agradecem, faço alguma coisa lá para o Cantinho do Céu, mas eu mando, você está entendendo? Porque lá as necessidades são outras, é isso daí, mas eu me sinto compensada [...] então eu me sinto realizada você está entendendo? [...] Sem esperar recompensa de nada. (E14 – G2)

A gente vê pelas pessoas. Então eu me sinto não só motivado, mas também agradecido porque me sinto muito bem reconhecido e recompensado [...] como é semanalmente e as pessoas participam e ficam esperando aquele momento e participação deles é sempre de alegria, eu me sinto recompensado. (E12 – G2)

Bom, falar em voluntária, como o meu trabalho na Pastoral, no Círculo e, às vezes, também, sou prestadora de serviço, principalmente para os idosos. Acompanhar a ida aos médicos, aos bancos. Então, isso, também, para mim é gratificante [...] às vezes a pessoa idosa liga lá em casa [...] Então, eu sou uma líder comunitária da Paróquia Nossa Senhora do Rosário. As minhas visitas, geralmente, é escutar o idoso e levar uma palavra. Uma religiosidade de dar paz ao idoso, principalmente aqueles que estão acamados, à família. Eu fiz o curso de cuidador do idoso para poder orientar não somente às famílias e também ao idoso. Então, esse é um trabalho nosso da Pastoral do Idoso. Ele não é um trabalho, em si, de mão de obra, a Pastoral é religiosidade. É levar o seu conhecimento de ouvidoria. É a escuta, é ouvir o idoso, seus problemas, orientar. Isso é a Pastoral do Idoso [...] Não, nós não vemos a parte de religiosidade, porque pode ser frequentador de outras religiões. Nós somos ouvidores da pessoa. Então nós não difundimos as religiões. (E8 – G1)

Mas, no caso, como que faz um idoso de outra religião, de uma outra seita, se comunicar para ter esse trabalho? [...] vamos supor: se tem alguém precisando, mas não tem... não sabe onde ligar, onde procurar. (E5 – G1)

Se nos aceitam em seu lar então nós vamos [...] É só procurar a secretaria que a nossa coordenadora vai nos orientar para que nós possamos ir nas casas fazer as nossas visitas. (E8 – G1)

Já o diálogo de E8 e E5 expressa outra forma de participação. A fala de E8 – G1 indica a construção e aprendizado da participação em instâncias comunitárias como a igreja, a Pastoral do Idoso, num sentido de ajuda, de apoio a aqueles que necessitam de algum suporte em situações de dificuldade. Mesmo marcado pelo traço religioso, indica a possibilidade de uma ação solidária que contribui para o fortalecimento das redes de apoio presentes no bairro.

Ainda, um idoso fala sobre a sua participação como membro no Conselho Local de Saúde do CSE Vila Tibério, numa direção distinta destas apontadas acima.

Então, o conselho se reúne e discute sobre o andamento da saúde, não só na unidade, mas na comunidade. O que chega para gente [...] a gente passa dentro do conselho, discute a respeito, como as conquistas, por exemplo, que a gente sempre procura levar alguma coisa para a comunidade [...] acabei de dizer agora pouco, sobre essa luta incessante de trazer algum conforto, por exemplo, a farmácia, que não tinha aqui para nós [...] que agora vai surgir logo, se Deus quiser, com a odontologia, quer dizer, o conselho ele existe e como está aberto também que as pessoas pudessem, por exemplo, participar também do conselho, o pessoal da comunidade trazer ideia também, essa é a função. Então a minha participação, eu já estou quase que fechando o quarto ano, pela segunda gestão [...] Eu me sinto muito feliz por isso, enquanto eu puder ser alguma peça importante para ajudar eu vou estar pronto. (E12 – G2)

O apontado na fala de E12 - G2: [...] *as conquistas, por exemplo, que a gente sempre procura levar alguma coisa para a comunidade [...] o Conselho ele existe e como está aberto também que as pessoas pudessem, por exemplo, participar também do Conselho, o pessoal da comunidade trazer ideia também, essa é a função [...]* vai na direção de se pensar a participação social, como expressão de exercício de cidadania e de direitos, aspecto importante não apenas enquanto um dos diretrizes do SUS, mas também traduzindo um dos princípios da construção da Promoção da Saúde (PS).

Como já trazido em outro momento, a participação social se volta não apenas à adesão dos indivíduos na organização da sociedade, remetendo a uma perspectiva de coesão e mudança social, mas também a ação política, significando a construção em processos de democratização e/ou em processos decisórios em uma dada sociedade (STOTZ, 2009). De certa forma, a fala de E12-G2 indica estes dois sentidos/perspectivas colocadas para a participação social, ao falar de sua atuação em uma instância em que há um *lócus* institucionalizado para a participação, no caso o Conselho de Saúde.

Esta é uma fala rara no conjunto dos sujeitos, pois os relatos em sua maioria indicam uma baixa participação dos idosos do bairro. Comumente a participação se refere aos afazeres domésticos como forma de ajudar os parentes, ou muito mais como uma forma de não se sentirem sozinhos em casa e, ao mesmo tempo, serem-se úteis.

[...] a população idosa da Vila Tibério, a grande maioria são viúvas pensionistas ou viúvos pensionistas, ou aposentados e a grande minoria trabalha. Quanto à participação aqui, eu tenho que caçar, sair catando no laço o povo para participar das coisas, porque ninguém quer [...] eles acham que as pessoas têm que ir e fazer por eles. E, principalmente, as pessoas idosas. “Ah, mas você não vai lá? ”, nós vamos combinar, mas “eu não posso, eu tenho que passar a camisa do meu neto”, “aí, eu tenho que fazer o almoço para o meu neto”, essa geração de idosos da Vila Tibério, com raras exceções, ainda é um pessoal que foi assim, teve uma educação diferente, né? Não é aquele pessoal que foi criado solto para o mundo [...] eles tiveram uma educação assim diferente, então eles não são aquelas pessoas muito atiradas, não é E34 – G5, aí eu e a E34 – G5 fica parecendo que somos doidas né, nós somos malucas né? (E33 – G5)

Eu sinto assim, na minha mãe, na minha sogra, na verdade, elas querem se sentir úteis, entendeu? Então, por exemplo, a minha mãe: “aí, eu vou fazer o almoço”, porque também é uma forma do neto ficar próximo a ela, então é, eu acho que nesse sentido elas são muito família [...] “ah, hoje eu fiz o almoço”, os meninos vão almoçar, a gente tem essa, eles vão almoçar com ela lá. Então é uma forma também dela não ficar sozinha [...] Então a maioria é mais família assim... prefere ficar em casa né? Fazendo alguma coisa para se sentir útil do que fazer alguma coisa fora de casa e não se sentir útil. (E37 – G5)

É até a minha geração, mas eu sou uma exceção, eu não quero ficar fazendo comida para ninguém, passar roupa de ninguém, eu já fiz isso [...] então é o que eu estou te falando, aqui é difícil. (E33 – G5)

As falas acima apresentam um tom de crítica, a esta forma da comunidade e dos idosos residentes no bairro se comportarem, sendo a justificativa posta voltada a um aspecto geracional, onde talvez a população não tenha vivenciado a oportunidade do aprendizado da participação, da construção de uma prática de exercício de direitos e deveres (BORDENAVE, 1992).

A maior parte das participantes⁹ enfrentam dificuldades para participação social; a situação de aposentadas, de cuidadoras de dependentes (maridos), de já

⁹ Aqui a concordância para o gênero feminino foi intencional, tendo em vista que a maioria das participantes são mulheres e os aspectos apontados se voltam a esta condição.

terem se dedicado muito tempo ao trabalho são as justificativas apresentadas que dificultam a participação.

Eu, nenhuma participação. Nenhuma [...] Ah, porque agora não é mais interessante. Eu estou aposentada. Vou gastar o meu tempo com outras coisas. (E5 – G1)

Eu não participo de nada também. Sempre trabalhei fora. Agora que me aposentei, agora estou descansando [...] Eu criei três, porque eu fui babá do meu sobrinho 25 anos (-risos) (E2 – G1)

Eu também não participo [...] Eu já trabalhei muito. Porque eu criei os meus filhos sozinha, porque eu fiquei viúva com 29 anos e dois filhos para criar [...] Trabalhei muito. (E6 – G1)

Eu também criei três filhos sozinha [...] Então nunca tive tempo muito de fazer nada, era só trabalhar para cuidar dos filhos. Depois, que aí, os filhos casou, que eu poderia...fui arranjar esse outro marido, né? Aí, logo...entendeu (E4 – G1)

Chama atenção nestas falas o fato destas idosas passarem a desenvolver o papel de cuidadoras de seus netos e familiares dependentes, além de também ajudarem no sustento da família.

E a gente vê, da parte negativa também, que o idoso, na família, ele é usado mais como cuidador de neto e a parte financeira [...] Os netos, os filhos, dependem do orçamento do idoso (E35 – G5)

Uma idosa reclama que não participa de reuniões de decisão dentro do bairro apontando falta de companhia, de condução ou de não saber dirigir.

É, eu vou te falar o seguinte, às vezes, também, a gente não participa de uma coisa dessa aí por falta de não ter com quem ir, porque, por exemplo, a gente que é de idade, eu vou sair daqui e vou sozinha, como que eu faço para ir sozinha lá? [...] Eu não dirijo, não tenho condução, não dirijo, e é difícil saber se você vê uma pessoa ali do lado, por exemplo, meus vizinhos ali, como não... eu estou em quarteirão só de pessoas de muita idade, então é difícil você ter uma companhia que você possa ir em um lugar desse, é difícil, às vezes a gente nem participa por falta de comunidade de ter uma companhia. (E15 – G2)

Ainda, há falas voltadas às informações sobre as atividades desenvolvidas pelos idosos, sendo que alguns apesar da idade avançada ainda trabalham. Estes relatos apontam que o trabalho desenvolvido por idosos em idade avançada é visto

com orgulho e reverência, além de ser considerado pelos sujeitos da pesquisa, como uma forma dos idosos se manterem ativos e com seu círculo de amizades.

Tem o exemplo, por exemplo, do sogro da Fulana aqui. O sogro dela tem 90 anos e ele trabalha [...] tem a mercearia né? (E33 – G5)

Tem a mercearia, ele compra e vende assim, ele é um intermediário, mas ele entrega, então ele tem uma Kombi, carrega a Kombi, sabe assim? Leva linguiça, leva queijo, sei lá... (E38 – G5)

O seu Marco, 82 anos, ele subia nas árvores, cortava. Emprego mesmo, jardineiro. (E38 – G5)

E o Henrique Alfaiate tem 81 anos. (E36 – G5)

O Jacó, o pipoqueiro que ficava ali na igreja. Ele morreu agora. Ele trabalhou até morrer [...] Que o Jacó mesmo falou na entrevista que eu fiz com ele, que ele falava que ele gostava de ir lá porque ele encontrava as pessoas...[...] É, ele tinha um círculo de amizades. Então ele ficava lá vendendo pipoca. (E38 – G5)

O idoso ele valoriza muito a amizade, eu acho, nossa é... o círculo de amizades dele é muito importante. (E34 – G5)

Tem um caso também que é bonito até, o doutor Clodoaldo. O doutor Clodoaldo, ele vai fazer o ano que vem 60 anos que ele tem a clínica, que ele atende quantas gerações ali? [...] E ele continua trabalhando, toda tarde ele está lá, trabalha. Que eu acho que também o caso dele, mais do que atender, é conhecer, conversar. (E38 – G5)

Os sujeitos do grupo dos prestadores de serviços (G5) relatam que o que torna o bairro amigável aos idosos é o fato das pessoas se conhecerem há bastante tempo, que o bairro é acolhedor e receptivo, que ainda é possível encontrar as pessoas sentadas em cadeiras nas calçadas.

