



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA



MÁRCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE

MULHERES IDOSAS E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
EM SAÚDE: vivências, convivências e impressões

RECIFE

2018

MÁRCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE

**MULHERES IDOSAS E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
EM SAÚDE: vivências, convivências e impressões**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Área de concentração: Gerontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Co-orientador: Prof^º. Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo

RECIFE

2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A345m Albuquerque, Márcia Maria Souza de.
Mulheres idosas e as práticas integrativas e complementares em
saúde: vivências, convivências e impressões / Márcia Maria Souza de
Albuquerque. – 2019.
73 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2019.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Envelhecimento. 2. Saúde dos idosos. 3. Terapias
complementares. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora).
II. Título.

612.67

CDD (20.ed.)

UFPE (CCS2019-262)

MÁRCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE

**MULHERES IDOSAS E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
EM SAÚDE: vivências, convivências e impressões**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em: 29/05/2018

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Adriana Falangola Benjamin Bezerra
(Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Professora Doutora Isolda Belo da Fonte
(Membro Titular Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Professora Doutora Islândia Maria Carvalho de Sousa
(Membro Titular Externo)
Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE

Dedico esta dissertação à minha mãe por seu amor incondicional e seu apoio em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pelo dom da vida, por sempre ser luz em meu caminho, por me mostrar que alguns desertos que passamos nessa jornada de vida vem para nos fazer enxergar o significado das nossas existências.

À minha mãe, esta mulher guerreira que criou seus filhos com muito amor e dedicação, que é a minha base, que no momento mais difícil da minha vida era em seus braços que minhas dores e angustias se aliviavam. Não há palavras suficientes para agradecer por me receber nessa vida como sua filha.

Ao meu irmão, minha cunhada e meus sobrinhos, meu Heitoreco e minha Lilica, pelo amor e energias positivas.

Ao meu namorado Carlos Augusto pelo amor, companheirismo e apoio, que mesmo a 2719 km ou, às vezes, até mais, sempre esteve presente com seu carinho e incentivo.

À minha voinha e minha tia Lúcia por serem tão especiais e presentes em minha vida, sem elas minha vida não seria completa.

Ao meu voinho e minha tia Luiza por todo amor e ajuda na minha formação como pessoa e profissional,

A toda minha família por todo carinho e apoio.

A todos os meus amigos, em especial a Eliane que me ajudou e incentivou desde a seleção, a Rafaela e Kátia pelo amor e apoio de sempre.

À minha orientadora Adriana Falangola por todo apoio, dedicação, orientação e generosidade, por me apresentar o universo das PICs, por compreender alguns momentos pessoais que passei durante esse período do mestrado.

Ao meu co-orientador Antônio Carlos pela ajuda e orientação dada.

À professora Marisilda Ribeiro por todos os ensinamentos e apoio desde a época da graduação.

Às idosas que atenderam ao meu convite de participar da pesquisa e compartilhar suas experiências.

A todos que compõem o Serviço Integrado de Saúde pelo acolhimento e ajuda.

Aos professores do Mestrado em Gerontologia por todo ensinamento e troca de saberes.

A todos os funcionários do PPGERO pelo auxílio durante essa jornada, em especial a Manoel.

Aos colegas da PPGERO, em especial Alana, Suelane, Janaína e Helka, pelos trabalhos em equipe apresentados, artigos e trocas de experiências; e a Carol por dividir essa nova experiência das PICS junto comigo.

E a todos que sempre me incentivaram e estiveram comigo nessa caminhada.

“A impressão que eu tenho é a de não ter envelhecido, embora eu esteja instalada na velhice. O tempo é irrealizável. Provisoriamente, o tempo parou pra mim. Provisoriamente. Mas eu não ignoro as ameaças que o futuro encerra, como também não ignoro que é o meu passado que define a minha abertura para o futuro. O meu passado é a referência que me projeta e que eu devo ultrapassar. Portanto, ao meu passado eu devo o meu saber e a minha ignorância, as minhas necessidades, as minhas relações, a minha cultura e o meu corpo. Que espaço o meu passado deixa pra minha liberdade hoje? Não sou escrava dele. O que eu sempre quis foi comunicar da maneira mais direta o sabor da minha vida, unicamente o sabor da minha vida. Acho que eu consegui fazê-lo. Vivi num mundo de homens guardando em mim o melhor da minha feminilidade. Não desejei nem desejo nada mais do que viver sem tempos mortos” (BEAUVOIR, 19??).

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em escala global, em especial, nos países em desenvolvimento como o Brasil, o qual está deixando de ser considerado um país jovem. Apesar do crescente número de publicações no campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS nos últimos anos são escassos os estudos sobre estas e a população idosa, o que demonstra a relevância de investigações nesse âmbito. Diante do exposto, essa pesquisa tem como objetivo compreender a concepção da população idosa sobre o papel desempenhados pelas PICS em sua saúde, caracterizando seus aspectos socioeconômicos e demográficos, identificando as modalidades praticadas, analisando a compreensão destas práticas por parte das idosas e identificando a importância a elas atribuída no que diz respeito a sua saúde. O caminho metodológico utilizou-se de uma abordagem qualitativa. Foram abordados usuários por conveniência, com idade maior ou igual a 60 anos, que frequentam o Serviço Integrado de Saúde - SIS, sendo utilizado para a finalização da abordagem o modelo de saturação teórica. Foi aplicada a técnica da entrevista semi-estruturada, sendo utilizado o referencial de análise de conteúdo, do tipo temática, para organizar os discursos coletados. Antes da realização das entrevistas, ocorreu o preenchimento do formulário contendo informações de identificação pessoal, de perfil socioeconômico e demográfico do usuário, e das modalidades das práticas integrativas e complementares realizadas. Os resultados e discussão da pesquisa são apresentados em 3 subitens, correspondendo o primeiro à análise descritiva dos dados socioeconômicos e demográficos. Estes revelaram que a totalidade dos entrevistados foi do sexo feminino, com predominância da faixa etária de 60 a 69 anos; regime de moradia em casa própria com filhos ou parentes; declarando-se católicas ou evangélicas e concluintes do ensino médio. Em sua maioria são viúvas, com prole de 1 a 2 filhos, sendo aposentadas e com renda mensal de 2 a 5 salários mínimos. No segundo subitem o número de modalidades de práticas utilizadas variou de 1 a 5, sendo de 2 vezes a maior frequência semanal de procura. E no terceiro subitem da análise de conteúdo das falas emergiram 5 blocos temáticos: Processo inicial de chegada ao Serviço Integrado de Saúde; As PICS e o SIS e suas medidas de efetividade; Atuação das PICS e do SIS como elemento de formação de rede social; Patriarcalismos e viuvez e o apoio na vivência das PICS; e A instituição SIS e suas dificuldades e limites. Sendo estes blocos constituídos por categorias, as quais traduzem um conteúdo que atesta os benefícios das

Práticas Integrativas e Complementares em saúde nas diferentes esferas da vida, as vivências nas PICS, as convivências partilhadas e estabelecidas e as impressões deixadas no ser.

Palavras-chave: Envelhecimento. Saúde dos idosos. Terapias complementares.

ABSTRACT

Population aging is a phenomenon that occurs on a global scale, especially in developing countries such as Brazil, which is no longer considered a young country. Despite the growing number of publications in the field of Integrative and Complementary Practices in Health - ICPH in recent years, there are few studies on these and the elderly population, which demonstrates the relevance of investigations in this field. In view of the above, this research aims to understand the conception of the elderly population about the role played by ICPH in their health, characterizing their socioeconomic and demographic aspects, identifying the modalities practiced, analyzing the understanding of these practices by the elderly and identifying the importance them with regard to their health. The methodological approach used a qualitative approach. Users for convenience, aged 60 years or older, who attend the Integrated Health Service (IHS) were approached, and the theoretical saturation model was used to finalize the approach. The semi-structured interview technique was applied, using the content analysis framework, thematic type, to organize the collected discourses. Before completing the interviews, the form was filled out with information of personal identification, socioeconomic and demographic profile of the user, and modalities of the integrative and complementary practices carried out. The results and discussion of the research are presented in 3 sub-items, the first corresponding to the descriptive analysis of socioeconomic and demographic data. These revealed that the totality of the interviewees was female, with a predominance of the age group of 60 to 69 years; house-to-house arrangements with children or relatives; declaring themselves Catholic or evangelical and high school graduates. Most are widows, with offspring of 1 to 2 children, being retired and with monthly income of 2 to 5 minimum wages. In the second subitem, the number of practices used ranged from 1 to 5, with 2 times the highest weekly frequency of demand. And in the third subitem of the content analysis of the speech emerged 5 thematic blocks: Initial process of arrival to the Integrated Health Service; ICPH and IHS and their effectiveness measures; Performance of ICPH and IHS as an element of social network formation; Patriarchalism and widowhood and support in the experience of ICPH; and The IHS institution and its difficulties and limits. These blocks consist of categories, which translate into a content that attests to the benefits of integrative and complementary practices in the different spheres of life, experiences in ICPH, shared and established coexistence and impressions left in the being.

Keywords: Aging. Health of the elderly. Complementary therapies.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 –	Modalidades de PICS realizadas pelas mulheres idosas entrevistadas no Serviço Integrado de Saúde, Recife/PE, Brasil, 2018.	37
-------------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização dos dados socioeconômicos e demográficos das mulheres idosas entrevistadas no Serviço Integrado de Saúde, Recife -PE, Brasil, 2018.	33
Tabela 2 –	Taxa de fecundidade total, segundo as Grandes Regiões - 1940/2010.	36

LISTA DE SIGLAS

BPC -	Benefício de Prestação Continuada
CCS -	Centro de Ciências da Saúde
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT -	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INTERCONGREPICS -	Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares e Saúde Pública
MTCI -	Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PICS -	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMPIC -	Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares
PNAISH -	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNI -	Política Nacional do Idoso
PNPIC -	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSPI -	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RM -	Racionalidade Médica
SEGTES -	Secretária Executiva de Gestão no Trabalho e Educação
SIS -	Serviço Integrado de Saúde

SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFT -	Taxa de Fecundidade Total
UCIS -	Unidade de Cuidado Integral à Saúde
UFPE -	Universidade Federal de Pernambuco
USF -	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	Envelhecimento populacional.....	19
2.2	Saúde dos idosos	20
2.3	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	23
3	OBJETIVOS	28
3.1	Objetivo geral.....	28
3.2	Objetivos específicos.....	28
4	CAMINHO METODOLÓGICO	29
4.1	Tipo de estudo	29
4.2	Local da pesquisa.....	29
4.3	Aspectos éticos	29
4.4	Sujeitos da pesquisa.....	29
4.4.1	Abordagem dos sujeitos e aquisição do consentimento livre e esclarecido	29
4.4.2	Critérios de inclusão	30
4.4.3	Critérios de exclusão	30
4.5	Procedimentos de coleta e análise dos dados	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1	Perfil socioeconômico e demográfico das idosas entrevistadas	33
5.2	Modalidades de PICS realizadas.....	37
5.3	Análise de conteúdo das falas das idosas.....	38
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE	
	ESCLARECIDO –TCLE.....	61
	APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL, DE	
	PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO E DAS	
	MODALIDADES DAS PICS REALIZADAS	63
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA	65
	ANEXO A -CARTAS DE ANUÊNCIA DO PROJETO.....	66
	ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E	
	PESQUISA.....	68

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional foi um fenômeno inicialmente observado em países desenvolvidos, mas a partir das últimas décadas do século passado, é nos países emergentes que a população idosa tem aumentado de forma mais rápida. Os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica no Brasil são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,71% da população total (MORAES, 2012).

Os avanços da medicina e a melhoria nas condições gerais de vida da população, entre elas as ambientais e sociais, repercutem no sentido de aumentar a média de vida do brasileiro.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base nos indicadores sociais e demográficos, divulgados a cada ano, vem alertando que a estrutura etária do país está mudando e que o grupo de pessoas idosas é, hoje, um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de grande importância no conjunto da sociedade brasileira. Sinalizando, assim, a indispensabilidade de uma visão ampliada em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa deste grupo etário na vida social (IBGE, 2010).

O avanço da idade traz à população idosa, peculiaridades decorrentes do próprio processo de envelhecimento, como alterações orgânicas, fisiológicas, metabólicas, psicológicas e sociais, ocasionando variações individuais neste processo, influenciadas pelo estilo de vida, por condições socioeconômicas e/ou por fatores genéticos. Assim, durante o envelhecimento, ocorre uma diminuição da capacidade funcional do indivíduo além de um aumento da suscetibilidade, podendo acarretar uma série de doenças crônicas. Neste sentido, o Ministério da Saúde aponta que cerca de 25% da população idosa brasileira não apresenta perspectivas positivas de envelhecimento, em função da perda da qualidade de vida; pouca participação nas atividades cotidianas, incluindo o lazer; e maior vulnerabilidade às doenças. Além desses aspectos, existem também os de natureza externa ao contexto da saúde, envolvendo diferenças associadas aos condicionamentos socioeconômicos, ambientais e políticos aos quais está sujeito a pessoa idosa (SILVA, 2010).

O conceito de saúde para o idoso é uma associação de múltiplos fatores de forma a determinar se o indivíduo está ou não saudável. No Brasil, o Ministério da Saúde criou a

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006), que tem por objetivo, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo, tendo em vista o paradigma da capacidade funcional, priorizando a autonomia e independência (VERAS, 2009). Sendo o indivíduo considerado idoso ao atingir 60 anos, segundo a Lei 10.741/03 (BRASIL, 2003).

Na perspectiva da importância de se trabalhar as questões que envolvem a saúde deste coletivo se justifica, por um lado, garantir boas condições de vida aos indivíduos que vivem a velhice e desenvolver Políticas Públicas voltadas para a sua saúde; e, ao mesmo tempo, possibilitar a elaboração de estratégias que visem melhorias nas condições de vida, de modo a promover a saúde integral àqueles que estão iniciando o processo de envelhecimento e aos que ainda irão passar por este processo (WITTER, 2006).