Uma coisa que eu noto é que a Vila Tibério é um lugar que cativa, eu não sei se é porque tem uma vizinhança já que mora aqui há muito tempo, então muita gente se conhece. Então, tipo assim, você vai na feira você fala oi para umas quinhentas pessoas então eu acho que isso é muito importante. O bairro é um bairro que acolhe bem o idoso, eu não sei se é porque tem uma quantidade grande pelo que eu ouvi falar não é o bairro que mais tem idoso em Ribeirão, mas ele tem uma quantidade grande de idoso. E eu acho que normalmente as pessoas são receptivas com elas. Tem o PIC, tem várias coisas que são feitas para o idoso (E37 – G5)

Cadeira na calçada. Na Vila Tibério ainda tem cadeira nas calçadas. (E36 – G5)

Ainda tem cadeiras nas calçadas nos poucos bairros que a gente vê isso. (E34 – G5)

É, eu acho que é um bairro mais de idoso também porque você vê as famílias moram aqui desde criança geralmente sai só quando morre mesmo. Eu acho que tem muito idoso aqui então eles se interagem. Um com o outro e tem o PIC que é de grande importância para eles. Por isso que eu acho que é amigável para eles. (E35 – G5)

Eu acho que tem uma história. É, você diz que não é o bairro que tem mais idosos mais é o segundo. Agora diminuiu um pouco os idosos mesmo por causa da população da Vila Tibério então os Campos Eliseos a população é maior [...] Então, essa Vila ela foi fundada pelo pessoal da Mogiana e da Antártica. Então, esse pessoal se constituiu em famílias assim, por exemplo, a minha família e a do meu marido eles vieram para cá em 8 famílias. Oito famílias da Itália direto para cá. E aqui eles foram casando entre eles [...] então, isso é um apego amoroso mesmo de muitos anos. [...] então, esse pessoal criou essas raízes e a gente foi chegando e agregando. Então, o importante aqui é esse relacionamento. E uma coisa que tem aqui existem pessoas nessa Vila que fazem muito pelos idosos. Tem o PIC lá da Zé Mortari, tem o PIC nosso aqui do Círculo tem no trabalho com idoso aqui. Então, aqui as pessoas, tem gente que vem de longe pra participar das nossas coisas aqui. Isso é um aconchego que tem nessa Vila. (E33 – G5)

Nestas falas, há ainda a indicação do Programa de Integração Comunitária (PIC) como lugar de encontro e convivência de idosos, espaço de integração e de estabelecimento de vínculos, com atividades esportivas, culturais, sociais numa perspectiva da intersetorialidade, princípio importante para a construção de ações de Promoção de Saúde (PS). Outro ponto destacado por uma representante de prestadores de serviços e moradora do bairro diz respeito ao fato das famílias italianas que estabeleceram suas famílias e criaram raízes ao vir morar no bairro da Vila Tibério.

Chama também atenção o relato de um entrevistado acerca da valorização do idoso nas páginas do jornal de circulação do bairro.

Pelo jornal da Vila, a gente procura valorizar o idoso, valorizar o trabalho, valorizar o que foi feito... sempre assim, mesmo que, vamos dizer, hoje ele está inativo, mas o que ele fez tem valor. Então a gente ressaltava também essa, sabe assim, que não é só, não é só o presente. No caso daquela, vem e fala do idoso assim, ah o idoso... é o passado que vale, o que ele fez né. Então a gente ressaltava essa importância. (E38 – G5)

A fala corrobora o que foi apontado pelos idosos, que se sentem valorizados e respeitados no bairro, que os acolhe, e que de certa forma dá sentido ao fato de aí estarem inseridos.

5.4.3.2 Isolamento e exclusão

O processo de extinção dos espaços de sociabilidade, como as cadeiras na calçada, as conversas nos bancos de jardim tem produzido isolamento e, de certa forma, sentimento de falta de segurança, de desproteção, de exclusão. É com este sentido, que verificamos que os idosos expressam seus temores sobre seu processo de envelhecimento.

Os idosos referem as dificuldades de envelhecer, de envelhecer sozinho ou dependente de algum parente. Alia-se a esta dificuldade a perda do papel social e o receio do asilamento em instituição de longa permanência para idosos, assim como a perda das amizades, sendo estas questões as que aparecem como grandes temores dos idosos.

Eu queria também falecer mais jovem.. minha mãe faleceu com 94anos. Eu falo ah eu não queria.. porque tem uma pessoa que precisa cuidar de mim agora e ainda tem meu marido mas, meu filho não vai me cuidar... vai me colocar numa casa de repouso, tenho certeza. (E4 – G1)

É melhor casa de repouso. (E5 – G1)

A gente tava falando que viver depois fica uma velhinha doente aí edando trabalho e ir ai com 50 anos é melhor mesmo. (E6 – G1)

Perder os amigos, porque você vai envelhecendo e vai perdendo aqueles contatos dos amigos... igual assim quando tem confraternização você tem que participar pra renovar essas amizades. (E6 – G1)

Por isso que é muito importante trabalhar em grupo, porque é dureza ficar 12 horas dentro de casa... perde os amigos? Perde porque você não tem força pra sair pra rua.. e quando você encontra um amigo.. ou um lugar pra fazer uma atividade, nos ajuda muito.. então por isso atinge também pra nos idosos. (E8 – G1)

Eu tenho que agora... de agora para frente voltar a minha vida de atividade física, de sair mais, encontrar mais amigas que tem algumas aí que se afastaram depois que meu esposo morreu, fiquei muito tempo afastada delas também, então eu vou buscar... esse ano eu estou com um projeto de vida de buscar mais alternativas para mim, se Deus quiser, preciso começar [...] (E15 – G2)

Além destes aspectos, os idosos falam sobre relatos de casos de suicídio no bairro, e aliada a esta triste problemática, explicitam que a solidão é apontada com um dos motivos para isso, dada a condição de morarem sozinhos, para muitos idosos.

Mas o maior problema é o suicídio, você vê, aqui na vila, a gente tem vários problemas e você não ouve falar nisso né? [...] Tem idoso vivendo sozinho (E35 – G5)

Mas, às vezes, nem é isso não, é por causa da solidão [...] Até existe, algumas pessoas são muito isoladas. (E37 – G5)

Aliás, está cheio de gente sozinha aqui. (E33 – G5)

Eles morrem, vão, às vezes, achar no outro dia. (E35 – G5)

Teve alguns casos. (E34 – G5)

Aqui a solidão e o isolamento aparecem de forma distinta do já apontado em outro momento, ao se discutir o território, em que os idosos colocam que o fato de viverem sozinhos pode ser positivo, pois podem viver com maior possibilidade de exercer sua liberdade. De modo contraditório a solidão e o isolamento aparecem aqui como aspectos que reforçam a dificuldade de participação do idoso na vida do bairro. A solidão acaba *entrando nas casas*¹⁰.

5.4.3.3 Participação na comunidade

Os idosos e prestadores de serviços relatam sua participação e as atividades existentes nas instituições do bairro, como por exemplo, o Circulo Operário da Vila

¹⁰ Por referência a fala de E5 – G1: *Ah é bom ... não tenho queixa ... a solidão não mora lá (em casa) ... Solidão na minha casa não mora.*

Tibério (COVT), o CSE Vila Tibério e a UBS Vila Tibério, em atividades como: tai chi, computação, danças circulares, ginástica, música..

Tem a ginástica no Círculo Operário, segunda, quarta e sexta. E aqui a unidade de saúde. Aqui tem 3 grupos de promoção de saúde. (E33 – G5)

Quarta-feira tem tai-chin-chuan...[...] terça-feira agora, nós temos aula de dança. Que o pessoal dança muito, dança de salão (E34 – G5)

Eu gosto muito das ginásticas que nós fazemos, faz bem para nós, tanto para o corpo como para a nossa cabeça. (E2 – G1)

[...] o trabalho do Círculo Operário procura fazer o acolhimento a esses idosos do bairro de várias maneiras, exercícios, trabalhos, palestras. Então esse é o nosso trabalho de estar acolhendo essa... esse idoso no nosso espaço [...] Tem a oficina da memória, que é uma coisa muito boa para os idosos, trabalhos manuais, uma série de coisas para chamar esse idoso para fazer essa inclusão mesmo [...] E a gente também faz assim... uma vez por mês, um bailinho, ou que a gente chama de sarau e a gente convida... tem as outras entidades... Lar Vicentino, Casa do Vovô, Vovô Abano... esse pessoal vem passar uma tarde com a gente. E aí tem música, a gente oferece um lanchinho, tem dança, também é uma coisa que o Círculo Operário faz [...] tem a terapia ocupacional, trabalho, a gente viaja, tem várias coisas que a gente faz ali no Círculo. (E34 – G5)

A UBS da Vila Tibério oferece uma atividade de bordado, de tricô, esse tipo de atividade manual, elas trocam informações [...] não é restrito ao idoso, mas a maioria do pessoal que frequenta é idoso. Tem os PIC's, tem o PIC da Praça Mortari, tem o PIC do Círculo Operário [...] (E38 – G5)

Eu fui convidado a participar e participo até hoje. Por exemplo, a música eu fui convidado e participo. Hoje eu me sinto muito feliz porque essa oportunidade de ser convidado [...] Eu tive aqui no CSE, participação do exercício de yoga, depois foi interrompido porque há falta de voluntário para fazer esse trabalho, mas tem outros locais onde prática, no caso, por exemplo, o Círculo Operário tem o tai chi, tem exercício físico [...] eu participo, isso é uma coisa que eu faço de três anos para cá, eu quero fazer até o resto da minha vida se estiver ligado à música ainda me dá mais satisfação, é o que eu quero fazer. (E12 – G2)

É muito importante para a nossa mente [...] tem o sarau das músicas [...] Então, tudo isso, para os idosos, é muito gratificante. Sair de casa, a mente aberta. Dançar, a ginástica. É muito, muito bom. (E8 – G1)

Eu só vou no coral [...] O coral é assim: ele tem muito chamado para apresentação em hospitais, para a Casa do Vovô, para as casas dos idosos, casas de repouso. É muito bom. Eu adoro. (E26 – G4)

Curso de computação (inclusão digital), essas coisas têm aqui. Eu mesma estou fazendo aqui no Círculo Operário. Eu faço o curso. (E30 – G4)

Eu fiz computação, mas terminou... Que era bom [...] Falou que terminou o curso [...] gostaria de fazer de novo o curso. (E4 – G1)

As atividades expressas nas falas dos idosos, são atividades voltadas à construção de espaços de convivência na comunidade e que possibilitam a qualificação da vida do idoso. São atividades marcadas pelos princípios da intersectorialidade e da integralidade. Contudo, os idosos afirmam que as atividades deixam de existir de repente, sendo que um dos possíveis motivos é a ausência das pessoas participando tanto nas atividades programadas quanto em reuniões.

As danças, as reuniões que têm, de repente acabam. Às vezes não tem comparecimento, né? (E5 – G1)

Começa a não ter... né? Pessoas se afastando, né? Não tem muita gente. (E2 – G1)

[...] tem alguma palestra que não vem ninguém, né? Uma vez eu vim, que veio o soldado aí da... Foi um pouquíssimo de gente [...] É. Segurança. Não foi quase ninguém. (E4 – G1)

Além das atividades relatadas, o Círculo Operário de Vila Tibério (COVT) também oferece gratuitamente aos idosos as seguintes atividades: medidas psicoeducativas, trabalhos manuais, lazer e recreação, momento de prosa e serviço de assistência social. Estas atividades são destinadas não apenas aos idosos, mas a outros grupos da comunidade.

Outros serviços são destinados à população idosa residente no bairro segundo dados levantados junto às unidades de saúde (CSE Vila Tibério e UBS Vila Tibério), ao Grupo de Apoio ao Paciente Reumático e na sede social do Botafogo Futebol Clube.

A oferta de atividades sociais e de lazer identificadas e voltadas ao público idoso no bairro da Vila Tibério são:

- no CSE Vila Tibério: grupo descontração e saúde, grupo de artesanato, grupo de atividade física ligado ao Programa HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes) do município, grupo alegria de dançar;
- na UBS Vila Tibério: grupo de artesanato, atividade de Reiki, PIC;
- na Igreja Santa Luzia: grupo de artesanato;

- na sede social do Botafogo Futebol Clube: bingo, baile e grupo de artesanato;
- no Grupo de Apoio ao Paciente Reumático (GRUPAR): atividades de alongamento, reiki, artesanato, yoga, culinária diet, massoterapia e atendimento psicológico.

Ainda, os idosos relataram sua participação em atividades no bairro onde alguns frequentam mais igrejas e realizam trabalhos voluntários, contudo, algumas atividades que são realizadas no período noturno são mais difíceis de fazerem parte da vida das idosas principalmente, sendo que uma idosa conta que não costuma sair por ter que cuidar de seu marido que é bastante dependente dela.