Considerando, portanto, a importância de proporcionar uma saúde integral para a população idosa, pode-se considerar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como um modelo de ação. Compreende sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos da Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa (MTCI), não considerados parte da medicina convencional, englobando abordagens orientais, tendo como objetivo a promoção e prevenção da saúde, por meio de uma visão expandida do processo saúde-doença e a ascensão completa do cuidado humano (BRASIL, 2006).

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) referem-se a um conjunto de saberes e práticas em saúde geralmente baseadas em experiências, teorias e crenças próprias da cultura secular de cada país ou região, e que diferem da biomedicina ou da medicina alopática ocidental. A biomedicina tem pouca ênfase para as questões sociais, psicológicas e para as dimensões comportamentais das doenças. Assim, mesmo com todo o avanço e sofisticação, apresenta limites para oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias a muitos problemas, principalmente no que tange aos componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em diversos graus, qualquer doença (BARROS, 2002; KOIFMAN, 2001).

Embora a visão especializada ou segmentada acerca do processo saúde-doença tenha proporcionado significativos avanços nos estudos sobre a saúde humana, não consegue solucionar as enfermidades em todas as suas dimensões, o que gera insatisfação por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes e leva ao crescimento, nas sociedades ocidentais, da busca e do uso de novos modelos em cura e saúde como as PICS (CARVALHO, 2008; LUZ, 2005).

Para Moimaz et al (2009) o envelhecimento da população mundial representa um trunfo para a humanidade, porém traz um desafio social de estruturação para o atendimento

das necessidades desse grupo, objetivando uma melhor abordagem em saúde, por meio de uma atuação que transcenda o modelo de biomedicina ocidental. A inserção e ampliação das PICS a este grupo populacional vêm ao encontro desse propósito na tentativa de minimizar as frustrações da população com os profissionais e intervenções da biomedicina centrada na doença, e a busca de um atendimento mais humanizado, destacando-se, entre outros pontos, a parceria no cuidado, uma boa relação curador-doente; a mobilização do poder de cura do indivíduo – auto-cura; a significação de uma visão mais holística para os adoecimentos.

No Brasil, em 2006, foi estabelecida no Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio da Portaria nº 971. Uma das suas prioridades da medida normativa foi a inserção e o fortalecimento destas práticas no nível primário de atenção, com a explicitação dos seus instrumentos, técnicas e práticas terapêuticas a serem implantados (BRASIL, 2006).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2008 existiam no país mais de 800 municípios realizando algum tipo de PICs. Ainda que se conheça pouco acerca da PNPIC e a oferta destas práticas nos serviços de saúde, algumas experiências já ocorriam no país. Exemplo disto verificavam-se nos municípios de Campinas, Florianópolis e Recife, entre outros (BRASIL, 2009; THIAGO, 2011; SANTOS, 2011), sendo que neste último sua utilização foi oficializada mediante política municipal em 2012 (RECIFE, 2012).

Ao inserir as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária em Saúde, entende-se que a PNPIC contribui para a implementação do SUS, na medida em que favorece princípios fundamentais como universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011), e, portanto, favorece um espaço para discussão e construção do significado de saúde e de vida.

Apesar da divulgação mais ampliada que tem se dado às finalidades das PICS para a saúde, estas ainda são pouco difundidas junto à população idosa, segundo autores como Fontanella (2007) e Gonçalves (2008). Para Santos (2012), sua institucionalização na rede pública de saúde do Brasil ainda se acha em lento processo de expansão.

Uma outra constatação é que apesar do crescente número de publicações, nos últimos anos, são escassos os estudos sobre as PICS e a população idosa, o que demonstra a relevância de pesquisas neste âmbito. Diante do exposto, a pesquisa busca compreender a concepção das mulheres idosas do Serviço Integrado de Saúde (SIS) sobre o papel desempenhado pelas práticas integrativas e complementares em sua saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em escala global, em especial, nos países periféricos como o Brasil, o qual está deixando de ser considerado um país eminentemente jovem. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, obtidos por meio do censo demográfico de 2010, foi observado o alargamento do topo da pirâmide pelo crescimento da participação relativa da população idosa, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010).

De acordo com estudos da mesma fonte, publicado em 2015, abordando a mudança demográfica no Brasil no início do século XXI, a mortalidade na faixa de 60 a 90 anos de idade manterá o declínio em todos os estados no período entre 2000 e 2030. Em 2000, a expectativa de vida aos 60 anos de idade era de 18,9 anos devendo crescer 6,7 anos no período considerado, representando em 2030 um acréscimo de 25,6 anos, chegando-se a uma idade média de 85,6 anos. Entre os homens, a sobrevida média aos 60 anos passará de 16,9 anos para 23,2 anos, e, entre as mulheres, de 20,7 anos para 27,9 anos (IBGE, 2015).

O aumento da expectativa de vida está diretamente relacionado aos avanços da medicina, melhora na área educacional, maiores investimentos ligado ao campo social e do desenvolvimento econômico e tecnológico contribuindo para a melhora da qualidade de vida da população, que associados a redução da taxas de fecundidade e mortalidade, passam a produzir um aumento significativo no quantitativo de idosos (SILVA, 2007). Repercussões para a saúde da população são trazidas pelo envelhecimento populacional, na medida em que ocorre a chamada transição epidemiológica. Esta transição é caracterizada pela mudança na incidência e prevalência das doenças, bem como nas principais causas de morte, em decorrência da redução da capacidade funcional, cognitiva e nutricional dos idosos (SAMPAIO, 2007).

O envelhecimento pode ser entendido como um processo individual, e também cultural e social influenciado pela interdependência de vidas, que envolve ganhos e perdas, não podendo ser avaliado apenas pela idade, mas sim a partir de uma visão fisiológica, psicológica e social (GUIMARÃES, 2006). A senescência, apesar de ser um processo natural, leva a mudanças fisiológicas e metabólicas no organismo que refletem na saúde, onde doenças próprias do envelhecimento passam a ganhar maior expressão (CAMPOS, 2000).

Entretanto, estudos têm mostrado que doenças crônicas, bem como suas incapacidades, não são consequências inevitáveis do envelhecimento (PARAHYBA, 2005; VERAS, 2007). Investigações gerontológicas possibilitaram modificar a noção de que o envelhecimento está diretamente associado com a deterioração do organismo, e que passasse a ser visto como um estágio vital, tão importante como qualquer outro, com suas virtudes e desafios (GROISMAN, 2002; UCHÔA, 2002; DEBERT, 1999; ERIKSON, 1998).

Por meio do conhecimento científico e empírico acumulado até o momento, é possível afirmar que envelhecer não é sinônimo de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento. Mesmo assim, crenças e atitudes negativas sobre a velhice ainda se mostram hegemônicas em alguns contextos culturais, sobretudo entre as sociedades ocidentais e, possivelmente, entre algumas sociedades orientais contemporâneas. Na literatura gerontológica, envelhecer é considerado um evento progressivo e multifatorial sendo a velhice entendida como experiência potencialmente bem-sucedida, porém heterogênea e vivenciada com menos ou mais qualidade de vida (LIMA, 2008).

2.2 Saúde dos idosos

A saúde é um direito garantido por lei de todo e qualquer cidadão, instituído na Constituição Federal de 1988, que reconhece em seu art. 6º a saúde como um direito social fundamental, que exige do Estado prestações positivas no sentido de efetivá-la, por meios de Políticas Públicas sociais e econômicas (BRASIL, 2015).

As questões que envolvem a saúde como direito da pessoa idosa é abordada pela Política Nacional do Idoso (PNI) que estabelece condições para promover a autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, o que envolve saúde de qualidade, como é destacado no artigo 10, inciso II, que garante ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento (BRASIL, 1994).

Quanto a um conjunto de leis que tem por objetivo defender e proteger os idosos tem-se a criação do Estatuto do Idoso, através da Lei Federal nº10.741, no 1º de outubro de 2003, data que é comemorado o dia internacional do idoso, representando um importante avanço na proteção jurídica aos homens e mulheres com 60 anos ou mais. Este possui 118 artigos que abrangem direitos fundamentais das pessoas idosas, tais como: saúde física e mental, social e moral, com liberdade e dignidade. Sendo mais abrangente que a PNI, a qual prover garantias

aos idosos, o estatuto institui rigorosas penas para quem desrespeitar o direito desse grupo populacional (BRASIL, 2003).

Outra grande conquista para os idosos foi a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), pois fundamenta, no que diz respeito à saúde, ações na perspectiva da atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, de acordo com o que é estabelecido na Lei Orgânica da Saúde, assegurando os direitos desta parcela da população (BRASIL 2006).

O conceito de saúde como “bem estar físico, mental e social do indivíduo” adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mostra-se inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, uma vez que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças (RAMOS, 2003).

A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas que, obrigatoriamente, não estão associadas à limitação das atividades ou à restrição da participação social. O foco da saúde está relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma independente e autônoma, ainda que portadora de doenças (MORAES, 2009).

A própria portaria que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica. A capacidade funcional surge, assim, como um novo paradigma de saúde proposto pela PNSPI, sendo a autonomia e independência metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa pelo maior tempo possível (BRASIL, 2006).

Representam a presença de autonomia - capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras; e independência - a capacidade de realizar algo com os próprios meios, permitindo ao indivíduo cuidar de si e de sua vida. Por sua vez, a independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos seguintes sistemas funcionais (MORAES, 2012):

- Cognição, como sendo a capacidade mental de compreender e resolver problemas do cotidiano;
- Humor, motivação necessária para atividades e/ou participação social, o que inclui outras funções mentais a exemplo do nível de consciência, a senso-percepção e o pensamento;

- Mobilidade, entendido como a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio onde o indivíduo está inserido; e que depende da capacidade de alcance/preensão/pinça (membros superiores), postura/marcha/transferência (membros inferiores), capacidade aeróbica e continência esfincteriana;
- Comunicação, enquanto capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias, sentimentos; e de estar intimamente relacionada à habilidade de se comunicar, o que depende da visão, audição, fala, voz e motricidade orofacial.

Lima-Costa et al. (2007) quando destacam que saúde para idosos é um conceito multidimensional, pois depende da situação socioeconômica, da rede social de apoio, da condição de saúde e do acesso e uso de serviços de saúde, sendo este um fenômeno que varia para cada pessoa, de acordo com as experiências e condições de vida que cada uma teve ao longo da vida, exprime adequadamente o conceito de saúde delineado na presente pesquisa. Segundo Joia, Ruiz e Donalisio (2007), a satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida, como: saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia, entre outros, ou seja, reflete o bem-estar individual.

Os idosos têm surpreendido muitas pessoas com a sua capacidade de desempenhar atividades físicas e intelectuais, quebrando com a ideia de que a velhice é sinônimo de inatividade pessoal, social e doença. Isso mostra que cada vez mais a população está buscando maneiras que lhes garantam boa qualidade de vida na velhice, e cuidar da saúde é a principal delas. Assim, destaca Arcuri (2003, p. 100):

Na modernidade, há uma desconstrução ideológica da categoria velhice, em relação às doenças tidas como próprias da velhice. São propostas formas preventivas para se chegar à velhice saudável.

Segundo Ramos (2003, p.794):

Na verdade, o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável. Pouco importa saber que essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca e que toma remédio para depressão – infelizmente uma combinação bastante freqüente nessa idade. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela mantém sua autonomia, é feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável.

Assim, as políticas destinadas aos idosos devem levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de auto-satisfação. Considerando estes aspectos, Veras (2009) defende a ideia de que as políticas destinadas aos idosos podem abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na desta população, essencialmente promovendo a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde.

Priorizando a busca de um envelhecimento saudável, pode-se apontar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (BRASIL, 2006) como um exemplo de política pública em sintonia com os princípios que norteiam a ideia de envelhecimento com qualidade.

2.3 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

A expressão PICS é uma denominação brasileira para o que a Organização Mundial de Saúde refere como Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa (MTCI). Contempla sistemas médicos e recursos terapêuticos, os quais envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras. Possui enfoque na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006). Compreende o ser humano como ser integral, não identificando barreiras entre mente, corpo e espírito, ao contrário do que faz a biomedicina. Busca apontar para uma visão da saúde entendida como bem-estar amplo, que envolve uma interação complexa de fatores físicos, sociais, mentais, emocionais e espirituais (ANDRADE, 2010).

Os registros na história da medicina mostram que o cuidado em saúde desenvolveu diferentes modelos de acordo com o contexto e as bases culturais e materiais de cada época (OTANI, 2009). O modelo ocidental atual é o biomédico, também denominado biomedicina, medicina moderna, medicina ocidental ou medicina alopática, que surgiu no século XVII, e reflete o referencial técnico-instrumental das biociências (CARVALHO, 2008).

No modelo biomédico, ocorre a abordagem técnica da saúde; o corpo humano é compreendido pela inter-relação de suas partes, dificultando a valorização do todo; o fenômeno biológico é explicado pela química e pela física e as doenças não são vistas como construções, mas como entidades que existem, cabendo ao médico identificá-las, e curá-las. Sendo este modelo de saúde identificado como hegemônico (KOIFMAN, 2001).

Esta hegemonia apresenta viés corporativista, mercantilista e biologicista, envolvendo uma perspectiva filosófica positivista e práticas de tendência autoritária, controladora e medicalizante (TESSER, 2009 e 2010). Na área da saúde, o modelo biomédico está associado ao chamado complexo médico-hospitalar e a um conjunto ideológico e de práticas sociais que o sustenta (MENENDEZ, 2010).

Com relação às PICS o que se constata é um enfoque contra-hegemônico devido a visão de sua abordagem integral. Nas últimas décadas, o uso de PICS vem crescendo consideravelmente em todo o mundo, especialmente nos países ocidentais industrializados (OMS, 2013). Os motivos dessa busca crescente englobam desde a insatisfação na relação com os profissionais e como as intervenções associadas à biomedicina (TESSER, 2012). Há uma insatisfação difusa e crescente com a abordagem biomédica, pelas suas características mecanicista, invasiva, intervencionista, restrita aos sintomas e progressivamente mais impessoal, dedicando pouco tempo ao usuário.