Eu participo bem da igreja, das reuniões, das coisas que tem, eu frequento todas... Mas, mesmo se eu morasse longe, eu frequentaria porque vale a pena. ... Ah, eu sou do Apostolado. Então, se precisar alguma coisa, né? Reuniões, né? Tem reuniões. Às vezes tem terços, tem que rezar nas casas. Vai lá rezar com doente. Eu participo disso, de tudo isso. (E6 – G1)

Eu participo de uma sociedade espírita aqui na Monte Alverne e lá nós confeccionamos. Agora eu não estou mais participando da confecção porque eu estava trabalhando. De enxovaizinhos para recém-nascidos. Lá a gente costura, fazemos overloque, na máquina reta. Só enxovalzinho para gestante, para doação. Essa é onde eu participei mais. Eu só parei por um tempo, porque eu comecei a trabalhar em casa com calçados e aí não deu mais para ir. Mas eles continuam trabalhando na entrega dos enxovaizinhos para bebê. (E5 – G1)

Saio muito pouco... De noite tenho medo de ir em alguma coisa... Tem um marido que eu tenho que tomar conta, né? Tudo lá é eu... Como eu falo, eu também não estou muito das boa. Procuro fazer, sair, mas, se eu não tiver uma obrigação para ir, que nem é o Tai Chi, se é assim eu venho, senão ... [...] Na igreja eu não venho [...] Eu comecei a ir com umas primas agora, porque, aí, elas me levam e trazem. Lá no centro espírita. (E4 – G1)

Tá, eu vou algumas vezes nessas reuniões da igreja, só da igreja católica [...] Só isso aí, não vou em mais reuniões aqui do bairro não. (E15 – G2)

Eu também vou, alguma coisa aqui eu participo, também sou católica, mas não sou de participar muito das coisas, frequentei muito tempo até que o grupo acabou, da terceira idade, era um grupo muito bom, mas depois a coisa vai caindo, vai caindo e acabou [...] Aquele grupo era um grupo quando começou, que eu comecei a frequentar, tinha mais de quarenta pessoas, então aquilo ficava lotado, cada um fazia uma coisa, aí a coisa foi caindo, foi diminuindo, diminuindo, até que... sabe? Daquela reunião acabar. (E14 – G2)

Eu também participo. O meu é o da igreja, que eu participo. E o que nós fazemos é com os moradores daqui, né? Os carentes [...] Bom, a pessoa necessitada, ela vai à igreja, deixa o nome, nós vamos à casa visitar [...] Na casa, nós vamos confrontar se é verdade a necessidade, né? Porque tem gente que é só pede e quer [...] Aí nós orientamos. Nós orientamos que tem curso para pintura, tem isso, tem aquilo, para ver se quer. O que pode fazer para melhorar. Aí nós damos uma cesta básica durante quatro, cinco meses, conforme, até mais. Mas aí nós paramos para deixá-la crescer também, porque não é só ficar dando. Nós vamos dando orientações nas atividades [...] E na parte de religião também. Se quiser continuar, porque não é obrigado a ir na igreja também. Ela pode ir em outra... na igreja espírita... Ela vai onde quer [...] Nós nos preocupamos com ele. (E32 – G4)

Eu vou falar do trabalho aqui para todo mundo. O que nós fazemos para o outro não é para ele que nós estamos fazendo, é para nós mesmos isso. Porque, desde que você saía da sua casa ou dentro da sua casa, que você está fazendo um benefício, gente, não tem coisa mais gostosa. Bom, pelo menos, para mim, né? Então, eu faço parte do... Sobecan, Hospital do Câncer [...] Então, vocês já imaginam uma pessoa com câncer, né? [...] Além de eu ser voluntária do hospital, eu sou voluntária das voluntárias. Então eu tenho os meus dias certos para o trabalho [...] É um trabalho maravilhoso. Sofrido, porque, quem tem dó, não trabalha. Nessa parte, né? Se você tem dó daquela pessoa, que ela está chorando, que ela está com aqueles ferimentos abertos, que é isso, aquilo. Se você tiver dó mesmo, você não faz nada por ela [...] isso aí eu já estou há mais de 16 anos. E cada vez eu penso em parar esse trabalho, mas parece que tem uma coisa que me puxa, sabe? Vai aparecendo mais coisas em relação a esse trabalho lá dentro do hospital. Eu fico muito feliz [...] Ah, olha, eu não gosto de reconhecimento, né? Mas as pessoas que são responsáveis pelos nossos trabalhos lá dentro fazem elogios [...] faço a minha parte muito bem-feita. E é uma parte, assim, ó, que vem daqui de dentro, porque eu gosto. (E30 – G4)

Existem atividades oferecidas pela Administração Regional da Vila Tibério, instância municipal da administração municipal, porém a maior parte das participantes não frequentam ou não conhecem essas atividades:

Lá não (não participa). (E5 – G1)

Lá eu ainda não fui não. (E4 – G1)

Não. Eu não. Eu nem sabia. (E6 – G1)

Eu nem sabia. (E2 – G1)

Por exemplo, a gente reclama muito, por exemplo, há atividades no bairro, há atividades, mas muitas são ainda muito carentes da participação da comunidade. Eu reclamo muito isso [...] Porque

também eu não participava e quando a gente passa a participar a ter contato. (E12 – G2)

Estes conjuntos de falas vão indicando o processo de construção de participação lento e demarcado por dificuldades que fazem parte da vida dos idosos, mas podemos inferir que também da população em geral, considerando as afirmações de Bordenave (1992) do processo de aprendizagem e construção de uma identidade social da participação, com a constituição de cidadãos engajados e cientes de seus direitos e deveres.

Apesar dos idosos desconhecerem os serviços prestados pela Administração Pública Municipal, muitos são os serviços oferecidos para esta parcela da população pelo poder público municipal, nas suas diversas secretarias de governo.

Na Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) do município de Ribeirão Preto existem os Centros Especializados de Convivência para o Idoso (CECI) “Maria da Silva - Dona Germana” e “Rosa Gileno Tácio” que dispõem de 20 vagas cada um e atendem idosos em situação de vulnerabilidade, isolamento e risco social que requeiram o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para a realização de atividades da vida diária como: alimentação, mobilidade, higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada.

A SEMAS também oferece acolhimento para até 18 pessoas na modalidade de República para Idosos - Vila Dignidade “Dejair Gonçalves de Andrade”, destinada aos idosos que tenham capacidade de gestão coletiva da moradia e condições de desenvolver, de forma independente, as atividades da vida diária, mesmo que requeiram o uso de equipamentos de autoajuda.

Adicionalmente, a SEMAS tem uma Coordenadoria Técnica Proteção Especial ao Idoso que oferece serviço de apoio, orientação e acompanhamento a idosos vítimas de algum tipo de violência, ameaça ou que tiveram seus direitos violados; este trabalho é realizado por equipe interdisciplinar composta por assistente social, psicólogo e outros; sendo um espaço de atenção intersetorial, vinculado diretamente ao Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Delegacia do Idoso, em estreita parceria com as Secretarias Municipais da Saúde, Planejamento e Educação. Anualmente, a SEMAS realiza no dia 15 de junho, a campanha de alerta e combate à violência contra o idoso.

O município tem constituído um Conselho Municipal do Idoso (CMI), composto por 16 membros titulares e igual número de suplentes, representantes de organismos e entidades, que tem por objetivo manter a atividade deliberativa quanto à fiscalização e execução de políticas relativas aos direitos dos idosos.

O Fundo Social de Solidariedade apoia projetos sociais como o Programa de Integração Comunitária (PIC)¹¹, os Jogos Regionais do Idoso (JORI) e a Olimpíada do Programa de Integração Comunitária (Olimpic) desenvolvida desde 1996 com o apoio da Secretaria Municipal de Esportes e da Secretaria Municipal da Saúde.

A Secretaria Municipal de Educação contempla no seu Plano Municipal de Educação 2015, no tópico relacionado à Educação de Jovens e Adultos (EJA), duas estratégias que atendem o público idoso: realização de estudos e pesquisas de modo a detectar e matricular regularmente a população não escolarizada ou com baixa escolaridade, nos meios rural e urbano, como subsídios para o planeamento de ações que assegurem o acesso e permanência de jovens, adultos e idosos nas escolas e, a garantia aos educandos jovens, adultos e idosos o acesso e o uso de equipamentos culturais, esportivos, de lazer, bem como equipamentos de informática e à rede mundial de computadores para a realização de atividades que favoreçam a participação comunitária e cidadã (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

As atividades proporcionadas aos idosos junto à Secretaria Municipal de Esportes dizem respeito ao Programa de Integração Comunitária (PIC), já citado anteriormente, que é realizado em uma articulação intersetorial com o Fundo Social de Solidariedade e Secretaria Municipal de Saúde e também a modalidade esportiva voleibol adaptado.

Dentre as ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está o Programa Municipal de Saúde do Idoso que tem como principal objetivo reconhecer fragilidades para definir políticas de atenção à esta população. Este programa é responsável pelo Ambulatório de Geriatria que funciona no Ambulatório Regional de Especialidades – Núcleo de Gestão Assistencial (NGA) e conta com enfermeira, equipe de enfermagem, terapeuta ocupacional, nutricionista, geriatras e

¹¹ O PIC é desenvolvido a partir de atividades físicas realizadas ao ar livre, como parques, praças e quadras de esporte. Ele atua preventivamente, promovendo a Saúde integral da população, antes que a doença apareça ou, no caso das moléstias crônicas típicas da “3ª idade”, antes que elas provoquem sequelas agravantes, como as ocorridas na hipertensão, diabetes, dislipidemias, degenerações ósteo-articulares e musculares e até mesmo a depressão que é comum em muitos idosos (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

coordenadora. O Programa também possui um protocolo de condutas para o atendimento ao idoso em situação de vulnerabilidade ou com direitos violados (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

Outras ações do Programa de Saúde do Idoso se estabelecem nas parcerias com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), nos abrigos filantrópicos - Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), na atenção a denúncias de maus tratos e nos cursos de educação permanente, componentes que fazem parte da rotina do Programa (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

Ainda, é importante destacar que há no município também serviços ligados à administração estadual, e em relação ao idoso é de competência do Departamento de Polícia Judiciária de São Paulo Interior (DEINTER 3), a Delegacia de Polícia de Proteção ao Idoso que faz atendimento às pessoas idosas, que demandem auxílio e orientação, e seu encaminhamento, quando necessário, aos órgãos competentes (SÃO PAULO, 2015).

Embora este conjunto de ações/instâncias estejam disponíveis, os idosos não dispõem destas informações de forma sistematizada. Ainda, em relação à comunicação, os idosos consideram deficitária a divulgação das atividades realizadas no bairro.

Bom, geralmente, é através daquele folheto mesmo que a igreja passa, então a gente fica sabendo, por exemplo, que vai ter alguma coisa lá na igreja através do folheto [...] agora aqui eu nunca fui informada sobre nada aqui, do posto, nunca fui informada, e do círculo operário também porque eu não participo, se eu participasse mais eu seria informada. (E15 – G2)

Porque algumas vezes saiu no Jornal da Vila, mas são poucas vezes, a participação do CSE no jornal, ainda ela é muito pouca, é muito pouca informação [...] mas no caso das atividades do posto, se é que estava havendo falta de contato, falta de... porque, às vezes, eles colocam aqui na unidade, mas se a pessoa não vem na unidade e tal e uma coisa que a gente pode fazer alguma coisa a respeito. (E12 – G2)

Tem às vezes algum artigo que é pequeno para a gente que tem problema como eu, de perto tem que pôr os óculos, às vezes coisa, mas é fácil, a linguagem é fácil de entender e tudo. As minhas informações é pelo Jornal da Vila, eventos através da igreja, às vezes comunicação com colega “ó, vai ter isso em tal lugar, você quer ir?”, sabe assim, mas por meio assim, é fácil. (E14 – G2)

Quando se discute a possibilidade da participação em diferentes âmbitos, verifica-se a importância das participantes incentivarem outros idosos para também realizarem outras atividades, contudo, a falta de convivência acaba isolando a pessoa e assim passam a maior parte do tempo em casa, enfatizam que a vontade é importante para que o incentivo seja efetivo, mas que muitas vezes a pessoa não consegue mudar seu hábito por causa de estar acostumada a viver dessa forma.

No meu caminho do dia a dia, quando eu encontro um amigo ou uma amiga que está precisando de apoio, eu tô sempre orientando, incentivando ela a participar de uma atividade [...] Isso faz bem para a mente, faz bem para o corpo [...] Então, eu tô sempre orientando... da pessoa entrar em um grupo de amigos, passear, caminhar. Eu ajudo sim. (E8 – G1)

Não, tem que ter um incentivo para as pessoas irem. Ou, então, uma pessoa pode convidar a vizinha, pode convidar a outra, a outra. Às vezes, a pessoa sai e nem lembra que tem, às vezes, alguém lá que não sai de casa para nada porque não tem esse amigo que já... Eu acho que perde... com o passar dos anos, você vai perdendo os amigos. Não por sua causa, mas é que, às vezes, você fica acostumada a ficar dentro de casa e, se você não tiver um incentivo de uma pessoa "vamos, vamos, vamos", a pessoa não vai. (E4 – G1)

No projeto de implantação do bairro amigo do idoso da Vila Clementino do município de São Paulo/SP, os idosos referiram que a comunicação e informação também devem ser readequadas para este público. Alegaram que faltam lideranças na comunidade que promovam maior associativismo e participação e que apesar do elevado nível de escolaridade e renda da população residente mostrar-se um grande facilitador para a resolução da maioria dessas questões; muitos idosos, porém, dizem se ressentir da inexistência de fóruns coletivos de participação capazes de proverem meios para facilitar o diálogo com o poder público e implementar outras ações capazes de potencializar os próprios recursos da comunidade a fim de ampliar a qualidade de vida de todos os moradores (COSTA ROSA et. al., 2013).

*A Título de Considerações Finais:
Construindo Possibilidades*

6 A TÍTULO DE CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONSTRUINDO POSSIBILIDADES

A urbanização e o envelhecimento populacional são duas tendências mundiais que representam, conjuntamente, duas grandes forças de mudança que tem transformado o século XXI e o desenvolvimento humano; contudo representam os principais desafios para este século como: favorecer crescimento urbano associado ao desenvolvimento tecnológico e econômico de um país, oferecer estruturas e serviços que proporcionem o bem-estar e a produtividade de seus residentes, garantir direitos dos cidadãos, melhorar as condições de vida de forma ampla considerado os determinantes sociais e de saúde (OMS, 2008).

Como já apontado na Introdução deste estudo, são necessárias mudanças das políticas e das práticas em todos os níveis (municipal, estadual e federal) e em todos os setores (público, privado, terceiro setor), para que possam se concretizar as enormes possibilidades que oferece o envelhecimento no século XXI.

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento procura garantir que as populações possam envelhecer com segurança e dignidade e que os idosos participem em suas respectivas sociedades como cidadãos com plenos direitos (ONU, 2003).

O aumento da expectativa de vida é fruto de ganhos fundamentais na saúde pública, nos padrões de vida e nos avanços científicos, tecnológicos e sociais com repercussões no aumento crescente do número de idosos. Idosos, estes que cada vez mais têm sido recursos para as suas famílias, comunidades e economias, desde que considerados ambientes favoráveis e propícios para o processo de envelhecimento (OMS, 2008).

Tornar as cidades mais amigáveis aos idosos é uma resposta necessária e lógica para promover saúde e bem-estar a esta população, mas também a todas as pessoas que usufruem o espaço urbano.

Prédios e ruas sem obstáculos propiciam a mobilidade e independência de pessoas com deficiências, sejam elas jovens ou velhas. Vizinhanças seguras permitem que crianças, mulheres jovens e pessoas idosas tenham confiança em sair, seja para atividades de lazer ou sociais. As famílias têm menos estresse quando seus membros idosos contam com o apoio comunitário e os serviços de saúde de que necessitam. Toda a comunidade se beneficia da participação dos

idosos em trabalho voluntário ou remunerado. Por fim, a economia local se beneficia por ter idosos como consumidores (OMS, 2008).

Como os idosos são os principais especialistas em suas próprias vidas, nada mais justo que sejam ouvidos em suas necessidades e demandas e possam contribuir com sua experiência para o desenvolvimento de políticas e programas que favoreçam suas condições de vida.

No projeto Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008), as falas dos idosos comprovam que é possível envelhecer com autonomia, pode também ser um momento de construção de conhecimentos e de experiências novas de vida, período de vivenciar o envelhecimento com maturidade, estabelecer novos vínculos sociais que favoreçam o desenvolvimento de laços afetivos e, se engajar em grupos que promovam a saúde ampliando sua rede social.

Isto gera um bem-estar psicológico, expresso pela autonomia positiva e integridade, favorecendo o que se chama de empoderamento, que é a capacidade do indivíduo controlar os eventos e situações da sua vida e se constitui como uma estratégia de Promoção da Saúde (TEIXEIRA, 2002).

As ações em Promoção de Saúde têm como objetivo proporcionar conhecimentos e estratégias para encarar esta fase como um novo desafio, com uma nova maneira de envelhecer, bem como oferecer subsídios concretos de melhora para a saúde, o trabalho, a condição de vida, as relações sociais, proporcionando a valorização e ampla satisfação pessoal, além de melhor qualidade de vida (TEIXEIRA, 2002).

Em nove estudos levantados, os idosos apontam como sugestão um auxílio do governo para que suas moradias sejam adaptadas, no que se diz respeito aos degraus, restaurações, entre outros, e justificam sua necessidade com base nas limitações fisiológicas do envelhecimento. Estes estudos enfatizam a necessidade de maior variedade de iniciativas de voluntariado de idosos para idosos, oportunidade para responder às necessidades dos que precisam, pelos que querem e podem colaborar e apontam como fator positivo a proximidade com os serviços e os vínculos construídos na localidade onde moram (devido ao elevado tempo de moradia na região). No que se refere à saúde são apontados, como sugestão, custos diferenciados à população idosa bem como serviços (exames, por exemplo) gratuitos. Alguns idosos mencionaram que o custo com medicamentos e exames por vezes ultrapassa o valor recebido da aposentadoria; como aspecto positivo foi

pontuado a qualidade dos atendimentos prestados (CENTEIO et al., 2010; COELHO, 2010; PLOUFFE; KALACHE, 2010; VIANA, 2010; PLOUFFE; KALACHE, 2011; GRAEFF; DOMINGUES; BESTETTI, 2012; GREEN, 2012; RAUTH; SANTOS; PEDDE, 2012; SMITH; LEHNING; DUNKLE, 2013)

Em Aveiro e Porto, duas cidades de Portugal, os idosos sugerem passeios elaborados com roteiro e meios que viabilizem sua inserção. Um dos aspectos mais mencionados pelos idosos é a necessidade de medidas de apoio (serviços sociais, recreativos e de saúde gratuitos e apoio de voluntariado) para grupos de idosos mais vulneráveis: os que vivem sós e/ou apresentam baixos rendimentos (VIANA, 2010; COELHO, 2010).

Em estudo realizado em países da Europa, os idosos da Rússia destacaram como pontos positivos os serviços médicos preventivos e o centro de medicina e reabilitação, Reino Unido e Inglaterra, apontaram o desenvolvimento de uma estrutura holística para uma série de intervenções preventivas e complementares aos serviços médicos tradicionais como serviços de biblioteca móvel, aulas de tai chi chuan, hidroginástica e ônibus com plataforma rebaixada; na Grécia, os idosos mencionaram a existência de programas especiais de teatro, visitas arqueológicas, clubes educacionais e de dança, academias de ginástica para idosos. O estudo permite afirmar que algumas das cidades da Europa já acataram várias das sugestões apontadas pelos idosos, o que contribuiu para a melhoria dos aspectos da vida urbana apontados para uma cidade amiga do idoso (GREEN, 2012).

Cinco estudos apontam as possíveis melhorias em relação às cidades amigas dos idosos: impacto do ambiente arquitetônico no envelhecimento, condições adequadas de gestão e gerenciamento das cidades, diretrizes sobre a adequada implantação de cidades amigas dos idosos buscando evidências da experiência da implantação de cidades ou comunidades que se sustentem pela concepção de cidade amiga do idoso (VIANA, 2010; COELHO, 2010; CENTEIO et al., 2010; GREEN, 2012; GRAEFF; DOMINGUES; BESTETTI, 2012)

Em nosso estudo, foram preservadas muitas das falas dos sujeitos para garantir-lhes o direito de se expressar e ser aqueles “a ter um papel fundamental como defensores e supervisores de ações que tornem a sua cidade mais amiga dos idosos” (OMS, 2008, p. 5).

Muitas foram as expressões de desapontamento, reclamações, reivindicações, elogios e apontamentos aos oito aspectos da vida urbana do bairro

da Vila Tibério e os 32 idosos e 6 prestadores de serviços num gesto de solidariedade e amor ao bairro sugeriram, por meio dos fragmentos abaixo, algumas melhorias que possam tornar o território mais amigável aos idosos.

1. aumento de linhas de ônibus, aliada à necessidade e importância da população ser consultada para saber se deve ou não retirar linha de ônibus e maior iniciativa dos vereadores, representantes do povo neste processo.

Mais ônibus. Mais linhas. E tem o final de semana que não passa [...] fica esperando e não passa. Tem que desistir do passeio. (E5 – G1)

O Jardim Paulista, que tirou, faz uma falta. Nós saíamos [...] Era a linha mais importante que tinha aqui na Vila, né? (E2 – G1)

Mas, então, que tirassem um outro qualquer sem mexer na linha que é essencial para a pessoa [...] É por isso que eu disse que deveriam fazer uma pesquisa antes de tirar e colocar. Porque tirou um ônibus que era essencial para você ir ao Shopping, você ir no cemitério, você ir nos Campos Elíseos. (E5 – G1)

Eu vi uma vez que fizeram um abaixo-assinado por causa do Sumaré. Queriam, mas até hoje... até hoje não resolveu nada. (E4 – G1)

E, no caso, também poderia uma autoridade, uns vereadores, tomar um pouquinho mais de iniciativa nesse termo. (E8 – G1)

2. atividades são sugeridas como a hidroginástica que é um exercício que deveria ser oferecido sem ser particular, além de que um centro de qualificação no bairro Vila Tibério também seria muito importante.

Uma coisa que poderia ter no Círculo Operário que seria bom para gente era a hidroginástica. (E6 – G1)

Ah, isso eu gostava nossa queria tanto que tivesse (hidroginástica). (E2 – G1)

la lotar a piscina. (E6 – G1)

[...] não lembra o que fizeram com o curso de cuidador de idosos [...] Então, centro de qualificação. Lá também tem para idosos, tem para jovens, e lá tem vários cursos também. Eu acho que poderia implantar um lugar aqui na Vila Tibério também, que seria muito importante. Porque você sair da Vila Tibério para ir lá no Ipiranga, lá no centro [...] um lugar próprio aqui na nossa Vila Tibério. (E8 – G1)

3. separação de atendimento para idosos em unidades de saúde, um setor específico para facilitar o atendimento; porém em alguns casos deveria ser feito por prioridade aos que mais necessitassem. Essa prioridade já existe em outros locais como as instituições bancárias e é apontada por elas.

Eu acho que deve ter um centro específico só para pessoa idosa. Separado [...] Se você ficar igual a um posto de saúde, você vai lá, você fica que é uma mistura. Tem um idoso que não está mais aguentando mais nem dar um passo e fica, fica, fica... eu acho que podia ter, assim, um departamento só para atender esse pessoal idoso [...] priorizar, né? Porque, você vai lá, é uma mistura de gente jovem, com criança, com idoso, com gente com problema, de cadeira de rodas. E fica, fica, fica. (E5 – G1)

Mas, se tivesse a prioridade, não precisava ser separado, porque o separado será mais difícil [...] se tiver um centro só para idoso, vai acumular, porque os idosos vão todos ali. Agora, tendo prioridade nos setores... vai sendo atendido mais rápido [...] Então, tendo a prioridade do idoso, onde chegar, vai ser mais rápido [...] Uma pessoa que chega mal também. Ela tem que ter prioridade [...] Nós mesmos. Se nós estivermos bem, não é porque nós somos idosos que queremos ir na frente. Nós vamos aceitar a prioridade. (E6 – G1)

Banco tem. (E1 – G1)

Banco já tem o setor de idade. (E6 – G1)

Se chegar lá tem a senha do idoso. (E8 – G1)

Isso que precisa criar em todos os lugares. (E7 – G1)

4. criação de hospital para idosos é sugerida pelas participantes, e a experiência positiva vivida por uma delas no hospital de Curitiba onde existe a separação para idosos.

Então, lá em Curitiba, eu não entrei em detalhes muito, mas eu fiquei sabendo e eu ouvi isso realmente que tem um hospital lá em Curitiba que, se não me engano, foi fundado pela doutora Zilda Arns, que era prioridade só para os idosos. Mas só idosos. Então, a gente tendo... seria bom né. [...] Tem o centro geriátrico aqui em Ribeirão Preto também [...] mas o hospital seria conveniente ter, um hospital para os idosos. Porque está aumentando muito, né? Então seria muito importante. Mas ter tudo, né? Consultas, ter atendimento de socorros, ter também, na parte do idoso ser internado. Então, toda a assistência seria nesse hospital. Só nesse. Nessa área. (E8 – G1)

5. melhorias relacionadas às questões ligadas à limpeza pública e mais policiamento na área para melhorar a segurança. A adoção de uma praça pela iniciativa privada é vista como positiva.