O que tem sido constatado, quanto ao modelo biomédico, é uma relação curador-doente menos harmoniosa, a fragmentação tendendo a tecnificar o cuidado, reduzindo-o aos aspectos do adoecimento e partes do corpo classificáveis e manipuláveis pela tecnologia científica, e assim “desumanizando-o”. Em outras palavras, trata-se da insatisfação com a baixa integralidade da atenção biomédica (TESSER, 2008). Por outro lado, os méritos das práticas complementares estão obtendo reconhecimento da população, da sociedade formal e em parte da ciência biomédica; particularmente quanto à experiência com o processo adoecimento-cuidado-cura e quanto ao estímulo do potencial de reequilíbrio e cura do próprio usuário (LEVIN, 2001).

Historicamente, ainda que a hegemonia da prática biomédica predominasse no século XX, foi no final desse período que as PICS vivenciaram seu crescimento na oferta nos sistemas de saúde e uso pela população (LUZ, 2005; SOUSA, 2012). Sendo produzida no Brasil, nesse período, uma matriz de análise de cuidado à saúde, dando origem a categoria Racionalidade Médica (RM) (LUZ, 1996).

A RM é definida como um conjunto estruturado e coerente de cinco dimensões interligadas: uma morfologia do homem (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa dos adoecimentos, sua origem e cura), embasadas em uma cosmologia implícita ou explícita. O estudo de sistemas de cuidado por meio dessas dimensões permitiu distinguir os sistemas médicos complexos como a biomedicina, a homeopatia, a medicina ayurvédica ou a medicina

tradicional chinesa, de terapias ou métodos diagnósticos, como os florais de Bach, a iridologia, o reiki, entre outros (LUZ, 2012; TESSER, 2009).

O conceito de RM possibilitou que os sistemas médicos complexos fossem vistos como portadores potenciais de racionalidade científica, ampliando assim, o campo de pesquisas para medicinas atuantes na cultura ocidental, e possibilitando a legitimação de políticas de cuidado em saúde, as intervenções diagnósticas e terapêuticas de sistemas médicos não hegemônicos (LUZ, 2012).

Em um primeiro momento a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) inserida no SUS abrangeu a Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, a Homeopatia, as Plantas Medicinais e Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia (BRASIL, 2006).

Em janeiro de 2017, o Ministério da Saúde publicou, no Diário Oficial da União, a Portaria nº145/2017 que ampliou os procedimentos oferecidos pela PNPIC no Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo arteterapia, meditação, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático, tratamento quiroprático e Reiki. E ainda os procedimentos como terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, oficina de massagem/ automassagem, auriculoterapia, massoterapia, tratamento termal/crenoterápico, que já faziam parte da tabela de procedimentos SUS, por readequação da mesma, receberam novos códigos com o intuito de facilitar para os gestores a identificação dos procedimentos das práticas integrativas (BRASI, 2017).

E recentemente, dia 12 de março de 2018, foi divulgado pelo Ministério da Saúde, durante a abertura do 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Saúde Pública (INTERCONGREPICS), realizado no Rio de Janeiro, 10 novas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde ao Sistema Único de Saúde, sendo elas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. Assim, o SUS passa a ofertar um total de 29 práticas à população (BRASIL, 2018).

Em Recife, a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) – inclui como prática a Medicina Tradicional Chinesa, englobando a prática da Acupuntura, do Tai Chi Chuan, do Lian Gong, da Automassagem, da Orientação Alimentar e da Fitoterapia Chinesa; a Medicina Ayurvédica, que engloba a prática de Orientação Alimentar, Massagem Ayurvédica, Meditação, Processos de Limpeza e Desintoxicação, Fitoterapia Indiana e a Yoga (exercícios corporais, respiratórios e mentais); a Fitoterapia Brasileira; a Medicina Antroposófica; a Homeopatia e também práticas de reconhecido valor social, desde que

atendam aos pressupostos éticos e legais e estejam orientadas para as necessidades sociais de saúde da população do município (RECIFE, 2012).

A criação desta política municipal, a PMPIC, consolidou as Unidades de Cuidado Integrais à Saúde (UCIS) como componentes estratégicos das PICS, devendo funcionar como referência técnica para a política e a rede de serviços de saúde; contribuir com a construção e qualificação de fluxos assistenciais orientados pelo princípio da integralidade e a garantia da singularidade dos processos de cuidado individuais e coletivos; oferecer retaguarda assistencial especializada para a rede de serviços na área de práticas integrativas e complementares em saúde; funcionar como espaço cultural de divulgação e discussão sobre as PICS; desenvolver protocolos assistenciais e albergar projetos de pesquisa sobre as PICS em parceria com instituições de pesquisa da cidade e do estado de Pernambuco (RECIFE, 2012).

O município do Recife foi um dos pioneiros na implantação das PICS na rede de saúde, a partir da criação de Unidades de Cuidados Integrais à Saúde. A primeira delas foi a UCIS Prof. Guilherme Abath, fundada em 2004, e em 2013, outra UCIS foi implantada no município, o Serviço Integrado de Saúde do Recife (SIS), resultado de uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde com a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) (SANTOS, 2011).

No SIS, de acordo com as informações fornecidas, atualmente, a população corresponde a um total de 350 usuários ativos, e em torno de 130 são idosos. Caracteriza-se por ser uma unidade que regula e incentiva a implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde à rede do SUS, oferecendo tratamentos, assim como, a realização de atividades voltadas para promover a socialização e manutenção da saúde dos usuários. Diariamente novas pessoas são recebidas no local, as quais é dedicado um primeiro momento de acolhimento, realizado por profissionais da área de saúde, ocorrendo nesta ocasião a abertura de um prontuário com informações relativas aos aspectos sociodemográficos, sobre saúde e os motivos que os levaram a procurar o serviço, sendo assim, elaborado um projeto terapêutico específico, e a partir de então encaminhados para as modalidades de PICS ofertadas na unidade.

As atividades propostas de atenção à saúde têm ênfase nas áreas:

- Corporal: Automassagem, Yoga, Tai Chi Chuan, Lian Gong, Flexibilidade, Soloterapia.
- Pedagógica: Uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, Alimentação viva e Alimentação saudável.

- Sócio- integrativa: Contação de histórias, Danças circulares.
- Psicoemocional: Biodanza, Bioenergética, Psicomotricidade relacional, Arteterapia, Terapia comunitária, Meditação, Constelação familiar, Aromaterapia.
- Clínica individual integrativa: Acupuntura/Auriculoterapia, Terapia crânio-sacral/Osteopatia, Florais, Medicina Integrativa Ayurvédica, Nutrição.

Dentre os profissionais que atuam no SIS nas modalidades das práticas encontram-se: assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos em enfermagem, dos quais alguns são vinculados diretamente a unidade e alguns são voluntários.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a concepção das mulheres idosas do SIS sobre o papel desempenhado pelas PICS em sua saúde.

3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos idosas usuários das PICS;
2. Identificar as modalidades das PICS praticadas pelos idosas;
3. Analisar a compreensão dos usuários idosas a respeito das PICS;
4. Identificar a importância que os idosas atribuem as PICS no que diz respeito a sua saúde.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, com vistas a apreender os aspectos singulares e específicos do objeto delimitado, de modo a permitir a compreensão de valores culturais e representações do grupo, a respeito do tema específico, sob diferentes perspectivas, abordando as relações entre os atores sociais e as ações implementadas (MINAYO, 2011; BOSI, 2004).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Cuidados Integrals a Saúde, o Serviço Integrado de Saúde (SIS), localizado no município do Recife, Pernambuco, no bairro Engenho do Meio. Trata-se de um serviço público que funciona como unidade de referência em PICS, estando vinculado à Secretaria de Saúde do Recife-PE e à Universidade Federal de Pernambuco.

4.3 Aspectos éticos

Para operacionalização da pesquisa e trâmite do processo no Comitê de Ética, foi emitida carta de anuência autorizando a realização do estudo nas dependências do SIS pela própria unidade e pela Secretaria Executiva de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES) (ANEXO A).

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), apresentando aprovação sob o Número do Parecer: 2.045.280 (ANEXO B).

4.4 Sujeitos da pesquisa

4.4.1 Abordagem dos sujeitos e aquisição do consentimento livre e esclarecido

Foram abordados usuários por conveniência, com idade maior ou igual a 60 anos, que frequentam o SIS. A abordagem inicial foi realizada no ambiente de espera do SIS. Foram abordados idosos de ambos os sexos, ocorrendo uma dificuldade em relação à participação do sexo masculino por se apresentarem um menor quantitativo que o sexo feminino e não estarem dispostos em participar da pesquisa, sendo assim, só idosas se dispuseram a colaborar.

A pesquisa qualitativa não se baseia em critérios numéricos para garantir sua representatividade. Nesse sentido, os sujeitos sociais que detêm os atributos que se pretende investigar devem ser considerados em número suficiente, de tal forma que permita a reincidência das informações (MINAYO, 2014).

Portanto, foi utilizado para finalização da abordagem de mais usuários idosos para a pesquisa o modelo de saturação teórica, o qual é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (DENZIN, 2005).

Ao se dispor a participar do estudo como sujeito da pesquisa, a entrevistada recebeu do pesquisador todas as informações necessárias quanto à realização do estudo em todas as suas etapas, ficando ciente de que sua participação era de acordo com sua vontade, podendo desistir quando lhe conviesse.

Como marco de inclusão para participação na pesquisa foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), fundamentado na Resolução CNS nº 466/2012, que versa sobre os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012).

4.4.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa os usuários com idade maior ou igual a 60 anos, frequentando a mais de seis meses a unidade e que demonstraram concordância em participar do estudo.

4.4.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos os usuários com idade maior ou igual a 60 anos que apresentaram dificuldade de comunicação.

4.5 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Considerando que o interesse deste estudo foi compreender o que fundamenta o comportamento manifesto das pessoas envolvidas, optamos pela técnica da entrevista semi-estruturada, com questões norteadoras, as quais permitiram que o entrevistador tivesse liberdade para desenvolver situações e explorar o conteúdo desejado.

A entrevista capta as falas dos sujeitos atuando como um instrumento para orientar uma conversa com a finalidade de direcionar aos objetivos do estudo, sendo um elemento facilitador para abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação (GÁTTAS, 2006). Para Minayo (2011, p.64): “A entrevista tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

As entrevistas ocorreram na própria unidade de atendimento, com o intuito de evitar o deslocamento das usuárias, acontecendo antes ou após as práticas. E uma vez obtida a anuência em participar da pesquisa, as mesmas eram direcionadas para uma sala reservada, a qual foi solicitada ao SIS, para a realização da entrevista, o que promoveu um ambiente com maior privacidade.

Antes da realização das entrevistas, foi preenchido o formulário contendo informações de identificação pessoal, de perfil socioeconômico e demográfico do usuário, e das modalidades das PICS realizadas, tendo este um caráter de identificação do público-alvo (APÊNDICE B).

O Roteiro de Entrevista com foco na concepção das PICS pelos usuários idosos teve como questões norteadoras os aspectos abaixo relacionados (APÊNDICE C):

- Entendimento sobre PICS;
- Histórico de chegada ao serviço;
- Importância das PICS em seu contexto de vida/saúde;
- Mudanças em seu dia a dia após a inserção das PICS;
- Limites identificados.

Os dados foram coletados mediante o emprego de equipamento de áudio, tendo por base o roteiro de questões norteadoras. Estes dados, após transcritos, foram apagados do gravador. Quanto aos dados transcritos, serão igualmente destruídos no prazo de 5 anos contados a partir da data da realização da pesquisa. Durante esse tempo, ficarão guardados

com a pesquisadora principal, com o compromisso da guarda sob sigilo. O mesmo é válido para o formulário de identificação pessoal dos entrevistados.

Foi utilizado o referencial da análise de conteúdo do tipo temática, para organizar os discursos coletados (BARDIN, 2016), sendo seguido o critério semântico, sendo a análise central o Tema (feixe de relações – palavra, uma frase, um resumo).

O tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (BARDIN, 2016).

Os dados coletados foram tabulados segundo conjuntos de categorias descritivas adotando os seguintes passos (BARDIN, 20016):

- a) Leituras dos escritos obtidos da transcrição dos áudios, com o intuito de compreender e apreender o sentido das informações;
- b) Condensação das informações;
- c) Identificação em cada item dos pontos comuns, e agrupamento das similaridades, permitindo a construção de categorias de análise;
- d) Análise reflexiva das respostas significativas para o estudo, com o intuito de aprofundamento do objeto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão dessa pesquisa serão apresentados em 3 subitens na tentativa de alcançar uma melhor compreensão dos mesmos. O primeiro diz respeito à análise descritiva dos dados em relação às características socioeconômicas e demográficas; o segundo, em relação à visualização das PICS mais praticadas e o terceiro apresenta à análise de conteúdo das falas das idosas entrevistadas.

5.1 Perfil socioeconômico e demográfico das idosas entrevistadas

Tabela 1 - Caracterização dos dados socioeconômicos e demográficos das mulheres idosas entrevistadas no Serviço Integrado de Saúde, Recife -PE, Brasil, 2018.

(continua)

Dados socioeconômicos e demográficos	Entrevistados
Sexo	
Feminino	14
Idade	
60 A 69 anos	7
70 A 79 anos	5
Mais de 80 anos	2
Moradia	
Mora com esposo ou companheiro	3
Mora sozinha	3
Mora com os filhos ou parentes na casa deles	2
Mora com os filhos ou parentes na sua casa	6
Religião	
Católica	6
Evangélica	6
Espírita	1
Outras	1
Sem religião/sem declaração	0
Escolaridade	
Fundamental I incompleto	2
Fundamental I completo	4
Fundamental II completo	2
Ensino médio completo	5
Pós-graduada	1

Tabela 1 - Caracterização dos dados socioeconômicos e demográficos das mulheres idosas entrevistadas no Serviço Integrado de Saúde, Recife -PE, Brasil, 2018.

(conclusão)

Dados socioeconômicos e demográficos	Entrevistados
Estado civil	
Solteira	4
Casada	2
Separada ou divorciada	1
Outros	7
Nº de filhos	
1 a 2	10
3 a 4	4
Situação previdenciária	
Aposentada	6
Pensionista	5
Aposentada e pensionista	0
Não é aposentada	3
Renda mensal domiciliar	
Até 1/2 salário mínimo	1
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	2
Mais de 1 a 2 salários mínimos;	3
Mais de 2 a 5 salários mínimos	6
Mais de 5 a 10 salários mínimos	1
Mais de 10 a 20 salários mínimos	0
Mais de 20 salários mínimos	0
Sem rendimento	1
Sem declaração	0

Fonte: Elaboração própria.