A prefeitura limpasse, é, como muitas cidades por aí, as praças são bem organizadas, tem uma pessoa responsável para tá sempre ali limpando, recolhendo as folhas né. E ter mais policiamento ali, para tirar aquelas pessoas ali. Está certo que tem o direito das pessoas né. De sentar e ficar ali... porque virou um ponto de encontro né [...] sugestão é policiamento, e mais organizar limpeza. (E9 – G2)

Mas agora aquele prédio que está levantando ali, o dono do prédio que vai cuidar da praça. Ele vai colocar aparelho de ginástica. É ele que vai ser responsável pela praça. Porque não vai ter espaço lá onde ele está construindo, ele vai cuidar da praça. (E10 – G2)

Mais policiamento. Eu acho. Qual é a outra solução? Eu não vejo outra solução. A não ser o policiamento. (E23 – G3)

Teria que ter um policial lá direto, para a gente pode sentir segura um pouco, policial de plantão, todos os dias. (E26 – G4)

Eu acho que colocar uma pessoa efetiva ali, um policial, eu acho que podia ser aproveitado assim, uma vigilância constante, nós não temos [...] É, eu acho, criaria um pouco mais de medo nessas pessoas desocupadas. (E31 – G4)

6. melhoria da educação dentro do transporte público (mas não dizem como) e que os ônibus parem mais perto da guia.

Dentro do ônibus é a educação das pessoas, né? você vê que a pessoa idosa está... e o outro sentado. É educação, né? (E24 – G3)

A única sugestão ali é parar mais perto da guia e você está com o pé ali na calçada, você já põe pé no degrau, não tem problema. Ai você subiu, tem aquele apoio do lado ele está lá em frente, perto da guia e você não tem que descer na rua. (E20 – G3)

Eu acho [...] Facilita muito. (E19 – G3)

7. colocar as placas com os nomes das ruas em local de fácil visualização, como no cruzamento das ruas e não em cima dos faróis.

Por placa nas ruas [...] É difícil. As placas aqui estão muito difícil. (E23 – G3)

Porque tem em cima do luminoso, mas você não vai andar nem olhando. Tem que ser... eu acho [...] Nas esquinas, né? Na sua mão a placa que vai da esquina como sempre teve, né?, aquela lá em

cima, a gente não vê [...] E tem os proprietários das casas que não gostam que coloque placa. (E22 – G3)

8. ocupação das praças com música, artesanato e venda de quitutes como forma de “afastar” pessoas em situação de rua e usuários de drogas.

Acho que as famílias devia ir mesmo, sentar nos bancos de tarde. E lá é gostosa. (E26 – G4)

Então, se as famílias combinassem de ir, como antigamente, ia sentava no banco, não dava confiança para eles, e ai eles viam que não tinha jeito então se afastavam. Ai a gente podia aproveitar a praça. (E30 – G4)

Que tal se fizéssemos [...] uma feirinha para movimentar. Eu acho que tinha que movimentar aquele pedaço. Não deixar só as pessoas dormirem no banco [...] A praça em frente à igreja [...] A Coração de Maria. A praça ali em frente à igreja. Não tem a pracinha? [...] A praça até levou o nome de Sagrado Coração de Maria por causa de Nossa Senhora. E ali, eu falo assim, poderia em um sábado ou um domingo alegre, levar as coisas para acampar (E32 – G4)

Antigamente era, né? Antigamente as famílias faziam isso [...] já teve até o chorinho lá. (E26 – G4)

Trazer músicos, alguém que gosta de tocar, ia lá tocar [...] Eu vejo, quando está assim, nos lugares, tem gente que vai e toca no shopping. Quem está lá, todo mundo quer assistir. (E32 – G4)

Eu estava pensando ontem à noite. Eu falei: "O que poderia fazer ali?" [...] Aquela boneca que nós fizemos, falaram que tem gente que quer comprar. Ali vai nos fazer um artesanato ali, né? Faz alguma coisa para vender. Bala, quem gosta. Tem gente que faz bala de goma, que é uma delícia. A Dadá fez aquelas rosquinhas, que é uma delícia. [...] É um modo de ganhar e partilhar de nós, da vida. (E32 – G4)

Um tempo atrás, já teve lá na pracinha a feirinha [...] tinha músicos que iam tocar o chorinho à tarde [...] tinha a banda que vinha [...] eu participei de uma feira aí. Nós tivemos feira [...] eu expunha meus quadros, colocavam os quadros lá no chão, que eu pintava [...] fazia bonecas também [...] eu vendia suco natural, essas coisas. Eu era ambulante, como se fosse ambulante lá, eu tinha a minha barraca. Mas não foi mais pra frente. (E31 – G4)

Teria que sentar para ver direitinho, organizar. Porque, no começo, pode não ir muita gente, mas depois [...] A união, né? Ver. É tão bom. Vamos lá. Não está fazendo nada, vamos lá tomar um café. Eu vou lá conversar. Senta no banco. Eu acho que já vai dando um clima diferente. (E32 – G4)

Uma coisa que eu acho superlegal - música. Todo mundo gosta de música, né? (E37 – G5)

Teve uma época que teve chorinho na praça. Tinha um chorinho lá, dançava, uma delícia. (E33 – G5)

Essa praça é tão central, devia ter mais coisas lá. (E35 – G5)

9. prestador de serviços informa que existe interesse, por parte da Associação Comercial e Industrial, em fazer rampas de acesso para cadeirantes, mas que existe entrave por parte do poder público municipal.

Aí a acessibilidade que até tem um rapaz aqui que ele sempre vai na ACI ele também era Diretor ele tem um projeto para fazer as rampas para os cadeirantes, mas é complicado porque a Prefeitura teria que liberar e isso tem um custo e teria que pedir para as empresas cada uma até colocar o nome. Mas ele está sempre brigando por isso tanto que eles pintaram o Coreto lá agora. Foi lá pintou e está terminando uma coisa assim meio sem apoio. (E36 – G5)

10. pontos de melhoria apontados: calçadas, acessibilidade, arborização, transporte, lazer, divulgação das atividades desenvolvidas no bairro.

Eu acho que transporte não é o que é, não está tão ruim. Eu acho que precisamos melhorar as praças. Eu acho que conscientizar a população para que cada, se cada um ajeitar melhor a sua calçada, todas vão ficar melhor. (E36 – G5)

Que precisa de... Agora tem uma coisa, nós temos muitas pessoas que nem sai de casa não. Complicado. Agora, precisa melhorar acessibilidade, arborização, transporte, lazer, que mais? (E33 – G5)

Uma coisa que eu acho que poderia também fazer, que eu acho que é super, já tem um trabalho muito bom, e coisas que eu não sabia. De repente, um modo de que mais pessoas...divulgar [...] o trabalho de vocês (Círculo Operário), que é muito bonito. (E37 – G5)

Aí a gente convida as outras entidades, vem a Casa do Vovô [...] Vicentino, eles vêm, então, na verdade, a gente nem pode está divulgando muito, porque senão chega lá os velhinhos, tem nem lugar para sentar. Lá tem cadeirante, tem gente que não enxerga direito. (E33 – G5)

[...] dá para divulgar, essa ginástica, a gente divulga as ginásticas, nós temos um coral muito bom também. Faz bastante apresentação fora. Bastante coisa. (E34 – G5)

11. criação de um Centro Comunitário para Idosos na Vila Tibério ou que se utilizasse o espaço das escolas do bairro para desenvolvimento de projetos culturais. Um representante cita a experiência da USP na realização de cursos. Outra sugestão relatada seria a criação de uma creche do idoso

semelhante àquelas criadas em outros 2 bairros, mas que esbarra na vontade política dos vereadores representantes do bairro.

Por isso que se de repente a gente pudesse trazer isso para cá. Um centro comunitário, um centro, uma coisa que tivesse tudo isso (baile, bingo, jogos de mesa, um monte de coisas). (E33 – G5)

E que fosse da prefeitura. (E35 – G5)

Ou então que a prefeitura investisse nos círculos operários para fazer uma coisa assim, maior né? (E34 – G5)

Uma coisa que tem aqui, nós temos muitas escolas, se tivesse algum projeto que as escolas aderissem que servissem quadra, esse tipo de coisa, seria interessante também. (E37 – G5)

Outra iniciativa também foi a USP, eu até coloquei no face, eles abriram uma porção de cursos, não para a terceira idade, mas para todos. De teatro, de dança, de pintura, acho que em 10 minutos foi todo mundo, mas assim, foram iniciativas que você nota que as pessoas gostam. De repente se a gente pudesse copiar esse tipo de coisa (E38 – G5)

Agora tem a creche dos idosos né? A gente vai tentar trazer uma aqui para a Vila também. Lá na creche dos idosos é uma creche mesmo [...] É da prefeitura. Tem duas, tem no Jardim Juliana e ali na Vila Saudade. (E33 – G5)

12. prestadores de serviços sugerem novas atividades de lazer a serem realizadas como: academias a céu aberto, excursões e viagens.

Mas eu acho que como lazer deve ser as academias a céu aberto [...] outra coisa, também [...] custa barato. Como é que chama? Viagens, viagens, excursões para idosos [...] E tanta coisa por perto que a gente pode, né, de repente é uma coisa que pode desenvolver... (E37 – G5)

Todas essas sugestões estão contempladas, em maior ou menor grau, ao que uma Cidade Amiga do Idoso enfatiza que é a coordenação de ações em diferentes áreas contempladas por políticas municipais e por serviços, de tal maneira que uns reforcem os outros.

Estas sugestões convergem para ações de promoção de saúde juntamente com a implantação e implementação de políticas públicas saudáveis e podem ser uma forma importante de ampliar autonomia; empoderamento; intersetorialidade no território; equidade; integralidade da atenção; fortalecimento das redes de suporte social; garantia de sustentabilidade ao criar processos de transformação coletivos,

com impactos a médio e longo prazo; governança ao incluir atores sociais e processo para que a sociedade alcance melhor qualidade de vida e; dar legitimidade e voz a todas as partes garantindo a participação social que é um dos princípios que transforma pessoas em parceiros ativos na tomada de decisões sobre recursos, definição de prioridades e garantia de responsabilização na organização da sociedade (WESTPHAL, 2007; OMS, 2008; OPAS, 2008; STOTZ, 2009; FRAGA et. al, 2013)

Em síntese, a participação é

inerente à natureza social do homem, tendo acompanhado sua evolução desde a tribo e o clã dos tempos primitivos, até as associações, empresas e partidos políticos, neste sentido, a frustração da necessidade de participar constitui uma mutilação do homem social. Tudo indica que o homem só desenvolverá seu potencial pleno numa sociedade que permita e facilite a participação de todos. O futuro ideal do homem só se dará numa sociedade participativa (BORDENAVE, 1992, p. 17)

Referências

REFERÊNCIAS

ALVES, J.E.D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, n.40, p. 8-15, 2014.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2012. Disponível em <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835>> Acesso em: 26.10.2013.

ATLAS BRASIL. 2013. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ribeirao-preto_sp#idh Acesso em 11.06.2015

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Press Universitaires de France, 1977.

BODSTEIN, R. Iniciativas de Promoção da Saúde – em busca de abordagens avaliativas e de efetividade. **Sinais Sociais**, v.4, n.º 11, p. 142-61, 2009.

BORDENAVE, J.E.D. **O que é participação**. Editora Brasiliense, 7ª edição, 1992.

BRAGA, F. População da Vila Tibério diminuiu quase mil pessoas em dez anos. **Jornal da Vila Tibério**. Informativo da região da Vila Tibério. Ribeirão Preto, 2011; vol.6, n. 70, p.3.

BRAGA, F. Breve história da Vila Tibério. 2015a. **Jornal da Vila Tibério**. Informativo da região da Vila Tibério. Ribeirão Preto, 2015; vol. 10, n. 117, p. 7.

BRAGA, F. Eleita nova diretoria da AMOVITA. 2015b. **Jornal da Vila Tibério**. Informativo da região da Vila Tibério. Ribeirão Preto, 2015; vol. 10, n. 117, p.10.

BRASIL. [Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993]. **Lei orgânica da assistência social (LOAS)** [recurso eletrônico]: Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências, e legislação correlata. – 2. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015.

_____. Ministério da Justiça. **Política nacional do idoso**. Brasília: Imprensa Nacional, p. 11-27, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. **O SUS de A a Z**, garantindo saúde nos municípios. CONASEMS. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde) – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília/DF, MS, 2007.