Ao iniciarmos a análise dos dados acima (Tabela 1) nos deparamos primeiramente com o fato de que 100% dos entrevistados foram do sexo feminino, o que pode estar associado à feminização da velhice. Veras (2009) considera este um fenômeno característico em pesquisas que envolvem envelhecimento populacional, em que este fato pode ser outorgado a uma maior preocupação da mulher com a própria saúde, bem como a uma maior procura por serviços de saúde pelas mesmas.

Ao observarmos a ausência do sexo masculino nessa pesquisa esse dado pode nos indicar que um menor quantitativo de homens se utiliza das PICS. Isso pode exprimir a falta de atenção dos homens sobre o seu cuidado em saúde, onde a busca por uma saúde integral no cuidado dos mesmos ainda está em processo de construção (BAKER, 2010).

Tem-se levantado, dentre os porquês da baixa procura de homens pelos serviços de saúde, as questões relativas ao imaginário cultural sobre o que é ser homem; o medo de

descobrirem que estão doentes e a vergonha em expor o seu corpo; e, além disso, as campanhas de saúde pública e os serviços de saúde não privilegiam esse segmento populacional, sendo pouco aptos a absorver as demandas masculinas (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007).

Em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída pelo Ministério da Saúde, sendo esta resultado de amplos processos de análise e discussão da gravidade do quadro epidemiológico dos usuários homens no Brasil e a sua vulnerabilidade a mortes precoces e a doenças graves e crônicas, destacando-se, também, que a procura dos homens pelos serviços de saúde é significativamente menor do que das mulheres, além da adesão reduzida às propostas terapêuticas, à prevenção e à promoção da saúde, o que remete à importância do olhar específico para este público (BRASIL, 2009).

A faixa etária mais frequente foi a que compreende idosas entre 60 e 69 anos. Outros estudos também apresentaram dados similares, entre eles o de Fontes et al.(2010), no qual a maior parte dos idosos encontrava-se na mesma faixa etária de 60-69 anos de idade.

Quanto aos arranjos de moradia, destaca-se que uma parcela notável das idosas entrevistadas mora com os filhos ou parentes na própria casa. Sabe-se que nos dias atuais é comum o que pode-se chamar de co-residência, sendo essa considerada uma importante forma de transferência de apoio entre as gerações, em que uma parcela considerável de filhos, netos e bisnetos vivem com seus pais e avós. Tal fenômeno tem sido explicado em consequência da necessidade dos filhos, em decorrência do maior tempo de estudo e investimento em sua formação; da instabilidade do mercado de trabalho e das relações afetivas; ou pode ocorrer por demanda dos idosos, fato que pode estar associado com o aumento de idade dos mesmos e com sua maior dependência, tanto física quanto financeira (CAMARANO et al., 2004).

No âmbito religioso, grande parte das entrevistadas identificam-se como católicas ou evangélicas (Tabela 1). Similarmente ao que ficou evidenciado na pesquisa realizada por Cardoso e Ferreira (2009), em que a maioria da amostra se classificou como católica ou protestante, com apenas uma pequena parcela se declarando espírita ou pertencendo a outras religiões.

Do ponto de vista da escolaridade, predominou o ensino fundamental em todo o seu percurso (I e II, completo e incompleto), seguido do ensino médio completo e uma entrevistada pós-graduada, resultados que refletem um dos aspectos da desigualdade social no país (SANTOS, PAVARINI, BRITO, 2010). A escolaridade das idosas pode ser entendida por meio da exclusão resultante das políticas de educação predominantes nas décadas de 1930

e 1940, quando o acesso ao ensino era particularmente restrito (CAMPOS et al., 2009), sobretudo para as mulheres.

Considera-se o fato do número de mulheres ser reduzido no espaço escolar ao papel social da mulher nessa época. Durante os anos 30, a educação da mulher ainda era voltada para prover as necessidades do lar. A figura feminina pura, submissa, prendada e obediente é exaltada. Estudavam o elementar, sobretudo porque precisavam cuidar da economia doméstica, fazer o dinheiro do marido render e acompanhar os estudos dos filhos homens. No fim da década, os raros colégios para meninos e meninas da elite se multiplicam, mas o foco ainda era se formação das meninas para o casamento (MAMBRINI, 2010).

Em relação ao estado civil a condição de viuvez foi a mais relatada. Na maioria dos estudos as condições mais encontradas são “casado” ou “viúvo”, como mostrado em Fortaleza-CE e em São Carlos-SP, em que a maior parte de idosos são casados, seguidos pelo contingente de viúvos (CLARES et al., 2011; PAVARINI et al., 2008). Entretanto, existiram casos em que a presença de viúvos foi mais prevalente que a presença de idosos casados, como no estudo realizado no estudo feito em Jequié-BA (TORRES et al., 2010).

Analisando o número de filhos, todas as idosas entrevistadas são mães, sendo em maior número aquelas com 1 a 2 filhos e, em menor quantidade, as que tinham 3 a 4 filhos, sem relatos de proles com 5 ou mais filhos. Este achado nos remete a uma realidade diferente do esperado, considerando o período de declínio da Taxa de Fecundidade Total (TFT), segundo as grandes regiões do Brasil, entre 1940 e 2010 (IBGE 2010).

Tabela 2 - Taxa de fecundidade total, segundo as Grandes Regiões - 1940/2010

Grandes Regiões	Taxa de fecundidade total							
	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
Brasil	6,16	6,21	6,28	5,76	4,35	2,89	2,38	1,90
Norte	7,17	7,97	8,56	8,15	6,45	4,20	3,16	2,47
Nordeste	7,15	7,50	7,39	7,53	6,13	3,75	2,69	2,06
Sudeste	5,69	5,45	6,34	4,56	3,45	2,36	2,10	1,70
Sul	5,65	5,70	5,89	5,42	3,63	2,51	2,24	1,78
Centro-Oeste	6,36	6,86	6,74	6,42	4,51	2,69	2,25	1,92

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2010.

Quanto à situação previdenciária, a maioria das entrevistas relatou o recebimento de algum benefício previdenciário, seja aposentadoria (6) ou pensão (5), evidenciando uma concordância com a realidade nessa faixa etária, considerando os direitos previdenciários

relacionados à aposentadoria por tempo de contribuição ou por idade, por meio do Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que é a garantia de um salário mínimo mensal voltado ao idoso acima de 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade impossibilita de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2007 e 2017).

Particularmente no que diz respeito às entrevistadas pensionistas dessa pesquisa, voltamos à questão da feminização, lembrando que a expectativa de vida é maior que a dos homens, o que as torna recebedoras da pensão deixada por seus cônjuges. Três participantes relataram ainda não receber nenhuma contribuição previdenciária, sendo seu trabalho ainda a fonte do seu sustento, o que pode ser entendido pelo fato de se tratar do que identificamos como idosos jovens, que estão na primeira classificação etária desse grupo, entre 60 e 69 anos de idade.

Outro dado analisado foi a renda mensal domiciliar. Em número cada vez maior, os idosos têm peso importante na renda brasileira, segundo dados da Síntese de Indicadores Sociais do IBGE (2016). Nos arranjos familiares com ao menos uma pessoa de 60 anos ou mais de idade, 69,0% do rendimento das pessoas nesta mesma faixa etária eram provenientes de aposentadoria ou pensão, pode-se dizer que a menor vulnerabilidade monetária dos idosos, e dos familiares que residem com eles, estaria associada ao recebimento destes benefícios.

5.2 Modalidades de PICS realizadas

A quantidade de PICS relatadas entre as entrevistadas variou entre 1 a 5 práticas, em que as modalidades referidas e a frequência de realização são apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 1 - Modalidades de PICS realizadas pelas mulheres idosas entrevistadas no Serviço Integrado de Saúde, Recife/PE, Brasil, 2018.

(continua)

Entrevistados	Modalidades	Frequência
E1	Flexibilidade	2 vezes por semana
E2	Flexibilidade Acupuntura	2 vezes por semana
E3	Consciência corporal	2 vezes por semana
E4	Flexibilidade	1 vez por semana

Quadro 1 - Modalidades de PICS realizadas pelas mulheres idosas entrevistadas no Serviço Integrado de Saúde, Recife/PE, Brasil, 2018.

(conclusão)

Entrevistados	Modalidades	Frequência
E5	Osteopatia Biodança Flexibilidade Tai chi chuan Automassagem	3 ou mais vezes por semana
E6	Biodança Flexibilidade Soloterapia	2 vezes por semana
E7	Automassagem Dança circular	2 vezes por semana
E8	Biodança Yoga ayurvédica Postura corporal	2 vezes por semana
E9	Acupuntura Osteopatia Postura corporal	2 vezes por semana
E10	Osteopatia	1 vez por mês
E11	Alegria de viver	2 vezes por semana
E12	Dança circular	1 vez por semana
E13	Alimentação natural Alimentação viva Yoga ayurvédica Acupuntura	3 ou mais vezes por semana
E14	Autocura	1 vez por semana

Fonte: Elaboração própria.

O que chama atenção nos dados apresentados no quadro 1 é a elevada variedade de modalidades praticadas por algumas entrevistadas. Algumas das que referiram fazer uma ou duas modalidades no momento, relataram ter passado por outras atividades durante o tempo que estão no SIS. Em relação à frequência em geral foi de duas vezes por semana. Essa realidade poderá ser mais bem elucidada no tópico seguinte, na análise de conteúdo das falas, em que são evidenciados os motivos que levam a esta diversidade de práticas.

5.3 Análise de conteúdo das falas das idosas

Para uma melhor abordagem e compreensão das falas das entrevistadas, após a realização da análise de conteúdo, serão apresentados cinco blocos temáticos seguidos de suas categorias, as quais emergiram dos textos:

Tema 1 – Processo inicial de chegada ao Serviço Integrado de Saúde

Categorias

Encaminhamento e indicação diversificados

A chegada ao serviço ocorreu por meio de encaminhamento pela Unidade de Saúde da Família (USF) próxima à instituição; por indicação de familiares, amigos/colegas; e, também, por indicação de conhecidos. Foram encontradas referências semelhantes em uma pesquisa realizada em outra UCIS de mesma finalidade, situada na cidade do Recife, em que o acesso dos usuários ocorria espontânea ou referida e, nestes casos, os encaminhamentos eram realizados por profissionais das USF ou policlínicas; e as indicações eram feitas por amigo, vizinho, parente, indicação de um serviço privado e propaganda feita pelos meios de comunicação (SOUSA, 2013).

[...] Foi por intermédio do meu esposo que teve um AVC [...] Aí através dele me colocaram para fazer esse serviço... (E1 – 67 anos)

[...] Informação de um e de outro. Informação [...] Comentário por aí a fora. Boca a boca. (E2 – 65 anos)

[...] Eu cheguei aqui foi encaminhada pelo posto da Roda de Fogo. [...] Foi que encaminhou para aqui. (E4 – 60anos)

[...] Uma colega que tenho aí, uma amiga minha, né. [...] Aí ela disse: “... vamos lá, tem perto da casa, tem perto lá de casa tem um, tem um grupo chamado SIS”. (E5 – 75 anos)

[...] A minha irmã, trouxeram ela. Quando ela descobriu aqui aí ela se lembrou logo de mim, aí na semana seguinte ela disse vou te levar, aí trouxe, me trouxe. (E10 – 72 anos)

[...] Eu tenho neto aqui. [...] Ele é autista, ele faz, ele faz aí um... começou com ele. [...]Aí minha menina tomou conhecimento, né. Terminei vindo. Foi assim. (E12 – 71 anos)

[...] Foi assim, eu fui para o jardim botânico, visitar lá o jardim botânico e num tem aquela sala de exposição dos animais, né? Dos seres vivos, né? Aí tem a senhora lá, eu fui com minha sobrinha, e uma senhora lá tava tomando água com limão, aí ela falou sobre essa água que é muito bom que, aí falou sobre aqui. [...]Aí eu me interessei, aí ela me deu o endereço e através do endereço eu vim bater aqui. (E13 – 60 anos)

Acolhimento diferenciado

A totalidade das entrevistadas referiu uma agradável percepção do acolhimento, sem nenhum relato de obstáculos nessa etapa de chegada a instituição. Algumas até exprimiram fala de surpresa diante da agilidade e acesso às práticas. É possível atribuir essa visão positiva ao serviço do SIS baseando-se na dificuldade que os usuários referem no acesso a outros serviços públicos de saúde.

Em um estudo realizado com habitantes da área de abrangência de uma unidade de saúde, em município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, foi observado que apenas 39,5% dos entrevistados afirmavam ser cadastrados na USF. Havia relato de busca por cadastro, mas sem êxito devido a saturação do posto de saúde do bairro. Mais da metade dos usuários entrevistados (60,5%) consideraram a forma de marcação de consultas ruim, pela dificuldade de marcação e grande espera por exames complementares (VIEGAS, CARMO, LUZ, 2015).

[...] Foi excelente... eu vim já foi pessoas que, amiga minha: “leva lá, que lá tem e tal”. Aí eu vim conversei, pronto ele ficou fazendo... e eu que fiquei aqui no serviço... (E1 – 67 anos)

[...] Foi maravilhoso. Eu cheguei a gente vai fazer entrevista também, né? Aí perguntou sobre da idade da gente da certidão até agora presente. E depois me deu que eu tava com esse problema, assim problema não, deu uma atividade, né? (E5 – 75 anos)

[...] Aí a gente veio só para conhecer [...] Pois aí a gente já ficou foi cadastrado [...] O acolhimento e já marcado para, Eu digo, olha menina que maravilha! (E9 – 75 anos)

[...] Ela me acolheu, me recebeu muito bem... (E10 – 72 anos)

O desconhecimento e confundimento sobre as PICS

A maioria das entrevistadas relata desconhecimento prévio das práticas e em suas falas, em certos trechos das entrevistas, é possível identificar confundimento, especialmente com atividades que envolvem movimento corporal.

[...] Eu não conhecia nem esse lugar, eu conhecia as práticas [...] Que eu já fiz [...] Tive uma psicóloga de um ano para cá e fiz uma fisioterapia e foi muito bom porque fiquei sem andar [...] E eu acho que a fisioterapia adianta muito, exercício. (E2 – 65 anos)

[...] Não, não, não conhecia não. Foi a primeira, foi a primeira vez que venho. (E4 – 60 anos)

[...] Não, não, não. Somente alongamento que a gente fazia ali quando era naquele bloco de apartamento ali, que era da universidade, que a gente fazia ali, mas não tinha essas atividades que tem aqui hoje não. Aqui é muito mais, ficou mais elevado aqui... (E5 – 75)

[...] Não, não, conhecia não. Eu fazia... eu fazia pilates lá no engenho... Aí quando eu vinha por ali encontrei essa colega que era de lá. Aí ela disse: “tas fazendo academia aonde?”, eu disse: “lá no Engenho do Meio fazendo pilates”. Aí ela disse: “Mas rapaz olha, aqui abriu visse, é tão bom, eu tou lá, eu me matriculei, é tão bom, o que tu quiser lá tem”. Aí eu disse: “opa, me leva”, aí ela disse: “pega tua carteira do SUS”. (E6 – 69 anos)

[...] Não, não. Vim conhecer aqui [...] Tinha não. Agora eu fazia academia lá no, no, no... em Educação Física com os estudantes e sempre movimentava. (E9 – 75 anos)

Segundo Figueiredo e Frigo (2013), um evento desenvolvido por uma universidade local e com a participação das instituições de ensino superior da cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, onde foram promovidas diversas atividades que contemplavam a esfera psicológica, a social e a física de um grupo de idosos durante um final de semana. Concluíram que grande parte dos idosos e demais segmentos etários da população ainda desconheciam os objetivos, os benefícios e as precauções das práticas integrativas e complementares em saúde que hoje estão disponíveis na sociedade, evidenciando a importância da divulgação destas.

E em relação aos relatos de confundimento das práticas alternativas e complementares em saúde com atividades de academia de ginástica e exercícios fisioterápicos, podem ser compreendidos por se tratarem de práticas que envolvem o movimento corporal e que trazem benefícios para saúde.

Entendimento das PICS após a vivência desse universo

O relato das entrevistadas do entendimento sobre as práticas, no cotidiano de suas vidas, foi, na totalidade, elogioso.

[...] Eu só entendo que é bom para qualquer pessoa, a pessoa tem que procurar né o melhor para si [...] E foi aqui que eu encontrei. (E1 – 67 anos)

[...] Eu entendo que elas são muito boas, assim, elas são saudáveis, elas são positivas, num é? (E8 – 60 anos)

[...] Ah minha filha o que eu entendo é que é muito bom. Maravilhoso. A gente se sente bem, se sente mais leve. Eu tenho problema de coluna, uma escoliose, tou me sentindo melhor com os exercícios [...] Olhe para mim é tudo, além de fazer bem para minha saúde, pra meu corpo. (E9 – 75 anos)

É possível que esses relatos sejam decorrentes das experiências que as usuárias carregam da visão remanescente da medicina convencional, mais segregadora, e se deparam com as PICS, como uma ação em saúde contra-hegemônica a esta, que respeita os princípios da integralidade do sujeito compreendendo-o nas suas múltiplas dimensões - mente, corpo, emoções - e nas suas inter-relações pessoal, social, ambiental que permeiam a sustentabilidade da saúde e da vida.

Tema 2 – As PICS e o SIS e suas medidas de efetividade

Categorias

As PICS e seus efeitos benéficos para saúde

A associação da ação das PICS em sua saúde com a diminuição do uso de medicamentos também foi pontuada durante as entrevistas. Apesar do uso de medicamentos ser uma das principais escolhas de tratamento para o controle e prevenção das DCNT entre os idosos, os quais chegam a utilizar um grande número de fármacos, cerca de 40% das admissões hospitalares deste grupo etário estão relacionadas a implicações decorrentes do uso dos mesmos, incluindo efeitos tóxicos advindos da interação de várias drogas (MENESES; SÁ, 2010).

Para Carvalho (2012) os idosos usam um número desproporcional de prescrições medicamentosas, sendo os regimes terapêuticos complexos, especialmente na vigência de comorbidades, o que eleva à vulnerabilidade desse grupo, ocorrência de eventos adversos e prejuízos à capacidade funcional. Neste sentido, conforme descreve Silveira, Dalastra e Pagotto (2014), estudos que tenham como temática o uso de polifarmácia entre pessoas idosas e seus impactos são fundamentais, pois sinalizam reflexões sobre a necessidade de reorientação da atenção farmacêutica e da adoção de tratamentos não farmacológicos o quanto possível entre a população idosa.

[...] Porque o pessoal dizia: ‘não, tem que tomar que você tá nervosa, tem que tomar remédio para dormir e tal’. Eu ia atrás dos outros, mas parei e fiquei só nisso, aí com esse serviço eu me relaxo, é uma maravilha. (E1 – 67 anos)

[...] Aí tem muita gente aqui que já faz essa prática e já se livrou de medicação. Não é que a medicação não seja boa, a medicação é importante, mas assim, com a prática o organismo vai se desintoxicando. E aí a coisa melhora para a pessoa porque todos remédios tem os efeitos colaterais e aí a pessoa vai adquirindo outros problemas, não é? Pelo menos eu que tomei corticoide, então o corticoide desarruma muito, num é, o organismo. Cura esse e depois traz outros problemas. Então com a prática a gente não abandona o médico, nem as medicações, mas aos pouquinhos vai se libertando. (E8 – 60 anos)

Outras idosas informaram se sentirem melhor em alguns aspectos mesmo referindo ainda apresentar problema de saúde.

[...] Eu senti melhora em algumas coisas, os pés que estavam muito dormentes [...] Aí eu melhorei um pouco dos pés [...] Agora o corpo continua doendo, não sei se é o exercício que está muito elevado. (E2 – 65 anos)

[...] Acho que eu melhorei, estou menos pesada. (E3 – 88 anos)

O SIS como espaço terapêutico

A instituição corrobora com uma visão de espaço terapêutico ao trazer elementos que contribuem com o entendimento da saúde de forma mais ampliada, na sua complexidade de existência e manifestação, ao se considerar outros fatores, como o prazer proporcionado pelas práticas e pelo convívio em um grupo de ambiente acolhedor, como pode ser evidenciado nas falas abaixo em que as idosas expressam a repercussão do SIS como lugar que lhes proporciona bem-estar subjetivo. Guedea et al. (2006) verificaram que o bem-estar subjetivo está associado a um envelhecimento mais saudável, sendo um indicador de saúde mental e também sinônimo de felicidade, ajuste e integração social.

[...] Aí eu me sentia dentro de uma firma. Aqui eu converso, eu brinco, eu dou risada. Tem dia que eu chego aqui tão feliz.. oooo.... oooo...Eu chego aqui cantando, as meninas diz: “menina vai crescer”, eu digo deixa eu pequena porque de crescer esse negócio de idade desmantela, deixa o tamanho que tou mesmo. Aí pronto me sinto feliz aqui, alegre em tudo que faço eu me sinto feliz, entende? (E5 – 75 anos)

[...] E graças a Deus que tem isso aqui. Eu fico com medo quando tem mês que fazem assim: “Eita tão falando que vai fechar”. Eu fico doidinha. Eu disse: “meu Deus o que é que eu faço? Para onde eu vou?”, porque isso aqui foi o meu remédio, está sendo o meu remédio, eu amo isso aqui, eu amo isso aqui... O dia que eu não venho para cá de manhã, essa manhã eu não vim, eu amanheço o dia tão irritada, tão irritada... porque foi aqui

onde eu me encontrei, foi aqui. A atenção das amigas, de todo mundo aqui quem chega, são muito atenciosos com a gente. [...] Eu amo isso aqui, isso aqui é tudo, isso aqui é tudo pra mim. É meu remédio, é minha vida, é tudo pra mim isso aqui. (E6 – 69 anos)

Mudanças de atitude no cotidiano da vida

As idosas relatam alterações positivas nos estados emocionais e comportamentais e, assim, percebem outra forma de lidar com os problemas, revelando maior autonomia e alcançando um melhor sentido de qualidade de vida diante dessas mudanças de atitude.

Outros estudos (D'ALENCAR ET AL., 2006; CHAVES 2011) confirmam que ao participar das PICs, os indivíduos apresentam uma melhor autonomia produzida por meio das práticas, promovendo mudanças no dia-a-dia e uma maior independência na vida diária. Miranda (2009) reforça essa percepção ao referir que os trabalhos em grupo podem restaurar a afetividade, autoestima, autoconfinança e o sentimento de capacidade de retorno do idoso à vida produtiva.

[...] Coisas que eu não sabia fazer, nem pra onde era que ia. Depois que entrei aqui melhorou muito a minha situação[...] Comecei a dormir melhor, comecei a conversar mais com as pessoas, que eu não conversava, eu era muito trancada. (E1 – 67 anos)

[...] Quando eu cheguei aqui, para começar, o pessoal me chamava de nega besta porque eu não falava com ninguém, mas é porque eu tinha vergonha [...] Aqui foi que eu desarmeí, né? [...]Aí eu digo a Luciana, aí Luciana faz assim: “quando tu entrasse aqui em...”. E eu chorava muito quando entrei aqui, quando começava que ela colocava aquelas músicas, chorava, era aquela agonia. E depois não, agora não, eu chego, eu falo com todo mundo, que Luciana faz: “(risos)”. Eu falo, brinco com todo mundo, a gente se abraça, que essa dança é muito boa. (E6 – 69 anos)

[...]É assim que eu as vezes ficava muito angustiada, muito ansiosa, essa questão da irritabilidade, sabe? [...]Então, eu assim na minha vida, como muitas colegas que estavam lá também, assim tem esse problema familiar de não saber dizer não, aí a turma sobrecarrega mais, entendeu? [...] Aí a partir de agora com essa vivência, não, aí liga para mim, me dá uma agenda, aí eu “não eu não posso não”, aí: “sim, mas como assim você não pode?”, “Não posso, estou dizendo a vocês, só vou fazer até aqui”,. (E8 – 60 anos)

Circulação entre as práticas e manutenção dos benefícios alcançados com as PICS

Os relatos abaixo dão destaque à passagem das idosas por várias práticas. A busca por novas atividades pode estar relacionada a vários motivos e não somente pelas doenças apresentadas. Tais motivos podem ir desde a busca do bem estar físico até a manutenção das relações sociais estabelecidas com os colegas e com os profissionais. Ao se tornarem mais autônomas e independentes, demonstram essa procura por novas práticas com vistas à perpetuação do sentimento de bem-estar subjetivo.

[...]Se eu morasse mais perto eu participava de mais coisas. (E2 – 65 anos)

[...]Aí a primeira que fiz foi... biodança não, foi..., como é o nome... é... Aí Jesus...dança circular. [...] Deram outra atividade para não ficar somente em uma só, né? [...] Aí machuquei o joelho, mas já tou fazendo essa acupuntura, essa da orelha. [...] Faço a biodança [...]. Já fiz floral que também é outro tipo de atividade... (E5 – 75 anos)

[...] Eu disse, sabe de uma coisa, vou ficar só na biodança e fiquei na biodança. Aí fui conhecendo, aí andei um bocado por aqui. Aí fiz acupuntura, aí fiz aquele trabalho com, aí fiz a auto-massagem com ...l, aí eu fiz a circular com .., ., eu amava circular de Aí agora a biodança eu amo, eu gosto da bio... eu gosto de todos eles. Eu gosto da biodança, eu gosto da soloterapia. Eu fui também pra... pra nutricionista daqui. Já andei um bocado. (E6 – 69 anos)

[...] É porque se disser você está encerrada desse dessa atividade. não tem problema, eu tô aqui. Procuro outra. [...] E qualquer coisa, com tanto que pra eu sair daqui só se for a cacete. (E9 – 75 anos)

[...] Aí ela me encaminhou para cinco coisas, me deu até o papel, me lembro muito bem. Ela me mandou para... ver se eu consigo lembrar o nome. Eita meu Deus é o que? Constelação familiar. Ela me mandou para yoga. Ela me mandou para automassagem, ela me mandou... Que mais meu Deus? Foram cinco. Tô lembrando de três. [...] Aí ela me convidou para Biodança [...] Comecei com esses dois depois aí vim pra osteopatia. (E10 – 72 anos).

Mesmo sabendo que as práticas realizadas no SIS abrangem todas as idades, não tendo grupos específicos para idosos, podemos acordar com Rizzoli e Surdi (2010), em um trabalho para identificar a percepção de pessoas idosas sobre grupos de convivência. Destacaram como motivos que as levam a participar desses grupos a busca por melhores condições de saúde física e mental, a necessidade de estar inserido em um grupo social interagindo com outras

pessoas, a precisão de realizar atividade física, a melhoria na qualidade de vida e o aumento do período de vida ativa.

Tema 3 - A atuação das PICS e do SIS como elemento de formação de rede social

Categorias

Apoio à rede social e o despertar para as idosas

Podemos evidenciar nas próximas falas o importante papel das PICS na ressocialização das idosas por meio das práticas, uma vez que parte dessas mulheres vive um processo de isolamento diante da realidade da aposentadoria, independência dos filhos, perda do cônjuge e de outros entes queridos.