_____. **Estatuto do idoso**. 1.ed. 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, Série E: Legislação de Saúde, 70p., 2003.

_____. **Estatuto do idoso**. 2.ed. ver. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 70p. (Série E: Legislação de Saúde)

_____. **Glossário temático**: promoção da saúde. Brasília, 2012.

_____. **Pacto pela Saúde**. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: Diário Oficial, Imprensa Nacional, n. 39. 2006a.

_____. **ParticipaSUS**: Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Resolução CNS 196/96. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**; v. 4 (Supl. 2), p. 15-25, 1996.

_____. **Resolução CNS 466/2012**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em 23.10.2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, 60p. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM . nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 36p. il, 2015.

_____. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, Imprensa Nacional. 2006c.

BUSS, P.M. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. **EcoDebate – cidadania & meio ambiente**. 2010. Disponível em: <http://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/> Acesso em: 25 set 2013.

BUSS, P.M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Editora Fiocruz, 2 ed. rev. amp. Rio de Janeiro, 2009. p. 19-42.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. **Envelhecimento da população brasileira – uma contribuição demográfica**. In: FREITAS, E.V.; PY, L. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2013. p.59.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B; CASTRO, A. M. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 2004.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 7. ed. São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix, 1996.

CARVALHO, M. B. **"Milton Santos: intelectual, geógrafo e cidadão indignado"**. In: El ciudadano, la globalización y la geografía. Homenaje a Milton Santos. *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, Universidad de Barcelona, vol. 6, n. 124, 2002. Disponível em <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-124.htm> Acesso em 21.01.2016.

CARVALHO, S.R; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 13(Supl2), p: 2029-40, 2008. .

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CECÍLIO, 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. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ABRAS- CO, 2001, p. 113-126.

CENTEIO, H.D.S.; RITO, S.; SANTINA, G.; VICENTE, H.; SOUSA, L. Aveiro: cidade amiga das pessoas idosas!?. **Revista Brasileira de Gerontologia**, vol 13, n. 3, p. 369-381. 2010.

CHAIMOWICZ, F.; CAMARGOS, M.C.S. **Envelhecimento e saúde no Brasil**. In: FREITAS, E.V.; PY, L. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2013. p.74.

CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil). Pastoral da Pessoa Idosa. **Guia do líder da Pastoral da Pessoa Idosa**. Curitiba, 2008.

COELHO, T.F.M. Porto: **Cidade Amiga das Pessoas Idosas - um estudo centrado na perspectiva de idosos das Freguesias de S. Nicolau e Sé**. 2010. 111p. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto do Instituto Politécnico do Porto. Portugal.

COLARES, M. F. A. **As fontes de tensão no curso médico**. 1999. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

COSTA ROSA, T.E.; BRÊTAS, A.C.P.; KEINERT, T.M.M.; NOVAIS, F.; TRENCH, B.;

LOUVISON, M.C.P. et al. **Implantação do bairro amigo do idoso da Vila Clementino do município de São Paulo/SP**. In: COSTA ROSA, T.; BARROSO, A.E.S.; LOUVISON, M.C.P. Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo. São Paulo: Instituto de Saúde. Temas em Saúde Coletiva, 14, p. 137-147, 2013.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Editora Fiocruz, 2 ed. rev. amp. Rio de Janeiro, 2009. p. 43-57.

DUARTE, Y.A.O. **O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso**. Manual de Enfermagem. 2001. p. 185-96. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/22192210/425710953/name/ASSIST%C3%84NCIA+AO+IDOSO.pdf> Acesso em: 25 fev. 2013.

GRAEFF, B.; DOMINGUES, M.A.; BESTETTI, M.L.T. Bairro Amigo do Idoso no Brás: percepções sobre os migrantes internacionais. **Revista Kairós Gerontologia**. vol 15, n. 6, p: 177-196, 2012.

ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública. Laboratório territorial de Manguinhos. **Território e cidadania**. 2016. Disponível em: <http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/?q=node/94>. Acesso em 19.01.2016

ELIAS, D. "Milton Santos: a construção da geografia cidadã". In: El ciudadano, la globalización y la geografía. Homenaje a Milton Santos. **Scripta Nova**. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales, Universidad de Barcelona, vol. 6, n. 124, 2002.

FERNANDEZ, J. C. A. **Autonomia e promoção da saúde**. In: PELICIONI, M. C. F.; MIALHE, F. L. M. (Ed.). Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2012, p. 499-512.

FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. **Gestão local e políticas públicas para a qualidade de vida**. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. (orgs). Promoção da Saúde e Gestão Local. Setembro/2007. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/promocao-da-saude-e-gestao-local.pdf> Acesso em 08.01.2016

FEUERWERKER, L; COSTA, H. Intersectorialidade na Rede Unida. **Divulgação em Saúde para Debate**, vol. 22, p: 25-35, 2000.

FIUZ, A.R; BARROS, N.F. Resenhas. **Ciência e saúde coletiva**, vol.16, nº4, 2011.

FRAGA et al. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Universidade de Brasília. Centro de Educação à Distância. **Curso de Extensão em Promoção de Saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. 2013.

GREEN, G. Age-Friendly Cities of Europe. **Journal of Urban Health**. vol 90, n.1, 2012.

HOROCHOVSKI, R. R; MEIRELLES, G. **Problematizando o conceito de empoderamento**. IN: Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, Florianópolis, 2007. Anais... Florianópolis, 2007. Disponível em: http://www.sociologia.ufsc.br/npms/rodrigo_horochovski_meirelles.pdf. Acesso em: 25 set. 2015.

IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010a**. São Paulo. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/default_resultados_preliminares.shtm Acesso em 22 de julho de 2011.

_____. 2010b São Paulo. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/default_resultados_preliminares.shtm Acesso em 22 de julho de 2011.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de população e indicadores sociais. Estudos e Pesquisas, Informação demográfica e socioeconômica, número 24. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de população e indicadores sociais. Estudos e Pesquisas, Informação demográfica e socioeconômica, número 27. Síntese de indicadores sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de população e indicadores sociais. **Série Relatórios Metodológicos**, volume 40. Projeções da população, Brasil e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

KOGA, D. **Medidas de cidades** – entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**. vol. 9, n.3, p:179–86, 1969..

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. Editora McGraw-Hill do Brasil, 1977.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, vol. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LEMONS, N; MEDEIROS, S.L. **Suporte social ao idoso dependente**. In: FREITAS, E.V.; PY, L. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2013. p.1442.

LOURENÇO, R.A.; PEREZ, M; SANCHEZ, M.A.S. **Escala de avaliação geriátrica**, Escala de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – Lawton. In: FREITAS, E.V.; PY, L. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2013. p.1712.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes/ EDUC, 1989.

MARZOCHI, M.C.A. Reconstruindo e promovendo a saúde. **Revista Saúde em Foco**. Informe epidemiológico em Saúde Coletiva. vol. 23, p: 4-7, 2002.

MATTOS, R. **Os Sentidos da Integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, p. 39-64, 2001.

MAYKUT, P.; MOREHOUSE, R. **Beginning qualitative research**: a philosophic and practical guide. London: Falmer Press, 1994.

MENDES, R.; AKERMAN, M. **Intersectorialidade: reflexões e práticas**. In: MENDES, R. FERNANDEZ, J. C. A. (Org.). Promoção da Saúde e Gestão Local. São Paulo: Aderaldo & Rothschild/CEPEDOC, p. 85-110, 2007.

MENDES, M.R.S.S.B.; GUSMÃO, J.L.; FARO, A.C.M; LEITE, R.C.B.O. A situação do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2005; 18(4): 422-426.

MESQUITA, R.A.V; COSTA, N.E; CARVALHO, H.B.C. **Políticas Públicas de Saúde para o envelhecimento e a velhice**. In: FREITAS, E.V.; PY, L. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2013. p.1616.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec-Abrasco, São Paulo – Rio de Janeiro. 1998.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes. 1994.

MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

MINAYO, M.C.S; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 4, n.1, p. 7-32, 1999.

MORGAN, D.L. **Focus Groups as qualitative research**. 2nd. Edition. Thousand Oaks, London, New Delhi. Sage publications, 1997.

NERI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia**. Alínea Editora, Campinas-SP, 2001.

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. **Co-produção de Projetos Coletivos e Diferentes “Olhares” sobre o Território**. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, p. 247-272, 2008.

ONOCKO, C.; CAMPOS, G. W. S. **Co-construção da autonomia: o sujeito em questão**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC; Ed. Fiocruz, p. 669-688, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Atenção primária em saúde – agora mais do que nunca**. Relatório Mundial de Saúde. 2008.

_____. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Nov/1986.

_____. **Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde. diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais de sade**. Documento para discussão. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf. Acesso em: 19 dez. 2015.

_____. **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso**. 2008. Versão traduzida para o português. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/ acesso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/guia_cidade_amiga_do_idoso.pdf. Acesso em 24.05.2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento 2002**. Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. — Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003 - 49p. (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **Enfermeria gerontológica: conceptos para la práctica**. Série Paltex 31, 1993.

_____. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Maio/2008.

PAIXÃO JÚNIOR, C.M.; ROCHA, S.M. **Violência doméstica contra idosos**. In: FREITAS, E.V.; PY, L. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2013. p.1332.

PAPALÉO NETTO, M. **O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos**. In: FREITAS, E.V.; PY, L. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2013. p.10.

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem**. 2001. 256f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 709-16, 2002.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad. Ananyr Porto Fajardo. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PORTAL BRASIL. 2013. Divulgados vencedores do **Concurso Cultural "Somos Parte do SUS que dá certo"**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/divulgados-vencedores-do-concurso-cultural-somos-parte-do-sus-que-da-certo>. Acesso em 12.07.2015.

PLOUFFE, L.A.; KALACHE, A. Towards Global Age-Friendly Cities: Determining Urban Features that Promote Active Aging. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 87, no. 5, 2010.

PLOUFFE, L.A.; KALACHE, A. Making communities age friendly: state and municipal initiatives in Canada and other countries. **Gaceta Sanitaria**, vol. 25(S), p: 131-137, 2011.

QUEROL, C. **Governanza y desarrollo sostenible** (Cataluña). Dialogos na Universidade de Vigo, 13 xuño 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/255637327_GOVERNANZA_Y_DESARROLLO_SOSTENIBLE_CATALUNA> Acesso em 08.01.2016.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p. 211-24, 1987.

RAUTH, J.; SANTOS, E.R.; PEDDE, V. Projeto RS Amigo do Idoso: uma amizade que não se efetivou. **Textos & Contextos**. vol. 11, n.1, p : 156-171, 2012.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Educação. **Plano Municipal de Educação de Ribeirão Preto** – uma construção coletiva. 2015. Disponível em: http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/seducacao/plano_municipal_educacao_documento_finalizado.pdf Acesso em 20.07.2015

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Divisão de Planejamento em Saúde. **Plano Municipal de Saúde, 2005-2008**. 2005. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/plano05-08.pdf> Acesso em: 24.04.2015.

_____. **Divisão de Planejamento em Saúde. Pirâmide populacional de Ribeirão Preto**. Disponível em: http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/piramide_etaria_populacao.pdf. Acesso em 26.07.2015.

_____. **Organograma das Unidades de Saúde. 2015**. 2015. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/organizacao/i16ubs.php> Acesso em 11.07.2015.

_____. **Plano Municipal de Saúde, 2010-2013**. 2009. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/i16indplano.php> Acesso em: 10.06.2014.

_____. **Plano Municipal de Saúde, 2014-2017**. 2013. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/pms-rp-2014-2017.pdf> Acesso em 28.06.2015.

_____. **Programa Municipal de Saúde do Idoso**. 2015. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/idoso/i16indice.php> Acesso em 12.07.2015.

_____. **Relatório Anual de Gestão, 2014**. Disponível em: http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/2014relatorio_gestao.pdf Acesso em 11.07.2015

SAKATA, K.N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família**. 2009. 200p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SANTOS, M. **Território e Sociedade** – entrevista com Milton Santos. São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2000.

SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SÃO PAULO. Departamento de Polícia Judiciária de São Paulo Interior - Deinter 3 - Ribeirão Preto. **Delegacia de proteção ao idoso**. 2015. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/indice_futuridade_completo.pdf. Acesso em 04.09.2010 <http://www.cidadao.sp.gov.br/servico.php?serv=303737> Acesso em 09.07.2015.