[...] Olhe... Primeiro que eu amei foi ter um círculo de amizade que eu tinha ficado sem o marido, né. [...] Aí eu tava ainda em fase de depressão, aí gostei, eu gosto demais de fazer amizade, me apego demais às pessoas e então isso para mim foi fundamental [...] Eu acho que foi o... o meu... intercâmbio assim com as pessoas que eu me senti muito bem [...] Contribuiu porque eu ficava naquele interesse de vir, de participar, de abraçar a pessoa que é uma coisa que eu amo. (E10 – 72 anos)

[...] As meninas gostam de mim, sabe? [...] Porque eu sou um pouco palhacinha. Pergunta a elas, eu sou palhaça. Agora mesmo quando cheguei todo mundo já vai batendo palma pra mim, sabe? Agora eu digo a elas: “gente, não é, eu não sou feliz”. Eu trago uma tristeza muito grande dentro de mim desde o dia que eu comecei a tratar da minha irmã, entrou aqui aquela tristeza em mim não sai não, sabe, mas depois que eu entrei nesse grupo, eu não sou alegre, mas quando eu entro aí é uma alegria tão grande que ninguém quê fazer um passeio que eu não vá. É, graças a Deus. [...] Entrou uma alegria dentro de mim, um algo diferente dentro de mim porque eu me sinto feliz no meio delas [...] É... uma alegria dentro de mim, mas só que quando eu estou em casa vem a tristeza, eu não sou feliz não. Tenho uma tristeza dentro de mim, mas quando eu chego no meio delas eu sou a mais animada. (E11 – 80 anos)

As práticas não têm grupos específicos só para idosos, mas elas vão ao encontro dos programas para a essa faixa etária, bem-aceitos pelos idosos, segundo Motta (2004), pois lhes permitem construir relações novas e positivas com pessoas da mesma geração, fora do círculo familiar, descobrir ou reencontrar papéis, participar de uma rede de solidariedade e troca de afetos, melhorando a autoestima, reconstruir um projeto de vida, preencher o tempo livre, criar um espaço para sua existência.

O SIS como propiciador da extensão da rede social para além do seu ambiente

Podemos também evidenciar nas entrevistas de algumas idosas a satisfação com a realização de viagens, não sendo estas atividades oferecidas pela instituição, mas viabilizadas por meio da rede social formada dentro desse ambiente, se tornam um meio de lazer que vem a proporcionar uma sensação de felicidade.

Outras leituras dos resultados que as viagens podem exercer a favor das idosas no compartilhamento dessa experiência de lazer são a quebra do estado de medo, comumente evidenciado nessa etapa da vida, mudança despertada por um sentimento de confiança/segurança para realização de algum passeio. E o sentimento de função social, quando essas programações envolvem alguma ação solidária.

[...] Aí já passei muito, já viajei muito. Já fui para o Chile, já fui para a Argentina, já fui para Buenos Aires [...] Aí agora, aí vou só pra aqui pra Garanhuns, mas vou passar só dois dias. Aí tá programando que é uma agência, sabe? Que a gente viaja muito [...] Ah eu adoro, eu adoro. Agora mesmo eu tou precisando de viajar assim, pra só sorrir, só sorrir. A gente passeia tanto, visse? A gente passeia de barco, passeia de lancha, agente anda de tudo, de tudo a gente anda. A gente bota o medo de lado, é muito bom, visse? (E6 – 69 anos)

[...] E inclusive na Biodança tem uns encontros regionais, todo ano, no mês de setembro em cada estado [...] Aí o primeiro foi em Natal, eu fui. O segundo foi no Rio, foi em São Luís do Maranhão, aí eu fui. Esse ano foi em Salvador, eu fui. Então isso me ajudou bastante. (E8 – 60 anos)

[...] Querem que eu vá [...] Eu tou de frente! É, eu estou sempre de frente, agora vamos fazer um passeio: “Como é Dona ..., vai?”. Eu disse: “Bem... eu vou pelo maior número de pessoas que for”, que eu não fiz escolha de onde ir não, sabe. Aí o maior número eu tou no meio delas e vai chegar o dia do passeio que é lá em Suape. E a gente visita abrigos, entende? Leva donativos, tudo, é muito bom.

Para Gomes e Neves (2010), o valor do lazer na velhice não reside nas atividades propostas, tampouco na quantidade de experiências vivenciadas, mas no que elas significam para cada idoso, sendo a participação destes em situações de sociabilidade, parte integrante na qualidade de vida, tendo por base o convívio ensejado por eventos como os passeios.

Tema 4 - Patriarcalismo, viuvez e o apoio presente na vivência das PICS

Categorias

Autoritarismo entre gêneros

Nessa categoria podemos identificar nas narrativas, elementos de uma cultura patriarcal que, desde as antigas sociedades, expõe uma posição subalterna das mulheres. O patriarcado na visão de família é um conceito que surge inicialmente para designar um regime de organização familiar onde o pai, como chefe, tinha poder irrestrito sobre os membros da família (ENGLES, 2002), podendo expressar as relações desiguais de dominação dos homens sobre as mulheres.

[...] Porque quando eu era solteira, quando a gente era criança tem o pai para, né? Tem o pai para reprimir a gente. Não faz isso, não faz aquilo, não vestia calça comprida, não podia fazer sobancelha, não podia... aí isso vai... Aí depois me casei, aí meu marido se eu falasse, passasse duas vezes, duas pessoas “oi, bom dia, oi”, “vixe mais tu conhece gente”, aí aquilo ali eu não dava um bom dia a ninguém que eu tinha vergonha [...] Num é, eu tinha vergonha. Me identifiquei com a dança. E que eu digo as meninas assim: “se eu tivesse que, se meu marido fosse vivo eu não participava dessa dança não” [...] Eu era calada, agora era que eu tinha vergonha. Eu era tão vergonhosa que tinha medo de falar, que meu marido coisava [...] Eu passeio muito, eu viajo muito, que eu não passeava com meu marido, que ele não deixava, que ele dizia que eu tinha medo da noite, mas não era, aí “você não dorme de noite não sei o que, nos canto”. (E6 – 69 anos)

[...] É, mas aceitou a yoga já é coisa muito boa. Mas ele assim, né, na convivência só eu e ele: “vai fazer isso... E tu num vai fazer isso?... Né melhor tu não ir para o pilates?...Né melhor tu num ir pra...”, Entende? [...] É aquela coisa de deixar para baixo, né, dos seres humanos. Aí isso também melhorou porque eu digo: “não, eu vou, eu já tou resolvida, olha aqui já, daqui a pouco eu chego, levo minha chave, fique aí”. Aí ele dá uma ajustada com o juízo. (E8 – 60 anos)

Amparo das PICS na condição de viuvez e seus sentimentos

Algumas idosas chegaram ao serviço à procura de um alívio para a “dor da viuvez”. Como referem Rubio, Wanderley, Ventura (2011), a morte dos maridos para elas parece algo insuperável, visto que dedicaram à vida a servir o esposo e cuidar do lar, e passam a uma situação de perda de seus companheiros e de suas identidades.

[...] Primeiro tinha perdido meu esposo e tava um pouco assim meia tristonha, né? (E5 – 75 anos)

[...] Eu tinha ficado sem o marido, né... Aí eu tava ainda em fase de depressão, aí gostei, eu gosto demais de fazer amizade, me apego demais às pessoas e então isso para mim foi fundamental. (E10 – 72 anos)

Entretanto, podemos elucidar um outro lado da viuvez por meio da seguinte fala da idosa, reveladora de uma sensação de libertação, como se diz popularmente: “viúva graças a Deus”. Segundo Debert (1999), a viuvez pode assumir um significado de autonomia e liberdade para as idosas, as quais, durante sua juventude e vida adulta, não puderam gozar a liberdade devido às relações de gênero prevalecentes.

[...] Então depois que eu fiquei viúva, que eu comecei, vim pra aqui. [...] E eu não saía porque eu não saía com os meus meninos pequenos, eu chorava porque eu não saía, não botava a cabeça, tinha dia que eu passava o dia todinho, a semana toda e não ia no portão de casa. De tanto trabalhar com meninos pequenos. Aí depois que ele faleceu, que eu conheci isso aqui, minha filha eu já viajei tanto! Tou programando agora meus 70 anos se Deus quiser, Deus, que Deus vai me dar saúde e dinheiro, eu ir para Portugal, e conhecer Espanha. (E6 – 69 anos)

Tema 5 – A instituição SIS e suas dificuldades e limites

Categoria

Satisfação com o serviço apesar das dificuldades encontradas

Em relação ao serviço prestado, as falas da maioria das idosas, mostram não encontrar dificuldade. Os obstáculos referidos dizem respeito à estrutura física que precisa de reparos, aos horários de algumas práticas que poderiam ser mais diversificados, à escassa quantidade de transporte público para chegar à unidade e a incompatibilidade da crença religiosa do usuário com algumas práticas.

A realidade da precária infraestrutura vem sendo observada ao longo do tempo nos locais que realizam práticas integrativas e complementares em saúde (NASCIMENTO, 1998; SOUSA, 2004; SOUSA, 2013). A resolução para esta e outras limitações referidas pode ser vislumbrada à medida que seja efetivado o acordo entre a Prefeitura Municipal do Recife e a Universidade Federal de Pernambuco.

[...] Não. Não, as pessoas são muito boas, tratam muito bem a gente, entendeu? (E2 – 65 anos)

[...] Aí eu me matriculei, aí foi biodança, aí foi a biodança e foi outra para coluna, mas a da coluna eu não gostei muito assim por causa do horário que era de cinco as seis, aí eu tinha medo do pedaço que tem ali. (E6 – 69 anos)

[...] Agora eu não me encaixei bem com esse, com essa, a parte de meditação, né? Porque eu não sei, eu só fui, só vim uma vez... Eu sou evangélica, a meditação eu não sei a finalidade dela, que origem é, nadinha, eu não sei nada sobre ela, né? Aí eu disse não, eu vou deixar, vou continuar na dança e vou procurar depois uma outra atividade. Aí foi quando eu procurei essa parte da alimentação integral. (E7 – 79 anos)

[...] Não. Assim, a gente já sabe que tem na estrutura física do SIS, a gente tem algumas restrições, né [...] Que o prédio é da UFPE, aí, por exemplo, a sala violeta ela tem umas, como é, uns buraquinhos no piso, aí tem formigas, tem muriçocas. Então há umas dificuldades para a gente realizar, é diferente de você fazer um pilates num estúdio com ar-condicionado, entendeu? [...] Aí tem essas dificuldades físicas. Só! (E8 – 60 anos)

[...] Aqui filha, ultimamente, eu deixei por conta do transporte, eu deixei isso aqui por conta do transporte porque minha turma eu amava minha turminha. Mas era difícil porque só tinha um ônibus. Que é Torrões. [...] Mas não tem dificuldade não, aqui não. (E10 – 72 anos)

[...] Aí sempre tem a alimentação viva, mas não dava pra mim participar que era de manhã, é de manhã, né. Aí eu falei que quando tiver a tarde aí eu vou participar, aí começou a tarde aí eu fui. (E13 – 60 anos)

[...] Eu gostaria que tivesse mais alguma coisa e que tivesse também nos horários que fossem mais convenientes. Não estou dizendo que esse não é um horário conveniente, eu gosto, mas tem outras coisas que os horários não, não dá pra frequentar. (E14 – 69 anos)

O Estudo das falas das idosas nos traz a mente à importância do acesso às práticas integrativas e complementares em saúde e a sua atuação frente à população, principalmente quando falamos de idosas que apresentam particularidades inerentes a idade e a toda as suas vivências que foram desenvolvidas pelo caminhar de cada uma durante a passagem dos anos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se utilizou de uma abordagem qualitativa, propondo-se a compreender a concepção sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS, por parte da população idosa que frequenta o Serviço Integrado de Saúde, situado em Recife/PE.

O perfil dos idosos que utilizaram as práticas integrativas e complementares no SIS foi marcado pelo predomínio das mulheres, com idade que variaram de 60 a 88 anos, a maioria mora em suas próprias casas com filhos, pertencentes a religião católica ou evangélica, tendo ensino médio completo, viúvas, mães de 1 a 2 filhos, recebem aposentadorias e pensões, com uma renda mensal de 2 a 5 salários mínimos.

Em relação às PICS realizadas foi observada uma circulação entre as práticas, o que variou entre 1 a 5 práticas, com maior frequência de 2 vezes por semana.. Os relatos durante as entrevistas, revelam o sentido dos benefícios alcançados por meio das PICS e do SIS como ambiente terapêutico e a expressão das mesmas do desejo de continuar.

O estudo das falas das idosas nos possibilitou entender que o processo inicial de chegada ao SIS ocorreu em por vias diversificadas, através da própria USF como através de terceiros, com uma excelente sensação de acolhimento ao chegar. Abre-nos a visão para a necessidade de uma ampliação da divulgação das PICS para a população, visto que a maiorias das idosas não tinham conhecimento sobre o que são as práticas, ou quando afirmavam prévio conhecimento, havia uma pequena confusão com atividades da área de fisioterapia, como o pilates, ou de educação física, como ginástica e musculação. E que após a vivência dessas práticas há um melhor entendimento com relatos elogiosos as PICS.

Observa-se a medida de efetividade tanto das PICS como da própria unidade SIS, havendo relatos de benefícios como a diminuição do uso de medicamentos, o alcance de uma maior autonomia gerando mudanças de atitudes positivas. E trazendo, também, a visão do SIS como um espaço terapêutico como um ambiente que proporciona as idosas um bem-estar subjetivo.

A formação de rede social também é um elemento importante da atuação das práticas que até proporciona uma extensão dessa rede para além das portas do SIS. Outro importante papel das PICS foi observado no apoio à realidade da viuvez de algumas dessas idosas e a do patriarcalismo relatados em algumas falas.

No geral, em relação ao serviço prestado as queixas diziam respeito mais à estrutura física, horários de algumas práticas, quantidade de transportes públicos que dão acesso a unidade e incompatibilidade de crença religiosa.

Assim, na análise de conteúdo das falas das idosas, percebe-se que o valor principal das PICS no cuidado integral ampliado à saúde e a vida se concretiza de fato nesta parcela da população, trazendo benefícios a diferentes esferas da vida por meio das vivências das práticas, das convivências partilhadas e estabelecidas e das impressões deixadas no ser.

Sugere-se que sejam realizadas outras pesquisas sobre a concepção dos idosos e as PICS em torno dos vários temas que emergiram do estudo, assim podendo constituir novas categorias para se discutir, compreender e agregar valor e sentido à prestação de cuidados à população idosa.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J.T.; COSTA, L.F.A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde Soc**: São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- ARCURI, Irene. Contribuições contemporâneas sobre o envelhecer. **Revista Kairós**. São Paulo.6(2). dez. 2003. PP. 95-110.
- BAKER, G. Trabalho não é tudo, mas é quase tudo: homens, desemprego e justiça social em Políticas Públicas. In: MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M.; BRASILINO, J. Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas. Recife: **Instituto PAPAÍ**; p. 125-138, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (POR): Edições 70, 2016.
- BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde e doença: a quem serve o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67 – 84, 2002.
- BEAUVOUR, S.; **[Correspondência]**. Destinatário: Jean-Paul Sartre. França, 19??. Disponível em: <https://www.portalraizes.com/simone-de-beauvoir-viver-em-tempos-mortos/>. Acesso: 05/02/2018.
- BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes; 2004.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social Lei n. 8.842. **Política Nacional do Idoso**. Brasília: DF, 4 de janeiro de 1994.
- BRASIL. **Lei nº 10.741/03, de 1º de outubro de 2003**. Estatuto do Idoso.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPICSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 92, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
- BRASIL. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 set. 2007.

BRASIL. Decreto-Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**, 01 out 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 196 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 48. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 145, de 11 de Janeiro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Manual de Procedimentos: Aposentadoria / Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de Gestão de Pessoas. -- Brasília: MP, 2017.103 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L.; PASSINARO, M. T.; Famílias: Espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros, Rio de Janeiro, **IPEA**, 2004. p. 137-168.

CAMPOS, F.G.; BARROZO, L.V.; RUIZ T.; CÉSAR, C.L.G.; BARROS, M.B.A.; CARANDINA, L. et al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. **Cad. Saúde Pública**. v.25, n.1, p. :77-86, 2009.

CAMPOS, M.T.F.S.; MONTEIRO, J.B.R.; ORNELAS, A.P.R.C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**. v. 13, n. 3, p. 157-65, 2000.

CARDOSO, Myrian Cristina da Silva; FERREIRA, Maria Cristina. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 29, n. 2, p. 380-393, jun. 2009.

CARVALHO, G. S. et al. **O modelo biomédico e a abordagem de promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco.** 2008.

CARVALHO, M. F. C. et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo – Estudo 68 SABE. **Rev Bras Epidemiol**, v.15, n.4, p. 817-27, 2012.

CHAVES, S.M.S. Análise do cuidado produzido pela acupuntura sob o enfoque das tecnologias de trabalho em saúde: samambaias e bambus. 2011. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde e da Comunidade, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

CLARES, J.W.B.; FREITAS, M.C.; ALMEIDA, P.C.; GALIZA, F.T.; QUEIROZ, T.A. Perfil de idosos cadastrados numa Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. **Rev RENE**. v. 12, n. esp., p.988-94, 2011.

D'ALENCAR, B.P.; MENDES, M.M.R.; JORGE, M.S.B.; RODRIGUES, M.S.P. Significado da biodança como fonte de liberdade e autonomia na auto-reconquista no viver humano. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.15, p.48-54, 2006. Número Especial.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: sociabilização e processos de reprivatização do envelhecimento.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Editors. **Handbook of qualitative research.** Thousand Oaks: Sage Publications; 2005.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** Trad. Ruth M. Klaus. São Paulo: Centauro, 2002.

ERIKSON E. **O ciclo de vida completo.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FIGUEIREDO, T. C.; FRIGO, L. F..Práticas Integrativas e complementares em evento para terceira idade. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 3, P. 72-73, 2013.

FONTANELLA, F.; SPECK, F .P.; PIOVEZAN, A.P., et al. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **ACM arq. catarin. med.** v.36, n.2, p. 69-74, 2007.

FONTES, K.C.F.Q.; PISSOLATO, S.T.C.; COSTA, I.G. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos de uma Unidade de Saúde da Família em Diamantino-MT. **Rev Matogrossense Enferm** 2010:1-15.

GATTÁS, M.L.G. **Interdisciplinaridade – Formação e Ação na área de Saúde.** Ribeirão Preto: Editora: Holos, 2006.

GOMES, A.R.; NEVES, R. Contextos e estilos de vida do idoso: narrativas no feminino. **Revista Kairós Gerontologia**, v.13, n.1, p. 191-210, 2010.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.3, p.565-74, 2007.

GONÇALVES, R. P.; ANTUNES, H.M.; TEIXEIRA, J.B.P.; et al. Profissionais da área de saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não convencionais. **Revista APS**, v.11, n. 4, p. 398-405, 2008.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos**, v.9, n.1, p.61-78, 2002.

GUEDEA, M. T. D.; ALBUQUERQUE, F. J. B. de; TRÓCCOLI, B. T.; NORIEGA, J. A. V.; SEABRA, M. A. B.; GUEDEA, R. L. D. . Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, n.2, p.301-308, 2006.

GUIMARÃES, R. M. **O envelhecimento: um processo pessoal?** In: Freitas, E.V. et al. Tratado de Gerontologia e Geriatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.83-7, 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2015. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios as projeções da população**.

IBGE– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população Brasileira**. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica; número 27; Rio de Janeiro; 2010.

IBGE. Censo Demográfico 2010: nupcialidade, fecundidade e migração. Resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira : 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016. 146 p. - (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296 ; n. 36).

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R.. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 1, p. 131-138. 2007.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 48-70, mar./jun. 2001.

LEVIN, J. S.; JONAS, W. B.; organizadores. **Tratado de medicina complementar e alternativa**. São Paulo: Editora Manole; 2001.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. v.12, n.27, p. 795-807, 2008.

LIMA-COSTA, M. F. et al. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saude Publica**, v.23, n.8, p.1893-902, 2007.

LUZ, D. **Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica**. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, p.103-152. 2012.

LUZ, M. T. **Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas**. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde. Rio de Janeiro: UERJ,IMS, p.15-24. 2012.

LUZ, M. T. **Estudo comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica em programas públicos de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 1996.

LUZ, M. T. Estudo comparativo das racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. **Saúde em novo paradigma**, v.1, p. 151-175, 2012.

LUZ, M.T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145176, 2005.

MAMBRINI, V. **Costumes, ídolos e desafios da mulher de 1930**. Último Segundo. São Paulo, 2010.

MENENDEZ, E.L. **Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MENESES, A. L. L.; SÁ, M. L. B. Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas. **Rev Geriatria Gerontol**, v.4, n.3, p.154-61, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ªed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MINAYO, M.C.S.; GOMES, S.F.D. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 30ªed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2011.

MIRANDA, D. S. Socialização e participação dos idosos: o caso Sesc. In: BARROSO, Áurea Eleotério Soares (Coord.). **Perspectiva social do envelhecimento**. São Paulo: Secretaria de Estado de Assistência e Desenvolvimento Social/Fundação Padre Anchieta, 2009. p. 29-47.

MOIMAZ, S.A.S.; ALMEIDA, M.E.L.; LOLLI, L.F.; GARBIN, C.A.S.; SALIBA, N.A. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.12, n.3, p.361-375, 2009.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais.** / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.: il.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia.** Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

MOTTA, A. B. **Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional.** in: Peixoto, C. E. Família e envelhecimento. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

NASCIMENTO, M. C. 1998. A acupuntura no serviço de assistência à saúde no município do Rio de Janeiro. In: VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas Medicina Tradicional Chinesa (Madel T. Luz, coord.) pp 43-52. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, (Série estudos em saúde coletiva; n.160).

OMS. **Estrategia de La OMS sobre Medicina Tradicional.** Ginebra: Organización Mundial de La Salud; 2013.

OTANI, M.A.P; BARROS, N.F.A.; Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, mar.2009.

PARAHYBA, M.I.; VERAS, R.P.; MELZER, D. Incapacidade Funcional entre mulheres idosas no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 383-91, 2005.

PAVARINI, S.C.I.; LUCHESI, B.M.; FERNANDES, H.C.L.; MENDIONDO, M.S.Z.; FILIZOLA, C.L.A.; BARHAM, E.J. et al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. **Rev Eletr Enferm** 2008.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saude Publica**, v.19, n.3, p.793-7, 2003.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Portaria nº 122 de 6 de Julho de 2012. **Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares.** Diário Oficial da Prefeitura do Recife, Poder Executivo, Recife, PE, 13 set. 2012.

RIZZOLLI, D.; SURDI, A. C. Percepção dos idosos sobre grupos da terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 225-233, 2010.

RUBIO, M.E.; WANDERLEY, K.S.; VENTURA, M.M. A viuvez: a representação da morte na visão masculina e feminina. **Kairós Gerontologia**, São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. v.14, n.1, p.137-147, 2011.

SAMPAIO, L.S.; REIS, L.A.; OLIVEIRA, T.S. Alguns aspectos epidemiológicos dos idosos participantes de um grupo de convivência no município Jequié-BA. **Com. Ciências Saúde**, v. 3, n. 2, p. 19-26, 2007.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I.; BRITO, T.R.P. Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Esc Anna Nery**, v.14, n.3, p.496-503, 2010.

SANTOS, F.A.Z.; SOUSA, I.M.C.; GURGEL, I.G.D.; BEZERRA, A.F.B.; BARROS N.F. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, 2011.

SANTOS, M.C.; TESSER, C.D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Cienc Saude Colet.**, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, 2012.

SILVA, A.O. **O idoso e o contexto atual da saúde**, v. 14, n. 4, p. 664-666, out – dez 2010.

SILVA, L.D.C.; CARVALHO P.; BELCHIOR, V.S. **Abrigo de idosos: aplicação do estatuto do idoso**. 2007. 66f. Monografia (Graduação em Serviço Social). – Faculdades Integradas “Antônio Eufrásio de Toledo”, São Paulo, 2007.

SILVEIRA, E. A.; DALASTRA, L.; PAGOTTO, V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. **Rev. bras. epidemiol**, v.17, n.4, p. 818-29, 2014.

SOUSA, I. M C.; Artigo 2 – A estruturação do cuidado nas Medicinas Alternativas e Complementares no modelo de atenção à saúde: estudo de caso no Recife. In: Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na atenção primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação. Rio de Janeiro, 2013. p. 128.

SOUSA, I. M. C. Medicina alternativa nos serviços públicos de saúde: A prática da massagem na área programática 3.1 no município do Rio de Janeiro. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2004.

SOUSA, I. M. C.; et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143 - 2154, 2012 .

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009.

TESSER, C.D. (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

TESSER, C.D. Três considerações sobre a “má medicina”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 13, n. 31, p. 273-286, 2009.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, p. 195-206, 2008.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C. Atenção Primária, “Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas afinidades eletivas,” **Saúde Soc**, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012.

THIAGO, S.C.S.; TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev Saúde Pública**, v. 45, p. 249-57, 2011.

TORRES, G.V.; REIS, L.A.; REIS, L.A.; FERNANDES, M.H.; XAVIER, T.T. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). **Rev Baiana de Saúde Pública**. v.34, n.1, p.19-30, 2010.

UCHÔA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M.C.; COIMBRA, C.E.A. (Orgs.). **Antropologia, sociedade e cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.25-35.

VERAS, R.P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saude Publica**, v.43, n.3, p.548-54, 2009.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P.; COELHO, F.D.; SANCHEZ M.A. Promovendo saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Rev Bras Geriat Geront**, v. 10, n. 3, p. 355-70, 2007.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade (USP. Impresso)**, v. 24, p. 100-112, 2015.

WITTER, C., et al. Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas. Campinas: Ed. Alinea, 2006.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO –TCLE**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: Concepção dos idosos de uma Unidade de Cuidados Integrals À Saúde (UCIS) na Cidade do Recife sobre a contribuição das PICS em sua qualidade de vida, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Márcia Maria Souza de Albuquerque, Telefone: (81) 999262806, e-mail: mms_albuquerque@hotmail.com, com endereço: Rua Paula Batista, nº270, Apto: 803, Casa Amarela, CEP: 52.070-070, Recife/PE – Brasil; sob a orientação de: Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Telefone: (81) 21268550/ Fax: (81) 21268558, e-mail: afalangola@uol.com.br, com endereço: Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, CEP: 50.739-970, Recife/PE – Brasil.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa tem como objetivo compreender a concepção da população idosa sobre as PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) em sua qualidade de vida, como parte integrante do cuidado em saúde. Para realização deste trabalho usaremos os seguintes métodos: se concordar em participar da pesquisa, você responderá a um roteiro de perguntas norteadoras, onde suas respostas serão gravadas por um gravador de áudio. Responderá também a um formulário de dados de identificação pessoal elaborado pelos pesquisadores.
- Os possíveis riscos que poderão ocorrer nesta pesquisa são: a) quebra de sigilo sobre os dados dos indivíduos, no entanto, haverá o comprometimento de manter todos os dados pessoais com acesso apenas ao pesquisador principal. b) perda de tempo com a participação no estudo, minimizado pela explicação de todos os passos metodológicos antes da assinatura do TCLE e explicação dos objetivos da pesquisa, principalmente que sua participação contribuirá com maior conhecimento no âmbito das PCIS; c) constrangimento por não saber responder algumas ou todas as questões do roteiro de entrevista, minimizado pela liberdade de não responder nada que não lhe convenha e garantias no sigilo das informações obtidas conforme descrito anteriormente; d) frustração por não saber responder as questões, minimizado pelo fato de que o roteiro de perguntas não será feito em grupo, podendo o usuário ficar mais a vontade para não responder determinada questão por não saber.