SAÚDE, M.I.B.M. **Interrogando a operação da rede de serviços de saúde**. 2006. 249p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SCHERER-WARREN, I. **Redes de movimentos sociais**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

SCHINDLER, R. Empowering the Aged--A Postmodern Approach. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 49, n.3, p.165-77, 1999.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SMITH, R.J.; LEHNING, A.J.; DUNKLE, R.E. Conceptualizing Age-Friendly Community characteristics in a sample of urban elders: an exploratory factor analysis. **Journal of Gerontological Social Works**. vol 56, n. 2, p: 90-111, 2013.

STEVENS, J. A. et al. The costs of fatal and non-fatal falls among older adults. **Injury Prevention**. n. 12, p. 290-95, 2006.

STOTZ, E. N. . Participação social. In: Pereira, Isabel Brasil; Lima, Júlio César França. (Org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2ed.Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009, v. 1, p. 293-298.

TEIXEIRA, M.B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. 144f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

UEHARA, C.A.; BRAGA, D.N.; MAGALHÃES, A.C.; BRUMINI, C.; MIGUEL, D.F. **O processo de implantação do Bairro Amigo do Idoso na Zona Norte - São Paulo/SP**. In: COSTA ROSA, T.; BARROSO, A.E.S.; LOUVISON, M.C.P. Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo. São Paulo: Instituto de Saúde. Temas em Saúde Coletiva, 14, p. 161-167, 2013.

UIPES/ORLA, Sub-Região Brasil. Conceitos-chave, **Promoção da Saúde**, 2003, 6 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao_participativa/Efetividade-conceito.pdf Acesso em 23.02.2013.

UIPES/ORLA, Sub-Região Brasil. **8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas. Jun/2013.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World population ageing 2009**. New York; 2010.

VASCONCELOS, E. M. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental **Revista Serviço Social & Sociedade**: seguridade social e cidadania. 2001; Ano XXII; 65:5-53.

VAUGHN, S.; SCHUMM, J. S.; SINAGUB, J. **Focus group interviews in education and psychology**. SAGE publications, Thousands Oaks London New Delhi, 1996.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, 1987, v. 21, n. 3, p. 225-233.

VIANA, J.F.S. **Porto: Cidade Amiga das Pessoas Idosas**: um estudo centrado na perspectiva de idosos das Freguesias de Miragaia e Vitória. 2010. 98p. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto do Instituto Politécnico do Porto. Portugal.

WESTPHAL, M.F. **Promoção da saúde e prevenção de doenças**. In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.635-667.

WESTPHAL, M.F. **Promoção da Saúde e a qualidade de vida**. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. (orgs). Promoção da Saúde e Gestão Local. Setembro/2007.

WESTPHAL, M.F. & BOGUS, C. M. & FARIA, M. M. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 120, 472-481, 1996.

WHITAKER, F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. **Revista Mutações sociais**, Rio de Janeiro, CEDAC, n. 3, 2002.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, 1990 (discussion paper EUR/ICP/RPD 414).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. 2005. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 60p.

_____. 2007. **Age-Friendly Cities Project Methodology**. Vancouver Protocol. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/acesso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/protocolo_vancouver_cidade_amiga_do_idoso.pdfAcesso em 07.09.2012.

APÊNDICE

Apêndice 1

Roteiro de entrevista dos grupos focais (idosos)

Questão de Aquecimento

Como é viver no bairro da Vila Tibério sendo uma pessoa mais velha? Por favor, aponte as características boas e problemas?

Tópico 1 – Espaços Abertos e Estabelecimentos

Vamos falar sobre espaços abertos e estabelecimentos.

Gostaria de ouvir sobre experiências positivas e negativas, e suas ideias para melhorias.

Como é sair de casa para tomar um ar-fresco, fazer tarefas ou uma visita?

Como ir a estabelecimentos, tais como estabelecimentos públicos ou lojas?

Perguntar sobre...

- Desenho e manutenção de calçadas e guias; cruzamentos e faixas de pedestres nas ruas; volume de tráfego e/ou barulho; horários específicos do dia ou da noite; clima; áreas verdes e áreas de passeios; iluminação da rua; proteção de sol, chuva ou vento; bancos e áreas de descanso; sensação de segurança física. Em estabelecimentos públicos ou lojas: escadas, portas, elevadores, corredores, piso, iluminação, banheiros, áreas de descanso/espera.

Tópico 2 – Transporte

O próximo assunto é o transporte na sua comunidade.

Gostaria de ouvir sobre suas experiências positivas e negativas, e suas ideias para melhorias.

Fale sobre sua experiência no uso de transportes públicos (ônibus) na sua comunidade?

Como é dirigir na sua comunidade?

Perguntar sobre...

- Em relação aos ônibus - fácil acesso; fácil embarque; frequentes o suficiente para quando quiser usá-los; Pontualidade; com rotas longas o suficiente; pontos com bancos, iluminação e cobertos; seguros de crimes; são adaptados para deficientes, gestantes, etc.
- Para motoristas que conduzem seus próprios carros - sinalização legível; nomes de ruas legíveis; iluminação nos cruzamentos; sinais de tráfegos de fácil entendimento; locais para estacionar de fácil acesso; locais de estacionamento reservado para deficientes; locais de carga e descarga; renovação de carteiras de motoristas.

Tópico 3 – Moradia

Moradia é o próximo tópico que iremos perguntar.

Gostaria ouvir sobre experiências positivas e negativas, e suas idéias para melhorias.

Fale sobre a casa ou apartamento onde você mora.

Se a sua necessita de mudanças, quais são as suas opções de moradia em sua comunidade?

Perguntar sobre...

- Acessibilidade de serviços; custos; conforto; segurança; proximidade de serviços.
- Mobilidade e independência no lar: fácil locomoção; facilidade para alcançar e guardar as coisas; fazer tarefas domésticas.

Tópico 4 – Respeito e Inclusão Social

O próximo assunto lida com como a comunidade mostra respeito e inclui pessoas mais velhas.

Gostaria de ouvir sobre experiências positivas e negativas, e suas idéias para melhorias.

De que maneira sua comunidade mostra, ou não, respeito a você como pessoa mais velha?

De que maneira sua comunidade inclui, ou não, você como pessoa mais velha em atividades ou eventos?

Perguntar sobre...

- Educação; atenção; ajuda.
- Respeito às necessidades vindas de serviços e programas: consulta; opções oferecidas; reconhecimento público de contribuições de pessoas mais velhas; atividades entre pessoas de todas as idades.

Tópico 5 – Participação Social

Agora vamos falar sobre atividades sociais e de lazer.

Gostaria de ouvir sobre experiências positivas e negativas, e suas idéias para melhorias.

Com que facilidade você se socializa em sua comunidade?

Fale sobre sua participação em outras atividades, como educacionais, culturais, recreação e atividades espirituais.

Perguntar sobre...

- As atividades sociais e de lazer são caras; acessíveis; frequentes; em locais convenientes; oferecem opções; são interessantes.

Tópico 6 – Comunicação e Informação

Neste tópico exploramos a interação com a informação. Outra vez, gostaria de ouvir sobre...

Qual é a sua experiência em receber informações necessárias em sua comunidade, por exemplo, sobre serviços ou eventos?

Podem ser informações recebidas por meio de: telefone, rádio, TV, folhetos ou pessoalmente.

Perguntar sobre...

- As informações: são acessíveis; são úteis; são atualizadas; são de fácil entendimento; são de acesso dificultado devido a sistema automatizado; formato de impressão e tamanho.

Tópico 7 – Participação civil e empregos.

Gostaria de saber sobre suas experiências e trabalhos voluntários ou pagos, e sobre sua participação em assuntos públicos.

Gostaria de ouvir sobre...

Fale sobre sua participação em trabalhos voluntários.

Fale sobre sua participação em trabalhos remunerados, se está empregado no momento ou se está à procura de emprego remunerado.

Fale sobre sua participação em assuntos da comunidade pública, como associações ou conselhos municipais.

Perguntar sobre...

- Disponibilidade de informação sobre oportunidades; acessibilidade das oportunidades; variedade de oportunidades; motivação; reconhecimento; remuneração; adaptação para pessoas mais velhas; meios usados para motivar pessoas mais velhas.

Tópico 8 – Apoio da comunidade e serviços de Saúde.

Gostaria de saber mais sobre os serviços sociais de saúde em sua comunidade que ajudam pessoas mais velhas viver em sua casa.

Gostaria de ouvir sobre experiências positivas e negativas, e suas ideias para melhorias.

Qual sua experiência com serviços na comunidade para ajudar pessoas mais velhas?

Perguntar sobre...

- Tipos de serviços disponíveis; acessibilidade; preço; respostas dos serviços às necessidades individuais.

Questão de Sinalização do final da entrevista

Antes de terminarmos, há algum outro assunto ou questão que não discutimos que gostariam de comentar?

Apêndice 2

Roteiro de entrevista dos grupos focais (prestadores de serviços)

Questão de Aquecimento

A partir de sua observação e experiência profissional, o que é amigável para as pessoas idosas em viver no bairro da Vila Tibério? Por favor, aponte as características boas e problemas?

Tópico 1 – Espaços Abertos e Estabelecimentos

A partir de sua observação e experiência profissional, o que é amigável para as pessoas idosas em relação aos espaços abertos e estabelecimentos.

Gostaria de ouvir sobre experiências positivas e negativas, e suas ideias para melhorias.

Perguntar sobre...

- Desenho e manutenção de calçadas e guias; cruzamentos e faixas de pedestres nas ruas; volume de tráfego e/ou barulho; horários específicos do dia ou da noite; clima; áreas verdes e áreas de passeios; iluminação da rua; proteção de sol, chuva ou vento; bancos e áreas de descanso; sensação de segurança física. Em estabelecimentos públicos ou lojas: escadas, portas, elevadores, corredores, piso, iluminação, banheiros, áreas de descanso/espera.

Tópico 2 – Transporte

A partir de sua observação e experiência profissional, o que é amigável para as pessoas idosas em relação ao transporte utilizado.

Gostaria de ouvir sobre suas experiências positivas e negativas, e suas ideias para melhorias.

Perguntar sobre...

- Em relação aos ônibus - fácil acesso; fácil embarque; frequentes o suficiente para quando quiser usá-los; Pontualidade; com rotas longas o suficiente; pontos com bancos, iluminação e cobertos; seguros de crimes; são adaptados para deficientes, gestantes, etc.
- Para motoristas que conduzem seus próprios carros - sinalização legível; nomes de ruas legíveis; iluminação nos cruzamentos; sinais de tráfegos de fácil entendimento; locais para estacionar de fácil acesso; locais de estacionamento reservado para deficientes; locais de carga e descarga; renovação de carteiras de motoristas.

Tópico 3 – Moradia

A partir de sua observação e experiência profissional, o que é amigável para as pessoas idosas em relação à casa ou apartamento onde moram.

Gostaria de ouvir sobre experiências positivas e negativas, e suas ideias para melhorias.

Perguntar sobre...

- Acessibilidade de serviços; custos; conforto; segurança; proximidade de serviços.
- Mobilidade e independência no lar: fácil locomoção; facilidade para alcançar e guardar as coisas; fazer tarefas domésticas.

Tópico 4 – Respeito e Inclusão Social

A partir de sua observação e experiência profissional, o que é amigável para as pessoas idosas em relação ao modo como a comunidade mostra respeito e inclui pessoas mais velhas.

Gostaria de ouvir sobre experiências positivas e negativas, e suas ideias para melhorias.

Perguntar sobre...

- Educação; atenção; ajuda.
- Respeito às necessidades vindas de serviços e programas: consulta; opções oferecidas; reconhecimento público de contribuições de pessoas mais velhas; atividades entre pessoas de todas as idades.

Tópico 5 – Participação Social

A partir de sua observação e experiência profissional, o que é amigável para as pessoas idosas em relação às atividades sociais e de lazer.

Gostaria de ouvir sobre experiências positivas e negativas, e suas ideias para melhorias.

Perguntar sobre...

- As atividades sociais e de lazer são caras; acessíveis; frequentes; em locais convenientes; oferecem opções; são interessantes.

Tópico 6 – Comunicação e Informação

A partir de sua observação e experiência profissional, o que é amigável para as pessoas idosas em relação à comunicação e informação

Neste tópico exploramos a interação com a informação. Outra vez, gostaria de ouvir sobre experiências positivas e negativas, e suas ideias para melhorias.

Perguntar sobre...

- As informações: são acessíveis; são úteis; são atualizadas; são de fácil entendimento; são de acesso dificultado devido a sistema automatizado; formato de impressão e tamanho.

Tópico 7 – Participação civil e empregos.