- Essa pesquisa poderá trazer benefícios uma vez que com os dados obtidos, propiciará um maior entendimento sobre a concepção das PICS sobre os usuários idosos, assim como seu perfil e caracterização dos idosos que buscam ou são encaminhados para o acompanhamento. Além de contribuir com a Secretaria Municipal de Saúde e com a academia, que passam a conhecer melhor os usuários idosos que estão nos cenários das PICS, conseqüentemente, amplia-se a possibilidade de intervenção em direção à melhoria da qualidade de vida dos idosos. Com base nos dados obtidos, será possível produzir conhecimento científico e incentivar a produção de novas pesquisas nessa área.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, gravações e formulários de identificação pessoal, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF: _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo: Concepção dos idosos de uma Unidade de Cuidados Integrals À Saúde (UCIS) na Cidade do Recife sobre a contribuição das PICS em sua qualidade de vida, na cidade do Recife, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL, DE PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO E DAS MODALIDADES DAS PICS REALIZADAS

DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO

1. N° DA ENTREVISTA: _____	2. DATA DA ENTREVISTA: ____ / ____ / ____
3. N° PRONTUÁRIO: _____	4. ENTREVISTADOR: _____
5. NOME: _____	
6. DATA NASCIMENTO: ____ / ____ / ____	7. IDADE (completa em anos): _____
8. Bairro: _____	

PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

9. SEXO: _____ (0) Masculino (1) Feminino _____	
10. IDADE: _____ (0) 60 A 69 anos (1) 70 A 79 anos (2) Mais de 80 anos	11. ESTADO CIVIL: _____ (0) Solteiro(a) (1) Casado(a) (2) Separado(a) ou divorciado(a) (3) Outros
12. MORADA: _____ (0) Mora com esposo(a) ou companheiro(a) (1) Mora sozinho(a) (2) Mora com os filhos ou parentes na casa de deles (3) Mora com os filhos ou parentes na sua casa	13. N° DE FILHOS: _____ (0) Nenhum (1) 1 a 2 (2) 3 a 4 (3) 5 a 6 (4) Mais de 6
14. Religião: _____ (0) Católica (1) Evangélica (2) Espírita (3) Outras (4) Sem religião/sem declaração	15. SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA: ____ (0) Aposentado(a) (1) Pensionista (2) Aposentado(a) e pensionista (4) Não é aposentado(a)
16. ESCOLARIDADE: _____ (anos de estudo com aprovação) (0) Nenhum (1) Fundamental I incompleto (2) Fundamental I completo (3) Fundamental II incompleto (4) Fundamental II completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino médio completo (7) Superior incompleto (8) Superior completo (9) Pós-graduado	17. RENDA MENSAL DOMICILIAR: ____ (0) Até 1/2 salário mínimo (1) Mais de 1/2 a 1 salário mínimo (2) Mais de 1 a 2 salários mínimos; (3) Mais de 2 a 5 salários mínimos (4) Mais de 5 a 10 salários mínimos (5) Mais de 10 a 20 salários mínimos (6) Mais de 20 salários mínimos (7) Sem rendimento (8) Sem declaração

MODALIDADES DAS PICS REALIZADAS**QUANTIDADE DE PICS REALIZADAS:** _____**QUAIS A(S) MODALIDADE(S) PRATICADA(S):****QUAL A FREQUÊNCIA DA REALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS:**

- (0) 1 vez por semana
- (2) 2 vezes por semana
- (3) 3 ou mais vezes por semana
- (4) 1 vez a cada 15 dias
- (5) 1 vez por mês

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA**DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO**

1. N° DA ENTREVISTA: _____ 2. DATA DA ENTREVISTA: __/__/__
3. N° PRONTUÁRIO: _____ 4. ENTREVISTADOR: _____
5. NOME: _____
6. DATA NASCIMENTO: __/__/__ 7. IDADE (completa em anos): _____

ROTEIRO NORTEADOR:

- ENTENDIMENTO SOBRE PICS.
- HISTÓRICO DE CHEGADA AO SERVIÇO.
- IMPORTÂNCIA DAS PICS EM SEU CONTEXTO DE VIDA/SAÚDE.
- MUDANÇAS EM SEU DIA A DIA APÓS A INSERÇÃO DAS PICS.
- LIMITES IDENTIFICADOS.

ANEXO A - CARTAS DE ANUÊNCIA DO PROJETO



Recife, 24 de março de 2017.

Of. 08/17 – Serviço Integrado de Saúde

À Márcia Maria Souza de Albuquerque

Assunto: Carta de Anuência

Prezada Senhora,

O Conselho Gestor do Serviço Integrado de Saúde (SIS), em reunião ordinária ocorrida em 24 de março do presente ano, avaliou, discutiu e concordou com a execução do projeto intitulado "CONCEPÇÃO DOS IDOSOS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTEGRAIS À SAÚDE (UCIS) NA CIDADE DO RECIFE SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DAS PICS EM SUA QUALIDADE DE VIDA", a ser desenvolvido no SIS, após o referido projeto ser aprovado no respectivo comitê de ética.

Certa de contar com sua colaboração, despeço-me cordialmente

Elaine Judite de Amorim Carvalho

Coordenadora do SIS



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Márcia Maria Souza de Albuquerque**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa no Serviço Integrado de Saúde - SIS, no Distrito Sanitário IV, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**Concepção dos idosos de uma Unidade de Cuidados Integrals à Saúde (UCIS) na cidade do Recife sobre a contribuição das PICS em sua qualidade de vida**", sendo orientada por Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 17 de maio de 2017.

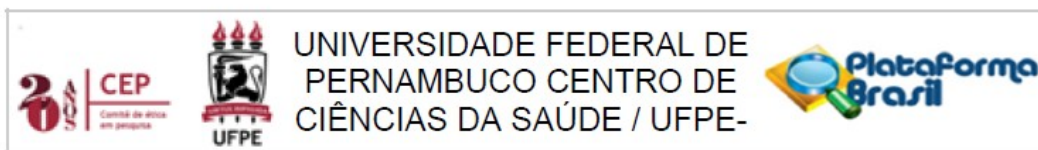
Atenciosamente,

Valderez Ribeiro

Gestora da Gerência de Formação e Educação na Saúde

Valderez Ribeiro de Andrade
Gestor de Unidade de Gestão de
Educação na Saúde DEGESES/SAU
Matrícula 103.755.2

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONCEPÇÃO DOS IDOSOS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTEGRAIS À SAÚDE (UCIS) NA CIDADE DO RECIFE SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DAS PICS EM SUA QUALIDADE DE VIDA.

Pesquisador: MARCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66459917.4.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

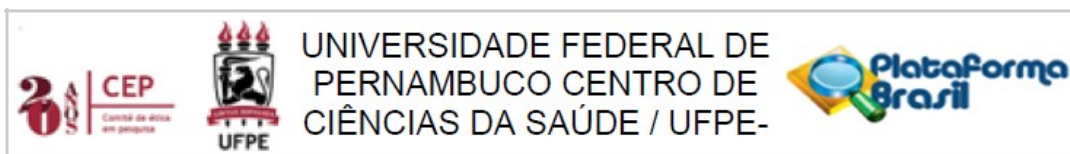
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.045.280

Apresentação do Projeto:

Durante o envelhecimento, ocorre uma diminuição da capacidade funcional do indivíduo e, também, um aumento da suscetibilidade, acarretando uma série de doenças crônicas, relacionadas com a idade. Com isso, surge a necessidade de uma série de novas exigências e mudanças em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos, onde a definição de saúde não é compreendida tão somente pela ausência de doenças e enfermidades. Considerando que a promoção da saúde pode ser definida como um campo de propostas, ideias e práticas, crescente na saúde pública, que parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes pode-se enxergar as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) como um vantajoso modelo de ação, que no Brasil segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), compreendem sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos da Medicina Tradicional e Medicina Complementar/Alternativa (MT/MCA). As PICs referem-se a um conjunto de saberes e práticas em saúde geralmente baseadas em experiências, teorias e crenças próprias da cultura secular de cada país ou região, e que diferem da biomedicina ou da medicina alopática ocidental. A inserção e ampliação das PICS a este grupo populacional vêm ao encontro desse propósito na tentativa de minimizar as frustrações da população com os profissionais e intervenções da biomedicina centrada na doença, e a busca de um atendimento mais humanizado. Apesar de,

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.045.280

atualmente, ser divulgada as finalidades das PICs para a saúde, estas ainda são pouco difundidas junto à população idosa e demais faixas etárias. Diante do exposto, o estudo visa compreender a concepção dos idosos sobre as PICs em sua qualidade de vida, como parte integrante do cuidado em saúde, caracterizando seus aspectos sociodemográficos, identificando as modalidades mais praticadas e analisando a compreensão e importância das PICs em suas vidas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a concepção da população idosa sobre as PICs em sua qualidade de vida, como parte integrante do cuidado em saúde.

Objetivo Secundário:

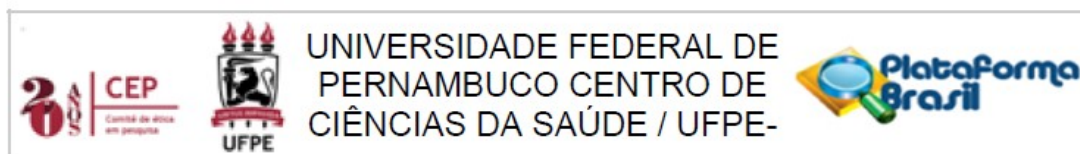
1. Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos usuários das PICs;
2. Identificar as modalidades das PICs mais praticadas pelos idosos;
3. Analisar a compreensão e importância das PICs por parte dos usuários idosos em sua qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos previsíveis relacionados a esta pesquisa são: a) quebra de sigilo sobre os dados dos indivíduos, no entanto, haverá o comprometimento de manter todos os dados pessoais com acesso apenas ao pesquisador principal. b) perda de tempo com a participação no estudo, minimizado pela explicação de todos os passos metodológicos antes da assinatura do TCLE e explicação dos objetivos da pesquisa, principalmente que sua participação contribuirá com maior conhecimento no âmbito das PICs; c) constrangimento por não saber responder algumas ou todas as questões do roteiro de entrevista, minimizado pela liberdade de não responder nada que não lhe convenha e garantias no sigilo das informações obtidas conforme descrito anteriormente; d) frustração por não saber responder as questões, minimizado pelo fato de que o roteiro de perguntas não será feito em grupo, podendo o usuário ficar mais a vontade para não responder determinada questão por não saber.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.045.280

Benefícios:

Essa pesquisa poderá trazer benefícios uma vez que com os dados obtidos, propiciará um maior entendimento sobre a concepção das PICs sobre os usuários idosos, assim como seu perfil e caracterização dos idosos que buscam ou são encaminhados para o acompanhamento. Além de contribuir com a Secretaria Municipal de Saúde e com a academia, que passam a conhecer melhor os usuários idosos que estão nos cenários das PICs, consequentemente, amplia-se a possibilidade de intervenção em direção à melhoria da qualidade de vida dos idosos. Com base nos dados obtidos, será possível produzir conhecimento científico e incentivar a produção de novas pesquisas nessa área.

Os Riscos estão corretamente previstos e minimizados e os Benefícios, Indiretos, de acordo com os Objetivos propostos.

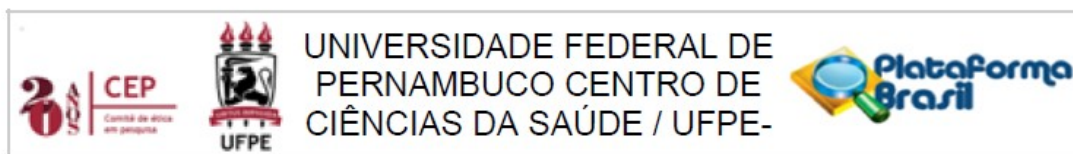
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa cuja população amostral será de 40 indivíduos idosos que tem como finalidade a qualificação para o Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da UFPE, mestrado, da nutricionista MARCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE, Pesquisadora Principal. Apresenta Critérios adequados de Inclusão e Exclusão para essa população. A pesquisa será realizada em uma Unidade de Cuidados Integrals a Saúde (UCIS), o Serviço Integrado de Saúde (SIS), localizado no município do Recife-PE. As entrevistas ocorrerão na própria unidade de atendimento com o intuito de evitar o deslocamento dos usuários, podendo ser antes ou após o atendimento, em sala reservada. Os dados coletados nesta pesquisa, gravações e formulários de identificação pessoal, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Será utilizado o referencial de análise de conteúdo para organizar os discursos coletados (BARDIN, 2004), do tipo temática, seguindo o critério semântico, sendo a análise central o Tema (feixe de relações – palavra, uma frase, um resumo). Será utilizado o software de apoio à análise de dados qualitativos (computer assisted qualitative data analysis software – CAQDAS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta-se bem redigido e fundamentado, com Folha de Rosto adequadamente

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.045.280

preenchida e assinada pela Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da UFPE. A Carta de Anuência do Serviço Integrado de Saúde esta anexada bem como o Termo de Compromisso e Confidencialidade da Pesquisadora Principal. O Cronograma e Orçamento estão adequados aos Objetivos e Metodologia propostos. TCLE bem redigido, contendo riscos, benefícios, direitos e garantias para o participante da pesquisa. Há uma Declaração de matrícula da Pesquisadora Principal no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Currículos da equipe de pesquisa, anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

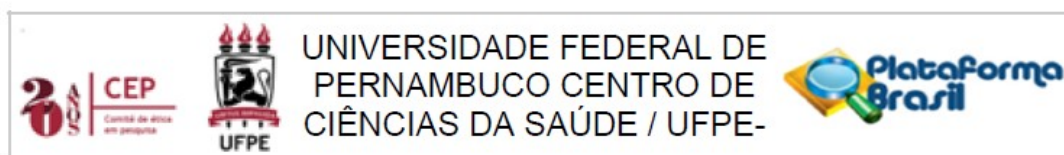
Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.045.280

que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_889944.pdf	30/03/2017 11:05:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_Mestrado_Marcia_Albuquerque.doc	30/03/2017 11:05:20	MARCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO.doc	30/03/2017 11:04:57	MARCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	Declaracao_de_matricula.pdf	30/03/2017 09:20:05	MARCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_Oficio_n08_2017.pdf	30/03/2017 09:18:12	MARCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Antonio_Carlos_Gomes_do_Espirito_Santo.pdf	30/03/2017 09:17:13	MARCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Adriana_Falangola_Benjamin_Bezerra.pdf	30/03/2017 09:16:23	MARCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_orientanda_Marcia_Albuquerque.pdf	30/03/2017 09:15:46	MARCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	30/03/2017 09:13:06	MARCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	30/03/2017 09:08:40	MARCIA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE	Aceito

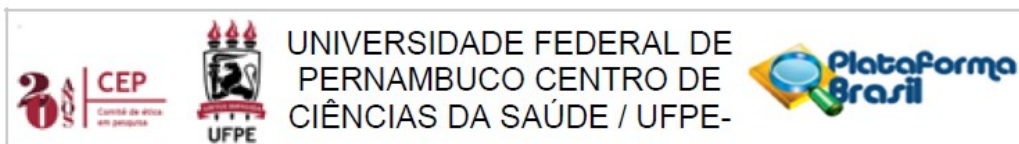
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.045.280

RECIFE, 04 de Maio de 2017

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br