A partir de sua observação e experiência profissional, o que é amigável para as pessoas idosas em relação à participação civil e empregos

Gostaria de ouvir sobre experiências positivas e negativas, e suas ideias para melhorias.

Perguntar sobre...

- Disponibilidade de informação sobre oportunidades; acessibilidade das oportunidades; variedade de oportunidades; motivação; reconhecimento; remuneração; adaptação para pessoas mais velhas; meios usados para motivar pessoas mais velhas.

Tópico 8 – Apoio da comunidade e serviços de Saúde.

A partir de sua observação e experiência profissional, o que é amigável para as pessoas idosas em relação ao apoio da comunidade e serviços de saúde

Gostaria de ouvir sobre experiências positivas e negativas, e suas ideias para melhorias.

Perguntar sobre...

- Tipos de serviços disponíveis; acessibilidade; preço; respostas dos serviços às necessidades individuais.

Questão de Sinalização do final da entrevista

Antes de terminarmos, há algum outro assunto ou questão que não discutimos que gostariam de comentar?

Apêndice 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Idoso)

Gostaríamos de convidar o(a) Sr(a) a participar da pesquisa **“Participação social, aspectos da vida urbana e bairro amigo do idoso no município de Ribeirão Preto/SP”**.

O objetivo do presente estudo é entender melhor como o bairro da Vila Tibério pode ajudar os idosos a ter uma vida ativa e saudável.

A sua participação se dará da seguinte forma: a pesquisa será realizada por meio de entrevista em grupo com no máximo 15 idosos. Serão formados quatro (4) grupos de idosos separados por idade, dois grupos formados por idosos de 60 a 74 anos e dois grupos com 75 anos ou mais. Cada grupo terá homens e mulheres e o local da entrevista será em espaço reservado dentro do Centro de Saúde Escola da Vila Tibério e será gravada para depois ser transcrita e analisada pelo pesquisador. O tempo estimado de cada entrevista em grupo será de 1 hora e 30 minutos a 2 horas, com intervalo de 15 a 20 minutos para um pequeno descanso ou caso a reunião se torne muito longa, a distribuição será em 2 reuniões ou 2 dias separados. Durante a entrevista, o(a) Sr(a) será convidado a compartilhar suas experiências positivas e negativas e sugerir ideias para melhorar o bairro onde mora. O(A) Sr(a) também passará por uma avaliação de dependência funcional onde serão avaliadas sete atividades: uso do telefone, locomover-se usando um meio de transporte, fazer compras, realizar trabalhos domésticos, preparo de refeições, uso de medicamentos e manejo de finanças

Seu nome não será revelado em momento algum, exceto agora, nesse termo. Todos os dados coletados servirão apenas para esta pesquisa e não serão guardados para estudos futuros e todo o material obtido para o desenvolvimento desta pesquisa será arquivado sob minha guarda e responsabilidade por um período de cinco (5) anos após o término da pesquisa e posteriormente apagadas, como exige a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo, de modo a preservar a sua identidade.

Como benefícios esperados o(a) Senhor(a) terá a oportunidade de expor suas experiências pessoais na condição de morador da Vila Tibério e as informações prestadas poderão oferecer a possibilidade de gerar novos conhecimentos para entender e propor melhorias das condições de vida dos idosos no bairro.

Os principais riscos envolvidos na participação desse estudo estão relacionados às perguntas do roteiro de entrevista que podem ocasionar constrangimento, vergonha, exposição, ansiedade e receio de falar; situações que podem ser minimizadas garantindo-se o sigilo das informações e acesso ao roteiro de entrevista previamente à realização do grupo focal para que o(a) Sr(a) conheça as perguntas que serão discutidas.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária e que o(a) Sr(a) não pagará nem será remunerado. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa como, por exemplo, os gastos com transporte público ao local de realização da entrevista em grupo.

Caso ocorra algum dano que julgue decorrente de sua participação nessa pesquisa o(a) Sr(a) terá direito a indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, conforme Resolução CNS 466/2012, Item IV.3 – h e terá o direito de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma. Esclarecemos que a sua participação não causará nenhum prejuízo relativo ao seu acesso aos serviços de atendimento em saúde prestados pelo Centro de Saúde Escola da Vila Tibério.

Após o término da pesquisa os resultados serão apresentados aos profissionais de saúde do Centro de Saúde Escola da Vila Tibério e aos idosos participantes da pesquisa. Os resultados serão publicados em congressos e revistas científicas e as informações coletadas permanecerão anônimas.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos procurar pessoalmente, ou o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, na Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto – São Paulo – CEP: 14040-902, ou no telefone (16) 3602.3386. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2014.

Prof.^a Dr.^a Silvana Martins Mishima
Orientadora/ Telefone: (16) 36023951
Professora Titular da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto - USP
Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto – São
Paulo – CEP: 14040-902
Email: smishima@eerp.usp.br

Joab Jefferson da Silva Xavier
Pesquisador/ Telefone: (16) 99775-4037
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto – São
Paulo – CEP: 14040-902
Email: joab.usp@gmail.com

Eu, _____, concordo em participar **voluntariamente** do estudo *Participação social, aspectos da vida urbana e bairro amigo do idoso no município de Ribeirão Preto/SP*, sob a coordenação do pesquisador Joab Jefferson da Silva Xavier. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. Também fui esclarecido(a) que terei que rubricar, junto ao pesquisador, todas as páginas deste TCLE e assinar no final. Informo que recebi uma cópia deste documento.

Assinatura _____ do
participante: _____

Assinatura _____ do Pesquisador

Responsável: _____

Data ____/____/2014

Apêndice 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Prestadores de serviços)

Gostaríamos de convidar o(a) Sr(a) a participar da pesquisa **“Participação social, aspectos da vida urbana e bairro amigo do idoso no município de Ribeirão Preto/SP”**.

O objetivo do presente estudo é entender melhor como o bairro da Vila Tibério pode ajudar os idosos a ter uma vida ativa e saudável.

A sua participação se dará da seguinte forma: a pesquisa será realizada por meio de entrevista em grupo com no máximo 10 prestadores de serviços, que poderá ser composto de homens e mulheres. O local da entrevista será em espaço reservado dentro do Centro de Saúde Escola da Vila Tibério e será gravada para depois ser transcrita e analisada pelo pesquisador. O tempo estimado da entrevista em grupo será de 1 hora e 30 minutos a 2 horas, com intervalo de 15 a 20 minutos para um pequeno descanso ou caso a reunião se torne muito longa, a distribuição será em 2 encontros ou 2 dias separados. Durante a entrevista, o(a) Sr(a) será convidado a compartilhar suas experiências positivas e negativas e apontar a partir de sua observação e experiência profissional, o que é amigável para as pessoas idosas que moram no bairro da Vila Tibério

Seu nome não será revelado em momento algum, exceto agora, nesse termo. Todos os dados coletados servirão apenas para esta pesquisa e não serão guardados para estudos futuros e todo o material obtido para o desenvolvimento desta pesquisa será arquivado sob minha guarda e responsabilidade por um período de cinco (5) anos após o término da pesquisa e posteriormente apagadas, como exige a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo, de modo a preservar a sua identidade.

Como benefícios esperados o(a) Senhor(a) terá a oportunidade de expor suas experiências pessoais na condição de prestador de serviço e as informações prestadas poderão oferecer a possibilidade de gerar novos conhecimentos para entender e propor melhorias das condições de vida dos idosos no bairro da Vila Tibério.

Os principais riscos envolvidos na participação desse estudo estão relacionados às perguntas do roteiro de entrevista que podem ocasionar constrangimento, vergonha, exposição, ansiedade e receio de falar; situações que podem ser minimizadas garantindo-se o sigilo das informações e acesso ao roteiro de entrevista previamente à realização do grupo focal para que o(a) Sr(a) conheça as perguntas que serão discutidas.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária e que o(a) Sr(a) não pagará nem será remunerado. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa como, por exemplo, os gastos com transporte público ao local de realização da entrevista em grupo.

Caso ocorra algum dano que julgue decorrente de sua participação nessa pesquisa o(a) Sr(a) terá direito a indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, conforme Resolução CNS 466/2012, Item IV.3 – h e terá o direito de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma. Esclarecemos que a sua participação não causará nenhum prejuízo relativo ao seu acesso aos serviços de atendimento em saúde prestados pelo Centro de Saúde Escola da Vila Tibério.

Após o término da pesquisa os resultados serão apresentados aos profissionais de saúde do Centro de Saúde Escola da Vila Tibério, aos idosos, cuidadores de idosos e prestadores de serviços participantes da pesquisa. Os resultados serão publicados em congressos e revistas científicas e as informações coletadas permanecerão anônimas.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos procurar pessoalmente, ou o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, na Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto – São Paulo – CEP: 14040-902, ou no telefone (16) 3602.3386. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2014.

Prof.^a Dr.^a Silvana Martins Mishima
Orientadora/ Telefone: (16) 36023951
Professora Titular da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto - USP
Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto – São
Paulo – CEP: 14040-902
Email: smishima@eerp.usp.br

Joab Jefferson da Silva Xavier
Pesquisador/ Telefone: (16) 99775-4037
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto – São
Paulo – CEP: 14040-902
Email: joab.usp@gmail.com

Eu, _____, concordo em participar **voluntariamente** do estudo *Participação social, aspectos da vida urbana e bairro amigo do idoso no município de Ribeirão Preto/SP*, sob a coordenação do pesquisador Joab Jefferson da Silva Xavier. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. Também fui esclarecido(a) que terei que rubricar, junto ao pesquisador, todas as páginas deste TCLE e assinar no final. Informo que recebi uma cópia deste documento.

Assinatura _____ do
participante: _____
Assinatura _____ do Pesquisador
Responsável: _____

Data ____/____/2014

ANEXOS

Anexo 1

Escala de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – Índice de Lawton e Brody (Santos e Virtuoso Jr, 2008)

Esta entrevista tem como propósito identificar o nível de condição funcional da Sr./Sr^a por intermédio das possíveis dificuldades do seu dia-a-dia. Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sr./Sra. faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.

a) Em relação ao Telefone:

- ()³ Recebe e faz ligações sem assistência
- ()² Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
- ()¹ Não tem hábito ou é incapaz de usar telefone

b) Em relação as viagens:

- ()³ Realiza viagens sozinha
- ()² Somente viaja quando tem companhia
- ()¹ Não tem o hábito ou é incapaz de viajar

c) Em relação a realização de compras:

- ()³ Realiza compras, quando é fornecido o transporte
- ()² Somente faz compras quando tem companhia
- ()¹ Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

d) Em relação ao preparo de refeições:

- ()³ Planeja e cozinha as refeições completas
- ()² Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda
- ()¹ Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições

e) Em relação ao trabalho doméstico:

- ()³ Realiza tarefas pesadas
- ()² Realiza tarefa leves, necessitando de ajuda nas pesadas
- ()¹ Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

f) Em relação ao uso de medicamentos:

- ()³ Faz uso de medicamentos sem assistência
- ()² Necessita de lembretes ou assistência
- ()¹ É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

g) Em relação ao manuseio do dinheiro:

- ()³ Preenche cheque e paga contas sem auxílio
- ()² Necessita de assistência para o uso de cheques e contas
- ()¹ Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

Classificação:

Dependência total = resultado ≤ 5

Dependência parcial = resultado > 5 e < 21

Independência = resultado = 21

Anexo 2

Concordância para coleta de dados SMS Ribeirão Preto

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 915/14
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 17 de Março de 2014.

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Silvana Martins Mishima
Prezado pesquisador
Joab Jefferson da Silva Xavier

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**, a Coordenadora do Centro de Saúde Escola Profª. Drª. Maria Herbenia de Oliveira Duarte – **Adriana Mafra Brienza**; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **“PARTICIPAÇÃO SOCIAL, ASPECTOS DA VIDA URBANA E BAIRRO AMIGO DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO”**, nas dependências desta Secretaria da Saúde.

Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2014 006001 0.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidade de Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde.

Informo que a pesquisa está autorizada, porém a coleta dos dados e Ofício de Coparticipação acontecerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,

Fernanda Cristina Padial

CRB - 8/8168

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Anexo 3

Parecer de aprovação CEP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 214/2014

Ribeirão Preto, 18 de novembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 18 de novembro de 2014.

Protocolo CAAE: 33609214.0.0000.5393

Projeto: Participação social, aspectos da vida urbana e bairro amigo do idoso no município de Ribeirão Preto/SP.

Pesquisadores: Silvana Martins Mishima
Joab Jefferson da Silva Xavier

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Silvana Martins Mishima

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP