

ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

CARLA VIERO KOWALSKI

**DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: AUTOCUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS
IDOSAS EM VULNERABILIDADE**

Porto Alegre, RS
2022

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

CARLA KOWALSKI

**DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: AUTOCUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DE
PESSOAS IDOSAS EM VULNERABILIDADE**

PORTO ALEGRE, RS

2022

CARLA KOWALSKI

**DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: AUTOCUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DE
PESSOAS IDOSAS EM VULNERABILIDADE**

Defesa da Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Gerontologia
Biomédica, na Linha de Pesquisa:
Envelhecimento e saúde pública, da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul -
PUCRS

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi

Porto Alegre, RS

2022

Ficha Catalográfica

K88d Kowalski, Carla Viero

Doenças Negligenciadas : Autocuidado na atenção à saúde de pessoas idosas em vulnerabilidade / Carla Viero Kowalski. – 2022.

140.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi.

1. doenças negligenciadas. 2. Pessoas idosas. 3. vulnerabilidade. 4. autocuidado. I. Grossi, Patrícia Krieger. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Bibliotecária responsável: Loiva Duarte Novak CRB-10/2079

CARLA KOWALSKI

**DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: AUTOCUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DE
PESSOAS IDOSAS EM VULNERABILIDADE**

Defesa da Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Gerontologia Biomédica, na Linha de
Pesquisa: Envelhecimento e Saúde pública
da Pontifícia Universidade Católica do Rio
Grande do Sul - PUCRS

Aprovada em 24 de maio de 2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi (Orientadora)

Prof. Drº.Claus Dieter Stobäus

Prof. Drº Newton Luiz Terra

Prof. Drº Francisco Arseli Kern

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado, *parcialmente*, com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001” “This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance.

Ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS seu Corpo Docente e respectivos Diretores, Coordenadores e /ou representantes da Gestão deste PPG entre 2018 e 2022.

Manifesto gratidão a tudo e a todos que estiveram presentes nesse processo de formação. Entretanto, e não menos importante, a sensibilidade evidenciada por docentes que proporcionaram o *além do currículo*, despertando o sentimento de pertencimento e vínculo se fizeram ferramentas indispensáveis a transferência de saberes.

A cada oportunidade vislumbrada busquei extrair aprendizados que comprovadamente, estão alicerçados em sólidas bases curriculares. A formação complexa e holística se completa ao vislumbrar que esses mestres e professores, transcenderam a metodologias no transferir do conhecimento, a eles se destaca a premissa em *Ser e fazer*, ao ponto que seus discursos se fizeram a sua prática.

Com carinho e gratidão!

Dr.Claus Dieter Stobaus

Dr. Newton Terra

Dr.Ângelo Bos

Dedico esta Tese:

Aos meus pais Leda e Luiz Carlos, meus apoiadores e modelos de vida, seus ensinamentos desde cedo pautaram-se na importância do estudo; na leitura e na superação. A minha mãe meu maior exemplo de coragem, por me mostrar que somos mais fortes do que imaginamos;

Aos meus irmãos Rafael e Aline e Ronald meus parceiros por fazerem parte das melhores lembranças da minha vida.

A minha avó (vó mãe) ANNA (In Memoriam) minha inspiração de vida, por despertar em mim a paixão pela área do envelhecimento e ser a minha maior professora do curso da vida e de resiliência.

Ao meu marido *Rafael*, meu porto forte e seguro que se fez a fonte de entusiasmo e apoio.

Aos meus amores incondicionais Matheus e Livia, vocês são anjos em forma de filhos, espero estar à altura para ser mãe de vocês.

Nunca esqueçam, que vocês são os verdadeiros presentes de Deus.

E Deus não erra

Gratidão AO CRIADOR E A SUA CRIAÇÃO, Creio que carregamos um pouco de Deus em nós somos. COMO CRIATURA DE DEUS, AGRADEÇO A MIM MESMO por não ter desistido e mais uma vez acreditar na capacidade de superação e no poder, onisciente, onipresente e onipotente de Deus que habita em mim.

RESUMO

Introdução: As Doenças Negligenciadas em pessoas idosas, frente ao diagnóstico de hanseníase, HIV/AIDS e Tuberculose, vão ao encontro das demandas de pesquisa em saúde ao avaliar sob aspectos subjetivos e objetivos o itinerário dos idosos na rede de atenção à saúde, a dupla negligência ao revelar a deficitária formação profissional seguido da assistência sem capacitação específica as pessoas idosas. Os marcadores semânticos como a *incongruência*, *obviedade* e *complexidade*, emergiram e foram empregados com o intuito em ratificar a vulnerabilidade multifacetada. A incongruência se revela no reconhecimento do legado assolador atribuído pela patogenicidade biológica e social inerentes a essas doenças e sua interlocução com a inexistência de hábitos de higiene, esses fenômenos ditados por microrganismos invisíveis e mortais exibem a lacuna em um controle epidemiológico eficaz. A obviedade paira ao analisar as esferas sociais e as instâncias governamentais que são corresponsáveis na organização social, política e de saúde do país, a esses estratos representativos de gestão, se ancora na negligência instituída reforçando as desigualdades. A complexidade, insurge ao identificar as possibilidades existentes na resolução e mudanças da realidade sob a égide da educação em saúde estendida a toda a população. **Objetivo:** analisar o contexto de atenção à saúde e o autocuidado em pessoas idosas em situação de vulnerabilidade com doenças negligenciadas, no município de Santa Maria, RS, a fim de contribuir para a educação em saúde, com toda a sociedade. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, em nível exploratório-descritivo, com abordagem participativa fizeram parte deste estudo 20 idosos, sendo 11 mulheres e 9 homens. Os dados foram obtidos pela Vigilância em Saúde seguida de entrevista semiestruturada. **Resultados e Discussão:** Os achados revelam outras formas de adoecimento experienciada pelos idosos. A doença social deflagrada assume um perfil sustentado e nutrido pela exclusão, preconceito, estigma e auto rejeição, evidenciando que a atenção à saúde e ao autocuidado experienciado pelas pessoas idosas são influenciadas pelos marcadores sociais. Os resultados apontaram que a maioria dos participantes da pesquisa eram mulheres (55%), 35% recebiam aposentadoria, porém 25% estavam desempregados e 55% não tinham planos de saúde privados, dependendo somente do SUS. A partir da análise de conteúdo das entrevistas identificou-se a violência estrutural evidenciada através da exclusão do acesso a direitos, banalização da doença, negação a assistência à saúde, não cumprimento da lei e do dever social e técnico do profissional no atendimento às demandas das pessoas idosas com doenças negligenciadas, revelando a fragilidade do sistema de saúde e social. **Conclusão:** Os tenros desafios elucubrados, reafirmam a fragilidade na prestação de serviços a saúde nessa toada inicia-se o longo e, muitas vezes, irresoluto itinerário percorrido pelos idosos em busca por resolutividade e acesso. Diante do termo autocuidado, com terminologia autoexplicativo orbita uma simplicidade ilusória embalada por meandros em sua consolidação. A não adesão do autocuidado pode ser apontada pela quimérica da autopercepção e do autoconhecimento que somada as Doenças Negligenciadas e a vulnerabilidade das pessoas idosas inviabilizam a prática do cuidar de si. Enfim, as futuras investigações recaem no desafio em ser exequível.

Descritores: Doenças Negligenciadas. Vulnerabilidades. Autocuidado. Pessoas Idosas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide de Maslow.....	39
Figura 2 - Mapa simplificado do RS	46
Figura 3 - Rede de Serviços Públicos de Saúde – Santa Maria, RS.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Processo de exploração do material	56
Quadro 2 - Categorização - uma das etapas mais criativas da análise de conteúdo	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados totais das Doenças Negligenciadas em Santa Maria.....	49
Tabela 2 - Número de Pessoas Idosas residentes em SM	50
Tabela 3 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo ..	60
Tabela 4 - Agravos notificados de 2011 a 2016 em Santa Maria	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Relação amostral demográfica	27
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atendimento Domiciliar
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DC	Doenças Contagiosas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNs	Doenças Negligenciadas
DTNs	Doenças Tropicais Negligenciadas
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISTs	Infecções Sexuais Transmissíveis
IVS	Índice de vulnerabilidade social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
MSF	Médicos sem Fronteira
NEPES	Núcleo de Ensino Pesquisa e Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PMSM	Prefeitura Municipal de Santa Maria
PNH	Política Nacional de Humanização
PSE	Programa de Saúde na Escola
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RNPS	Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar
VE	Vigilância Epidemiológica
VS	Vigilância em Saúde/ Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	19
2 JUSTIFICATIVA.....	20
2.1 RELEVÂNCIA CIENTÍFICA E SOCIAL DA PESQUISA	20
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 OBJETIVO GERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
4.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
4.2 CAPÍTULO I	23
4.2.1 Doenças tropicais negligenciadas: um panorama brasileiro	23
4.2.2 Vulnerabilidade em saúde: a ontologia do conceito	28
4.2.3 Vulnerabilidade Multifacetada.....	31
4.2.4 Índice de vulnerabilidade social (IVS)	33
4.3 CAPÍTULO II	35
4.3.1 Educação – Saúde – Autocuidado	35
5 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	45
5.1 TIPO DE ESTUDO	45
5.2 LOCAL DA PESQUISA	45
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	47
5.3.1 Seleção dos Sujeitos da Pesquisa.....	47
5.3.2 Critérios de inclusão e exclusão	47
5.3.3 A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Município de Santa Maria	49
5.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
5.5 A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	51
5.5.1 Técnica de coleta de dados	52
5.6 MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	54
5.6.1 Pré-análise	55
5.6.2 Processo de exploração do material	56
5.6.3 A análise e a interpretação dos dados	57
6 RESULTADOS.....	59
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	59
6.2 REDE DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – SANTA MARIA, RS	61
6.3 DESVELANDO O CONTEXTO PESQUISADO.....	62

6.4 DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E OS SEUS DESDOBRAMENTOS	64
6.5 PERCEPÇÃO DO IDOSO EM RELAÇÃO AO SEU AUTOCUIDADO E (DESA)ACESSO À SAÚDE.....	69
6.6 VULNERABILIDADES E VIOLÊNCIAS: ONTOLOGIA DO CONCEITO EXPERENCIADA NA SAÚDE	72
7 CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS IDOSOS	100
APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	102
APÊNDICE C – CONSTRUINDO O MATERIAL	103
TERCEIRO OBJETIVO DA TESE	103
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	113
APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA	116
APÊNDICE F – CARTA DE ENCAMINHAMENTO E APRESENTAÇÃO AO CEP	117
ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA -SIPESQ	118
ANEXO B – PRODUÇÃO CIENTÍFICA	122

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira vem incrementando-se nos últimos anos e, atualmente, é um dos grandes desafios a serem enfrentados. Paradella (2017) estima que, em 2070, a proporção da população idosa brasileira chegue acima de 35,0% do total de brasileiros, o que seria, inclusive, superior ao indicador para o conjunto dos países desenvolvidos. Segundo a Agência do IBGE, em 2017, superou-se a marca dos 30,2 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais de idade, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios (IBGE, 2016).

Nesse sentido, o envelhecimento populacional é considerado um problema de saúde pública, quando a longevidade se correlaciona com a institucionalização e/ou com doenças crônicas que promovem o distanciamento social e aumentam as internações hospitalares, as morbidades e a mortalidade (BRASIL, 2017). Dessa forma, ao interpretar o processo do envelhecimento como uma construção social e cultural, associados a processos biológicos universais, entende-se que o desequilíbrio de qualquer um desses possa resultar em doenças físicas e mentais. Nesse sentido, a Agenda ODS 2030, proposta pela ONU e pela OMS, tem 17 objetivos a serem contemplados a nível mundial, entre eles a erradicação da miséria, eliminação das epidemias de HIV, tuberculose, malária e demais doenças tropicais negligenciadas. (OPAS, 2020; OMS, 2021).

As doenças negligenciadas são as enfermidades que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade social. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e os Médicos Sem Fronteiras propuseram a classificação das doenças em globais (que ocorrem em todo o mundo), as negligenciadas mais prevalentes nos países em desenvolvimento e mais negligenciadas exclusivas dos países em desenvolvimento (MOREL, 2003).

Essa classificação representa uma evolução da denominação por contemplar os contextos de desenvolvimento político, econômico e social. As “doenças negligenciadas” ou “doenças tropicais” são enfermidades, geralmente transmissíveis, que apresentam maior ocorrência nos países em desenvolvimento. Essas doenças são assim denominadas por dois motivos, a

priori: porque os investimentos em pesquisa geralmente não revertem em desenvolvimento e ampliação de acesso a novos medicamentos, testes diagnósticos, vacinas e outras tecnologias para a sua prevenção e controle, destacando-se que ocorre com maior frequência na parcela da população socialmente vulnerável, a qual, por sua desinformação, não busca prevenção e tratamento (BRASIL, 2013).

Nesse cenário, percebe-se que em relação ao Brasil, a desigualdade social, o baixo índice de desenvolvimento humano e o baixo grau de escolaridade são, de fato, condições ideais para a incidência de doenças, principalmente as negligenciadas. O impacto dessas doenças na população transpõe as questões biológicas e patológicas e suas complicações. As pessoas afetadas por deficiências causadas por estas enfermidades muitas vezes sofrem estigma em suas comunidades, dificultando seu acesso aos cuidados necessários e levando ao isolamento social. E, concomitantemente, à inadequadas condições sanitárias, ao descaso governamental e ao escasso orçamento para o investimento em novas tecnologias, pesquisa e desenvolvimento científico corroboram para o quadro crítico dessas patologias (BORGES *et al.*, 2016).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), as doenças negligenciadas são classificadas em 20 doenças transmitidas segundo o microrganismo infectante, podendo ser de origem viral, bacteriana, protozoária e helmíntica. No Brasil, as doenças negligenciadas (DNs), além de crônicas, são consideradas um problema de saúde pública. Cada nacionalidade elege as DN preponderantes e o perfil sociodemográfico de cada região, aliadas ao estilo de vida da população mais vulnerável. (OMS, 2021)

Quando se trata das doenças negligenciadas, verifica-se a sua relação com a qualidade da saúde da população de 60 anos de idade ou mais, embora seja evidente que a maioria das doenças que acometem idosos(as) são as de origem crônicas degenerativas não transmissíveis. Há um grupo de doenças veladas que atingem a população idosa, preferencialmente aquela vulnerável socialmente. Estudos revelam que quanto maior a idade do idoso, maior é a utilização de serviços de saúde. Nesse rol de procura aos serviços estão as doenças negligenciadas, que por muitos profissionais não as conhecerem não

diagnosticam corretamente e não notificam (IPEA, 2011; ASSIS e ARAÚJO, 2014).

Veras e Oliveira (2018) afirmam que o processo do envelhecimento decorre de uma construção social e cultural associada a processos biológicos e fisiológicos individuais. O desequilíbrio desse transcorrer resulta em doenças físicas ou mentais, somando-se a esse contexto de envelhecer no Brasil, o idoso está sujeito às demandas e às mudanças das políticas públicas e dos paradigmas de acesso aos serviços de saúde e exposto ao vasto rol de diversas doenças.

A relevância das doenças negligenciadas na população idosa faz com que debrucemos atenção não só nas doenças não-transmissíveis, mas também em doenças contagiosas que tínhamos a falsa ideia de ter superado. É nesse contexto que, muitas vezes, uma doença de diagnóstico fácil como a Hanseníase negligenciada quanto a sintomatologia culminando a diagnóstico tardio e complicações irreversíveis.

Dentre a variedade de doenças Negligenciadas no Brasil, a pesquisa irá focar em três delas: HIV/AIDS, Hanseníase e Tuberculose.

Nesse cenário, defende-se a tese de que: as experiências sociais das pessoas idosas na atenção à saúde e ao autocuidado em relação às doenças negligenciadas são influenciadas pelos marcadores sociais de gênero, de classe social de acesso e com desfecho nem sempre resolutivo. As políticas de saúde, mais especificamente a Lei 8080/90, têm como um dos princípios integralidade de assistência, que é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. O não cumprimento dessa premissa fere os princípios do SUS e coopera para o desequilíbrio social e de saúde. Nessa falta de resolutividade, o usuário (a) passa a percorrer pela rede de atenção à saúde, contribuindo para a superlotação dos serviços e aumento dos custos no tratamento, evidenciando a resolutividade contribuindo para uma invisibilidade atribuída e sentida pelas pessoas idosas, ao acessar a rede de saúde reforçando sua vulnerabilidade.

Essas condições diminuem a capacidade de autocuidado em relação a si e à percepção as doenças, levando os idosos a experienciarem a falta de acolhimento e prioridade já defendida pela lei. A desigualdade do idoso(a) ao

acessar os serviços de saúde é facilmente percebida nos achados dessa pesquisa. Nesse contexto complexo a emergiu sueltas expressões de Violência, que se fizeram imperceptíveis aos olhos das pessoas Idosas em seu itinerário na rede de atenção à saúde com vistas a elucidar e vislumbrar direitos sociais e jurídicos, inerentes a todas as pessoas ao reivindicar a resolutividade, equidade e o acesso universal e igualitário como forte diretriz defendida pelo arcabouço do Sistema Único de Saúde.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O problema da pesquisa concerne ao seguinte questionamento: como ocorre a atenção à saúde e ao autocuidado em pessoas idosas com Doenças Negligenciadas em situação de vulnerabilidade?

Essa proposta está inserida na linha de pesquisa em Envelhecimento e Saúde Pública, a qual propõe-se a estudar a saúde das pessoas idosas, incluindo os longevos(as), para conhecer as suas condições sociais e os hábitos de vida, bem como a realização do autocuidado e a atenção à saúde recebida e percebida por essa faixa populacional.

2 JUSTIFICATIVA

2.1 RELEVÂNCIA CIENTÍFICA E SOCIAL DA PESQUISA

Os questionamentos em relação à temática vem ao encontro da prioridade de pesquisa nacional, segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) de 2018 e a portaria nº 191, de 31 de janeiro de 2014, a qual institui a Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas, composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. A constituição da ANPPS e RNPS demonstra a relevância atual deste estudo, perante o desenvolvimento científico, como uma possibilidade de amenizar, atenuar ou reverter as consequências da doença na vida cotidiana da comunidade.

No que concerne à relevância social, ela é atribuída ao fato do processo de envelhecimento ser complexo, sobretudo quando há a coexistência do idoso/a portador/a de alguma doença negligenciada, o que demanda novas formas de se readequarem ao seu modo de vida, autocuidado e à sua relação com o sistema de saúde. Nesse sentido, entender esses processos de mudanças e da experiência de cada idosa e idoso poderá contribuir com informações para fomentar o cuidado dos profissionais da saúde como processo educativo, preventivo e informativo, reduzindo o afastamento social dos idosos(as), diminuindo as morbidades e mortalidades precoces e proporcionando o autocuidado eficaz as pessoas idosas. É nesse sentido que a Política de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, ao contemplar a integralidade, nos cenários da atuação multidisciplinar, do atendimento geriátrico-gerontológico, criou a estratégia para promoção do envelhecimento saudável, lançando, pela primeira vez, a linha de cuidado para o atendimento à pessoa idosa. A referida estratégia propõe qualificar o atendimento à população em todo o país, sendo assim, o foco da atenção deixa de ser apenas na doença, mas passa a se pautar na avaliação biopsicossocial, norteando as ações de promoção da saúde (BRASIL, 2017).

A imposição da vulnerabilidade e suas diversas facetas, encerra nexos com as múltiplas violências, revelando a fragilidade da sociedade em perceber-se como ser finito e herdeiro dessa dimensão humana. Nesse sentido, acredita-

se que este estudo, com o seu potencial inovador de cunho científico e social, permite inserir a dimensão educativa na promoção do autocuidado em saúde da pessoa idosa, fazendo-a protagonista da sua vida.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho é analisar o contexto de atenção à saúde e o autocuidado em Pessoas Idosas em situação de vulnerabilidade com doenças negligenciadas, no município de Santa Maria, RS, a fim de contribuir para a educação em saúde, com toda a sociedade, principalmente os participantes da pesquisa.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar a prevalência de doenças Negligenciadas em Pessoas idosas e sua relação com seu autocuidado;
- b) Identificar as características sociodemográficas das pessoas idosas com diagnóstico de doenças negligenciadas e suas experiências na rede de atenção à saúde (RAS); e
- c) Contribuir, através deste estudo, para a Educação em saúde com toda a sociedade, principalmente os (as) participantes da pesquisa.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este estudo propõe um olhar ampliado sobre a literatura atualizada, descrevendo a contextualização conceitual como marco teórico de referência, especialmente em: doenças negligenciadas, vulnerabilidade em saúde: a ontologia do conceito, o autocuidado e a educação em saúde e violência uma complexidade multiforme.

4.2 CAPÍTULO I

4.2.1 Doenças tropicais negligenciadas: um panorama brasileiro

Os primórdios do termo “doenças negligenciadas” remontam à década de 1970, com a criação do programa da Fundação Rockefeller. Em 2001, a organização Médicos Sem Fronteiras (MSF) propôs dividir as doenças em Globais, Negligenciadas e Mais Negligenciadas. No mesmo ano, o Relatório da Comissão sobre a Macroeconomia e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou uma classificação similar à da MSF, dividindo as doenças em Tipos I, II e III (SANTOS *et al.*, 2017). Dessa forma, a correlação entre as doenças negligenciadas e a pobreza das populações fica evidente, pois não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países (BRASIL, 2010).

Há convergências e divergências no rol de agravos considerados negligenciados pelas diversas instituições. No caso brasileiro, foram definidas, entre outras doenças, sete prioridades de atuação: Doença de Chagas, Leishmanioses, Malária, Tuberculose, Hanseníase, Dengue e Esquistossomose. As doenças negligenciadas são aquelas causadas por agentes infecciosos ou parasitas e são consideradas endêmicas em populações de baixa renda. Essas enfermidades também apresentam indicadores inaceitáveis e investimentos reduzidos em pesquisas, produção de medicamentos e no seu controle. As doenças tropicais, como a malária, a doença de Chagas, a doença do

sono (tripanossomíase humana africana, THA), a leishmaniose visceral (LV), a filariose linfática, a dengue e a esquistossomose continuam sendo algumas das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Essas enfermidades incapacitam ou matam milhões de pessoas e representam uma necessidade médica importante que permanece não atendida. Embora as doenças tropicais e a tuberculose sejam responsáveis por 11,4% da carga global de doença, apenas 21 (1,3%) dos 1.556 novos medicamentos registrados entre 1975 e 2004 foram desenvolvidos especificamente para essas doenças. Portanto, 1.535 medicamentos foram registrados para outras doenças (SOUZA *et al.*, 2018).

As doenças negligenciadas são um grupo de doenças tropicais endêmicas, especialmente entre as populações pobres da África, Ásia e América Latina. Juntas, causam entre 500 mil e 1 milhão de óbitos, anualmente. As medidas preventivas e o tratamento para algumas dessas moléstias são conhecidos, mas não são disponíveis universalmente nas áreas mais pobres do mundo. Em alguns casos, o tratamento é relativamente barato. Em comparação às doenças negligenciadas, as três grandes enfermidades (Aids, Tuberculose e Malária), geralmente recebem mais recursos, inclusive para pesquisa (IPEA, 2019).

Um estudo recente sobre o financiamento mundial de inovação para doenças negligenciadas (G-Finder2, na sigla em inglês) revelou que menos de 5% desse financiamento foi investido no grupo das doenças extremamente negligenciadas, ou seja, doença do sono, leishmaniose visceral e doença de Chagas, ainda que mais de 500 milhões de pessoas sejam ameaçadas por essas três doenças parasitárias. As doenças negligenciadas são um problema global de saúde pública, mas as indústrias farmacêuticas são orientadas, quase sempre pelo lucro, estando o setor industrial privado focado nas doenças globais, para quais medicamentos podem ser produzidos e comercializados com geração de lucros. Com baixo poder aquisitivo e sem influência política, os pacientes e sistemas de saúde mais pobres não conseguem gerar o retorno financeiro exigido pela maior parte das empresas voltadas ao lucro (G-FINDER, 2018; FIOCRUZ, 2018).

O Ministério da Saúde possui uma série de programas estratégicos de combate e controle de diversas dessas doenças. A denominação

“negligenciadas” é uma menção ao fato de que essas doenças são as que menos recebem investimentos em pesquisas, produção de medicamentos e vacinas, mesmo sendo as que mais matam no mundo. Segundo a OMS, a estimativa é de que um bilhão de pessoas tenham recebido tratamento para, pelo menos, uma doença tropical negligenciada somente no ano de 2015. Para Garcia (2011), o grande problema dessas doenças, além do investimento financeiro, é em relação à falta de informação sobre elas no meio social. Não é só a doença que é negligenciada, a própria população tem poucas informações, agravando o quadro da doença e o aumento da disseminação.

As doenças negligenciadas têm como características comuns a endemicidade elevada nas áreas rurais e nas urbanas menos favorecidas de países em desenvolvimento, além da escassez de pesquisas para o desenvolvimento de novos fármacos. Essas doenças podem prejudicar o crescimento infantil e o desenvolvimento intelectual, bem como a produtividade do trabalho [...] nesse sentido, não apenas ocorrem com mais frequência em regiões empobrecidas, como também são condições promotoras de pobreza (GARCIA *et al.*, 2011, p. 7).

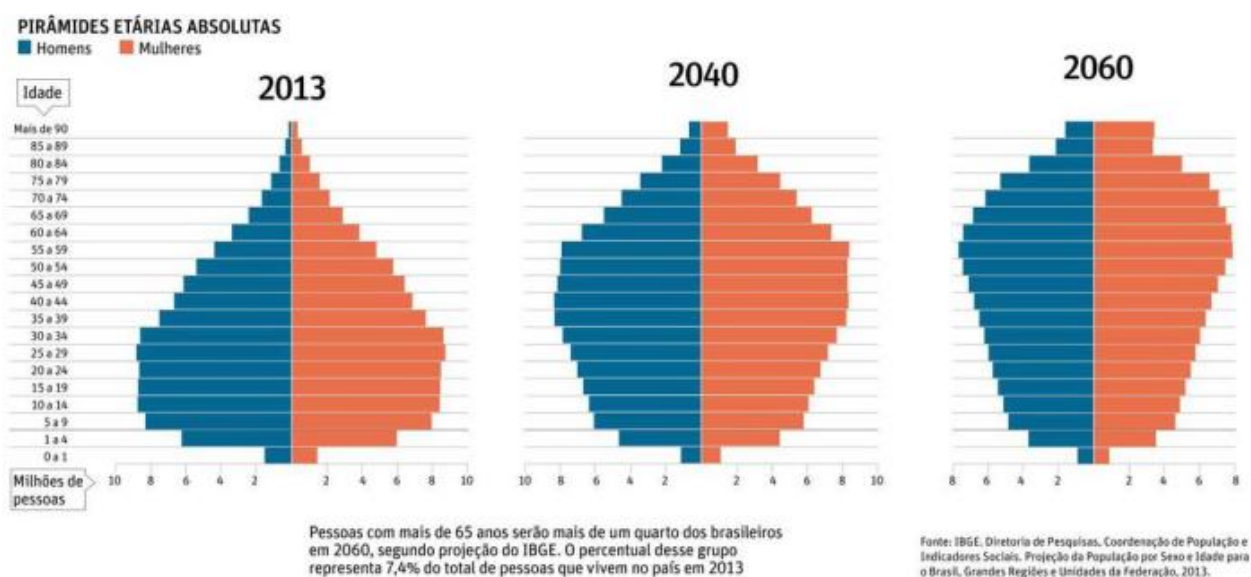
O Brasil e os países em desenvolvimento passaram por uma mudança epidemiológica nos últimos 30 anos. Se antes se destacavam as doenças contagiosas, atualmente, no cenário imperam as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Para analisar as mudanças ocorridas na saúde da população brasileira, deve-se levar em consideração: a) o avanço da medicina e das medicações; b) mudanças no estilo de vida da população; c) investimento em vacinas; d) tentativa de medicina de prevenção; e) aumento da expectativa de vida.

Dentro desse contexto, destaca-se, ainda, o rápido crescimento dos idosos/as no país, com o aumento da expectativa de vida e a redução de diferenças regionais, o que exigirá novas políticas em sistemas de saúde e segurança social. O envelhecimento saudável é o desafio dos novos tempos e, para isso, será necessária uma política de saúde inovadora que promova saúde com redução da carga da doença. Entretanto, a aprovação da Emenda Constitucional 95, que impede o crescimento de recursos para a saúde e demais políticas sociais, poderá representar uma grande ameaça a essas novas demandas (BRASIL, 2016).

A literatura e a ciência mostram e comprovam que pessoas com mais de 65 anos serão mais de um quarto dos Brasileiros em 2060 (IBGE, 2010). Como visto no gráfico abaixo, a partir de 2043 o país sofrerá um declínio de população, que terá prováveis implicações na economia com menos pessoas para produzir e gerar renda. A redução da população será acompanhada de um acelerado envelhecimento. Todas essas transformações, sejam na esfera econômica ou política, deságuam na saúde da população idosa. O impacto das doenças infecciosas em idosos/as daqui há 30 - 40 anos será um retrocesso na história do Brasil, prova disso é o ressurgimento de doenças que eram consideradas controladas, as chamadas “doenças emergentes e reemergentes”. A AIDS, a dengue e as infecções por bactérias resistentes a antimicrobianos responsáveis pela elevada mortalidade por infecções hospitalares são exemplos da modificação do comportamento das doenças infecciosas no mundo moderno (WALDMANN, 2011).

Se no passado as doenças infecciosas eram majoritariamente associadas às más condições socioeconômicas, ao saneamento básico deficiente, às condições precárias de higiene e ao baixo nível de instrução, agora, com o surgimento ou o recrudescimento de novas e velhas doenças, novos padrões de ocorrência também emergem, fruto da interação entre os seus agentes, do ambiente e da vulnerabilidade populacional.

Gráfico 1 – Relação amostral demográfica



Fonte: IBGE (2019).

Os gráficos acima constituem um ótimo instrumento para o acompanhamento da evolução da população brasileira. Na verdade, uma das características mais marcantes da atual dinâmica demográfica é o acelerado processo de envelhecimento populacional, isto é, o aumento do número absoluto e do percentual de idosos(as) no conjunto da população, que vem ocorrendo desde 1950, mas, principalmente, ao longo do século XXI. Essas tendências, fundamentalmente, não serão alteradas pela atual pandemia da COVID-19. Segundo Alves (2021), o aumento da população idosa do Brasil tem sido muito mais intenso do que no cenário global. O número de brasileiros idosos(as) de 60 anos e mais que era de 2,6 milhões em 1950, passou para 29,9 milhões em 2020 e deve alcançar 72,4 milhões em 2100. O crescimento absoluto foi de 27,6 vezes. Em termos relativos à população idosa de 60 anos e mais, representava 4,9% do total de habitantes de 1950, passou para 14% em 2020 e deve atingir o impressionante percentual de 40,1% em 2100 (um aumento de 8,2 vezes no peso relativo entre 1950 e 2100).

Esses dados demonstram que o futuro do século XXI será grisalho, ou seja, o percentual de idosos/as no mundo e no Brasil alcançará cifras recordes. A Economia nacional, incontestavelmente, terá que lidar com uma estrutura etária desfavorável do ponto de vista da produtividade.

Conforme Barbosa, Oliveira e Fernandes (2019), a senescência é um processo permeado por crescentes mudanças, as quais envolvem um conjunto de aspectos individuais e coletivos que exercem influência nas condições de vida e saúde do indivíduo. Nesse sentido, os idosos(as) estão mais expostos e, conseqüentemente, pouco protegidos, haja vista as fragilidades das políticas públicas direcionadas a essa população. Em vista disso, essa realidade implica no aumento do risco para o desenvolvimento da vulnerabilidade.

Com o advento da Pandemia de COVID-19, a prioridade e o tratamento das DNs que atinge a humanidade há muito tempo permanecem no esquecimento, sem que a pesquisa científica e as políticas públicas consigam articular esforços para erradicá-las. Nesse contexto, pesquisadores da FIOCRUZ (2020) destacam uma queda na assistência a idosos que historicamente já são vítimas de discriminação e preconceito.

Entretanto, no Brasil, assim como no restante do mundo, a COVID-19 despertou uma preocupação com as pessoas idosas pela sociedade e pelas autoridades. Brito e Grossi (2020) ressaltam que essa preocupação, revestida de cuidado com esse grupo apontado como um dos mais vulneráveis à doença, tomou outra proporção e o isolamento fez aumentar a violência intrafamiliar e a diminuição aos serviços de promoção à saúde. Diante disso, pode-se esperar que a situação de vulnerabilidade da população idosa no que tange às condições socioeconômicas, especialmente, associados aos fatores de risco, como doenças e comorbidades, tenham um desfecho em curto prazo na sociedade, resultando no aumento das doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), bem como na qualidade de vida dessa população (ROMERO *et al.*, 2021).

4.2.2 Vulnerabilidade em saúde: a ontologia do conceito

O uso do termo vulnerabilidade surgiu e evoluiu com a epidemia da AIDS, nos anos 1980. Passou-se a admitir que a suscetibilidade de contágio devia-se mais a um conjunto de fatores econômicos, sociais e culturais do que ao comportamento individual (CARMO; GUIZARDI, 2018). A associação da vulnerabilidade na saúde à história da epidemia de HIV/AIDS foi o marco e a porta de entrada do conceito na área da Saúde Pública (TAQUETTE, 2010). Entender as vulnerabilidades é compreender o processo saúde-doença, que vai

além do paradigma estritamente biológico.

Em um primeiro momento, a construção conceitual de vulnerabilidade faz menção à pobreza. Longe do aspecto social, esse conceito é amplo e envolve os planos biológico/individual, social e programático/institucional considerados como um todo indivisível. (AYRES; SALETTI, 2003). Os distanciamentos e aproximações entre os conceitos de vulnerabilidade nas áreas da saúde e da assistência social auxiliam a compreender a sua aplicabilidade a qualquer dano ou condição de interesse individual e/ou público.

Foi somente no final da década de 1970 que a vulnerabilidade como categoria política e social ganhou destaque (CASTEL, 2004). Contudo, o termo se popularizou em 2004, quando instituída a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), enfatizando no seu texto que a vulnerabilidade social pode ser expressa por diferentes situações que podem acometer os sujeitos em seus contextos de vida. A concepção de vulnerabilidade denota a multideterminada de sua gênese não estritamente condicionada à ausência ou à precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos (PNAS, 2004; OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Para além dessa conjuntura, dado o seu reconhecido uso Ontológico, o conceito é usado em outros campos afastados da área da saúde e da assistência social, o que aumenta sua polissemia.

A Ontologia da vulnerabilidade é o campo no qual a vulnerabilidade atinge todas as pessoas. É o que nos faz precisar de comida, água e teto, o que nos fragiliza diante da violência e o que nos torna impotentes diante de eventos que não controlamos diretamente, como as mudanças climáticas, a seca e a escassez de alimentos, por exemplo (MANCAL *et al.*, 2016). Ela nos fragiliza igualmente perante dimensões positivas, como a necessidade de sermos cuidados e amados. Chegamos, então, ao domínio das vulnerabilidades particularizadas, construídas em um campo de poder diferenciado que opera distintas normas de reconhecimento (BUTLER, 2017; MARTUCCELLI, 2017).

A Ontologia, com o “o” maiúsculo, segundo (ALMEIDA, 2014), quando empregado no nível conceitual ou semântico, denota o conjunto de conceitos e relações comuns a um determinado domínio. Esses conceitos podem ser expressos em linguagens naturais ou formais, como uma teoria. No entanto, uma

ontologia pode possuir diversas representações e uma teoria pode expressar diversas ontologias.

Finalmente, quando empregado no nível sintático, uma ontologia refere-se, nas palavras de Guarino (1998, p.85) a:

[...] um sistema constituído por um vocabulário específico usado para descrever uma certa realidade, adicionado de um conjunto explícito de hipóteses relativas ao significado pretendido das palavras do vocabulário. Este conjunto de hipóteses tem usualmente a forma de uma teoria lógica de primeira ordem, onde as palavras do vocabulário aparecem como predicados unários ou binários, chamados de conceitos e relações, respectivamente. No caso mais simples, uma ontologia descreve uma hierarquia de conceitos relacionados por relações de classificação. Nos casos mais sofisticados, axiomas são adicionados de forma a expressar outras relações entre conceitos e restringir a interpretação pretendida.

Sendo assim, é imperativa a compreensão da influência que o conceito de vulnerabilidade exerce na formulação das políticas, nas práticas profissionais, na sociedade e no entendimento que os usuários têm de si mesmos (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Nesse contexto, pode-se pensar o quão difícil pode ser viver excluído e portar alguma patologia. Buscar o autocuidado do indivíduo pode não resolver, mas implicará no reconhecimento do seu autocuidado. A noção de vulnerabilidade tem o potencial de contribuir para a identificação de indivíduos, famílias e comunidades que, devido à menor dotação de ativos e diversificação de estratégias, estão expostas a níveis mais elevados de risco, devido às mudanças significativas nos níveis sociais, políticos e econômicos que afetam as suas condições de vida. Criada dessa forma, a noção de vulnerabilidade ultrapassa, ao mesmo tempo, a dimensão da renda, que tem sido, tradicionalmente, medida pela noção de pobreza (BUSSO, 2001).

Munoz e Bertolozzi (2007) afirmam que a vulnerabilidade e a capacidade são lados de um mesmo processo, pois a primeira está intimamente relacionada à capacidade de luta e de recuperação que o indivíduo pode apresentar. Nesse sentido, o nível socioeconômico e a ocupação também se relacionam a esse processo, pois repercutem sobre o acesso à informação, aos serviços e à disponibilidade de recursos para a recuperação, os quais, por sua vez, potencializam ou diminuem a vulnerabilidade. É nesse debate entre a saúde e o social que a compreensão e o uso do vocábulo vulnerabilidade evoluíram.

De acordo com Oviedo e Czeresnia (2015), como seres humanos, somos seres finitos e a vida se apresenta constitutivamente como frágil. É possível acrescentar a essa ideia que a vida está em constante fragilização, resultante das inevitáveis redes que constituem a existência. Independentemente das questões semânticas em torno da vulnerabilidade ou das imprecisões frutificadas pelo processo de construção conceitual, a única certeza é que a vulnerabilidade é uma dimensão inextricavelmente vinculada à vida.

Na perspectiva das políticas de saúde, mais especificamente na Política de Promoção da Equidade em Saúde de 2013, enfatiza-se que no campo da saúde coletiva, as condições de desigualdade persistentes, embora sujeitas à mudança, são chamadas de iniquidades. O princípio da equidade, também reconhecido pela Lei 8080/90, instaura-se onde há a presença de grupos vulneráveis, entretanto, onde ocorre a vulnerabilidade nem sempre ocorre a iniquidade. Mesmo sendo aceito que existem relações entre vulnerabilidade e iniquidade, tomar uma pela outra pode ser enganoso. Sob uma perspectiva pragmática, nem sempre uma situação de *vulnerabilidade* corresponde a uma estrutura de iniquidade (OVIEDO; CZERESNIA, 2015). Ambas são distintas, embora, muito utilizadas em saúde ou, em muitas circunstâncias, erroneamente como similares.

4.2.3 Vulnerabilidade Multifacetada

Digamos que a vulnerabilidade é multifacetada, Ayres (1999) apresentou uma classificação para o conceito de vulnerabilidade, baseada em fatores individuais, sociais e coletivos. A classificação foi definida em três dimensões: individual, social e programática (AYRES *et al.*, 1999; 2009).

A vulnerabilidade individual, também chamada de pessoal, está ligada às características e comportamentos que aumentem as possibilidades de exposição a diferentes situações, como: infecção pelo HIV como prática sexual desprotegida, compartilhamento de agulhas e materiais cortantes, uso de drogas injetáveis, o que evidencia a qualidade e disponibilidade da informação.

O componente individual para Ayres *et al.*, (2009) diz respeito à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-la aos seus repertórios cotidianos de

preocupações e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras.

As características socioeconômicas e culturais, bem como a tomada de decisão permeiam o componente social da vulnerabilidade. É nesse contexto que Ayres *et al.*, (2009) afirmam que a obtenção de informações, as possibilidades de metabolizá-las e o poder de incorporar a mudanças práticas, que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos como acesso aos meios de comunicação, de escolarização, de disponibilidade de recursos materiais, de poder de influenciar decisões políticas, de possibilidade de enfrentar barreiras culturais, de estar livre de coerções violentas ou de poder defender-se delas, delineiam o componente social.

A vulnerabilidade programática para Ayres *et al.*, (2003) diz respeito à rede de esforços voltados para a proteção dos indivíduos ao risco de exposição ao HIV. Isso culmina na existência de políticas, ações e estruturas de combate a esse risco, como a existência e o acesso de políticas nacionais e a existência de redes intersetoriais que permitam a proteção da comunidade circunscrita. A essa vulnerabilidade vou reclassificar como acesso aos serviços de saúde, pois aqui vem ao encontro da tese e está em conformidade com as necessidades individuais e coletivas e da legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê o acesso universal, igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ayres *et al.*, (2009) afirmam que são os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger dos seus danos e para que os recursos acessados sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV/AIDS e outras patologias, maiores são as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante do problema.

Como visto, o ponto de partida até aqui foi baseado na teoria e na classificação de Ayres. A fim de ampliar essa classificação, utilizei a interpretação pessoal para ilustrar os achados. Sendo assim, nesse desmembramento emergiram outros componentes, que devido a sua

importância devem ser vistos separadamente pela sociedade e aqui serão ilustrados didaticamente.

Não raro se relaciona a doença, a idade e a presença de deficiências com vulnerabilidade. Esse estado de fragilização biológica corresponde à diminuição da capacidade relacional para lidar com ameaças, perigos ou com a própria doença, levando à incerteza existencial. No âmbito da saúde, essa flexibilidade em caracterizar a vulnerabilidade possibilita a compreensão das doenças estigmatizadas, a exemplo disso a AIDS, a Hanseníase, a Tuberculose e outras doenças.

Na área da assistência social, fica evidente que a pobreza não explica a vulnerabilidade, mas é o fenômeno que fez emergir o teor conceitual (CARMO; GUIZARDI, 2018). De maneira geral, a vulnerabilidade é influenciada pelo acesso à informação e à identificação da vulnerabilidade pelo próprio indivíduo e o acesso a mecanismos de prevenção.

Enfim, o conceito de vulnerabilidade observado nas produções teóricas, perpassando as políticas públicas de saúde como os da assistência social evidenciam o processo de construção de um conceito que atenda a ambos. Mais do que buscar um conceito, é imperativo olhar os sujeitos em situação de vulnerabilidade, os quais possuem demandas e necessidades de diversas ordens.

4.2.4 Índice de vulnerabilidade social (IVS)

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), cuja fundação pública está vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais, possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados. O objetivo de apresentar esses dados foi no intuito de tornar tudo o que já foi dito em uma base técnica já pesquisada pelo devido órgão.

Atualmente, mencionar o IVS, inevitavelmente, é relacionar tal aspecto com a Pandemia. Antes disso, vejamos a cronologia dos conceitos, os quais Castel e Moser (1998) sugerem que a vulnerabilidade social dialoga com o

conceito de risco social, que faz menção à situação do trabalhador(a) desprovido(a) das proteções. Já Monteiro (2011) aborda os ativos financeiros que constituem os diferentes instrumentos formais e informais, de acesso a créditos. Já os ativos humanos, são definidos pelos recursos que dispõem os lugares em termos de qualidade e quantidade de força de trabalho, bem como investimentos em educação e saúde. Por fim, há os ativos sociais, que são definidos pelo marco conceitual da vulnerabilidade social. Para Cestari e Moreira (2021), os principais elementos caracterizadores da vulnerabilidade social múltiplos afetam indivíduos ou grupos familiares. Emergem no contexto atual famílias em situação de alta vulnerabilidade social, evidenciando problemas básicos condizentes aos escassos recursos, visando a atender as necessidades básicas de vida para sobrevivência.

Há uma certa unanimidade nessa cronologia de conceitos. Quanto mais alto o IVS de um território, maior é sua vulnerabilidade social, e, portanto, maior a precariedade das condições de vida da sua população. Enfim, a vulnerabilidade reflete a estrutura da sociedade, de direitos e de acessos desiguais. Nessa busca conceitual, o invisível e improvável desfez qualquer teoria que se aproximasse da maior das vulnerabilidades vividas. A Pandemia oportunizou a todos a vivenciar as vulnerabilidades. Talvez esse foi um dos únicos momentos em que a sociedade esteve socialmente, institucionalmente, financeiramente, emocionalmente e humanamente vulnerável. Arrisco afirmar que nesse compêndio vulnerável emergiram outras questões que desconhecíamos.

Após essa frustração coletiva, não é difícil vislumbrar as desigualdades entre os municípios e a situação de vulnerabilidade relacionada à pobreza e à menor densidade populacional, potencialmente útil para solidificar as ações em políticas de saúde referente às suas lacunas. Além de que, a incidência de casos de COVID-19 na população brasileira está fortemente associada aos altos indicadores de vulnerabilidade social (CESTARI E MOREIRA, 2021).

Outro estudo publicado pela Lancet em 2020, um ano antes, constatou que os países estão considerando políticas para proteger as pessoas com maior risco de doenças graves. Esses indivíduos tidos como aqueles com maior vulnerabilidade são portadores de doenças crônicas graves, idosos, do sexo masculino, acometidos com doenças cardiovasculares e diabetes. Esses fatores

têm sido associados ao risco aumentado de COVID-19 e seu agravamento (LANCET, 2020).

4.3 CAPÍTULO II

4.3.1 Educação – Saúde – Autocuidado

O estreito nexo da tríade EDUCAÇÃO – SAÚDE – AUTOCUIDADO toma a justa proporção diante do conhecimento gerado pelas áreas técnicas, visto que a confluência dos saberes norteia a prática do Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, para a elucidação o volume II da CID-10 é o Manual de Instruções que contém informações detalhadas, a fim de serem utilizadas para convenções de termos (BRASIL, 2009).

Educação Continuada: Processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele;

Educação em Saúde: Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, que visa a apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde, conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. Notas: i) A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população; e, ii) A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde. Aqui está em um sentido/direção da participação da saúde no processo educativo mais formal, por exemplo, de Enfermagem ou Medicina em conexão com a Educação. Já Educação para a Saúde está em um sentido/direção da participação da Educação mais formal no processo de cuidado, em direção à saúde, por exemplo, da Educação em área da Enfermagem, Medicina, Odontologia, Nutrição, segundo Mosquera e Stobäus (1984).

Educação Popular em Saúde: Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em

saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência às necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.

Nesse contexto e com intuito a reduzir equívocos e facilitar o entendimento diante da variedade terminológica, propõe-se adotar a conceituação utilizada pelo Ministério da Saúde (MS), em sua Biblioteca Virtual em Saúde (BRASIL, 2006).

O MS define Educação em Saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006).

Diante da interlocução da tríade, em conformidade com Richard; Shea (2011), o conceito de autocuidado é subjacente às intervenções a diversos níveis, no sentido de promover a capacidade funcional das pessoas e das suas famílias para assumirem as suas necessidades de autocuidado. As ações de autocuidado constituem a capacidade humana ou o poder de engajar-se à prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício, com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações são voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de decisões e têm o propósito de contribuir para o desenvolvimento humano.

A relação do autocuidado é influenciada pela idade, pelo sexo, pelo nível de conhecimento escolar e de saúde à orientação sociocultural, por questões familiares, por padrões da vida, pelo engajamento em atividades diárias, pelos fatores ambientais e pela disponibilidade de recursos que são influenciadores na formação do indivíduo, em múltiplas dimensões sociais.

A complexidade em despertar a ação do autocuidado em Pessoas idosas e outras pessoas portadoras de demência, ou dependentes emocionalmente de

terceiros, é ineficaz, a essa (nova) demanda geradora da autonomia e qualidade de vida, requer ao profissional a sensibilidade de saber olhar, falar, ouvir, tocar e sentir (OREM, 1971). Desse modo, ao considerar o autocuidado como ferramenta promotora de cuidado único, inerente ao humano e acessível e disponível a todos, a teoria do autocuidado sugerida por Orem, desenvolvida entre 1971 a 1979, expõe a inabilidade confirma a inabilidade da gestão a fragilidade e negligência social e política em negar o agenciamento de ações factíveis propostas há anos dotada de intenções a promoção da saúde, atualmente o autocuidado é previsto na Constituição Federal de 1988 e nas LOS do SUS, a retificação da sua plena existência atemporal reafirma o autocuidado como promotor e protetor da saúde e colaborador eficaz na recuperação de doenças, diminuindo tempos de internação hospitalar, evitando complicação e interações patológicas.

Os benefícios dessa ferramenta de cuidado reverberam em toda a sociedade e na economia do país, pois essa teoria possível e disponível permite a diminuição de alocação de recursos oriundos das três esferas governamentais, contribui para a redução do tempo de internação e para o uso contínuo de fármacos, além de amenizar a demanda na utilização dos serviços de alta complexidade de tratamento. Essa forma de fazer saúde não garante imunidade ao processo de adoecimento e finitude, é o ápice das possibilidades em amenizar e minimizar recursos, demandas desnecessárias e complicações que abrangem as esferas biopsicossocial.

O Autocuidado, por Queirós (2010), revela-se universal ao abranger os aspetos vividos em diversas idades, que permitem aos indivíduos, família e comunidade, serem corresponsabilidade perante a concernência do envelhecimento modulando o esse processo com diversos aspectos distintivos e fisiológico, sem medo da incongruência dotado da diversidade a ser experienciada desaguando, por conseguinte, em desfrutar da qualidade de vida e bem-estar diante da desenvoltura desse processo.

Dissertar sobre o autocuidado fazendo menção à Teoria do Autocuidado de Dorothea de Orem, é revelar o poder de O modelo teórico de Orem é composto por três construtos teóricos inter-relacionados: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Cada uma das teorias possui conceitos que são fundamentais para o seu entendimento e

aplicação nas atividades teóricas e práticas, como também na pesquisa em Enfermagem (OREN, 1971).

A Teoria de Enfermagem do Autocuidado (também conhecida como Teoria de Enfermagem do Déficit no Autocuidado), introduzida por Dorothea Oren (1971), enfoca o papel das enfermeiras no apoio à capacidade do paciente de ser autossuficiente e responsável por seus próprios cuidados. O modelo teórico de Oren, vislumbrado nesse estudo, enfatiza a importância em reconhecer que todos os indivíduos têm a capacidade de realizar o autocuidado, em maior ou menor grau mesmo perante as influências de determinados fatores, como idade, sexo, estado de saúde e situação sociocultural.

Considerando a teoria de Oren na atualidade e sua completa facticidade adicionado ao desejo do autocuidado extrapolar o escrito, e abandonar a circularidade, compreendido nesse viés como repetição de fatos e modelos que já poderiam estar em vigência, superando as barreiras que, antigamente, inviabilizavam sua compreensão em um cenário marcado por lacunas de evidências científica e comportamentos sociais influenciados por preconceito, por segregação social e de gênero e pela negação em conceder as doenças mentais.

A compreensão da diversidade social do século XX, que culminou na origem da Teoria de Oren, oportuniza-nos a considerar a inviabilidade e a incompreensão de seus objetivos. Ou seja, a compreensão é da não viabilização da Teoria.

Ao nos reconhecermos como seres biopsicossociais e protagonistas da nossa existência, ao nos deparar com o sofrimento ditado pela doença, revela-se o entendimento e a constatação da importância do exercício constante de se auto cuidar. (SILVA *et al.*, 2009). (LANDIM; MILOMENS; DIÓGENES, 2008).

Figura 1 – Pirâmide de Maslow



Fonte: Maslow (1954).

Analogicamente, os elementos do autocuidado proposto por Oren, vista pela Pirâmide de Maslow, também chamada de *hierarquia das necessidades de Maslow*, foi proposto na década de 50, cujo objetivo era determinar o conjunto de condições necessárias para que um indivíduo alcance a satisfação, seja ela pessoal ou profissional (FERREIRA; DEMUTTI, 2010).

Dentro dessa ideia de pirâmide, as disposições das capacidades para autocuidado consistem nas necessidades básicas para realizá-lo, como: necessidades fisiológicas e as de segurança, necessidades sociais e as necessidades ao aprendizado para a realização do autocuidado.

No contexto do autocuidado, realização essa direcionada ao acesso à educação, conhecimento e informação, ao considerar esse cuidado como ação transformadora e reveladora de mudanças em sua autopercepção de cuidado, e revelando a necessidade de se auto cuidar, entretanto os cenários sociais marcados pela desigualdade e a falta de acesso ao básico. É nesse contexto que Alves e Arruda (2017) associam o déficit do autocuidado e déficit de cuidado a família.

Ao encontro da analogia proposta pela pirâmide de Maslow, que reafirma como prioridade em sua base as necessidades humanas e fisiológicas. Ivanicska, Rocha e Guimarães (2021), consideram a acelerada e transformadora dinâmica, comportamental da sociedade fortemente imposta pela Pandemia de COVID 19, em alteração das classificações das necessidades propostas por Maslow, e inserir a um novo contexto social revelando-se de tal modo:

O breve discorrer revela o impacto do fenômeno pandêmico e coloca no centro das discussões a necessidades de prática a serem revisitadas e adotadas na busca de benefício próprio para a manutenção da vida frente ao aumento da expectativa de vida e as novas exigências sociais a serem adequadas as Pessoas idosas.

Na perspectiva de Frankl (2017); Poles e Souza (2021), ao consideramos o contexto e associadamente contextualizá-lo a se a teoria de Oren, inevitavelmente, emerge idear em colocar o foco em si e Re/pensar o que temos feito para nos cuidar e reiterando o supracitado em convergência com Stacciarini; Pace (2017). A educação em saúde e autocuidado aponta ao um caminho de mudança no processo de trabalho dos profissionais envolvidos na possibilidade em desvendar novas forma de cuidar, qualificada por teorias e práticas as quais foram previstas há séculos como estratégias que promovem e despertam no individuo o potencial emancipatório conquistado pela educação em saúde, pelo conhecimento e acesso as informações que contribuem para efetiva produção de saúde o do autocuidado.

De acordo com os autores, Mosquera e Stobaus (1984); Delgado (2004); Bastable (2008); Kowalski, *et. al*, (2017), os quais ratificam a necessidade na construção de formas de intervenção voltadas para os mais diferentes âmbitos da vida social na enfática atribuição à primazia das características do desenvolvimento do processo educativo e construção de hábitos como um norte para o acesso à educação e por consequências à saúde. É nessa reconstrução inerente à dinâmica da vida e considerando o inter-relacionamento da tríade Educador - Educação e Saúde que as conexões possibilitam que a sociedade se reinvente para uma construção/reconstrução atemporal em um timing individual que liberta o homem.

De acordo com FREIRE (2010), o homem em conexão com a sociedade passa a reconhecer a sua historicidade, identidade cultural, individual e

coletivamente, pois o ser humano nasceu para ser mais na essência e existência em contato com outro ser. Diante da relevância do tema e a sua relação íntima com a Educação e educandos, é proeminente mencionar a existência do Programa de Saúde na Escola (PSE), o qual foi instituído em 2007, pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 e nasceu como uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos de escolas públicas com intuito de promover saúde articulando Escolas e a Atenção Primária à Saúde (APS). Tal programa ministerial objetiva as seguintes ações:

I - Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - Articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes (BRASIL, 2007).

A efetiva consolidação e a execução do PSE competem ações dos Ministérios da Saúde e da Educação que em conjunto devem: promover, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação; subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica e apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE; definir as prioridades e metas de atendimento do PSE. Ao enfatizar a educação em saúde, se faz urgente considerar a valorização dos saberes e o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico. Na educação na saúde deve ser enfatizada a educação permanente em saúde, de maneira a buscar nas lacunas de conhecimento dos profissionais, ações

direcionadas a qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho.

Ao discorrer sobre essas temáticas, as quais amplamente visam à proteção do indivíduo e envolvem políticas preventivas, atuando com o intuito de evitar riscos à saúde da população a proteção à saúde nos ambientes educacionais pode ser desenvolvida através de serviços, tais como o fornecimento de preservativos e de vacinação, testes rápidos para detecção precoce de HIV/AIDS, Hepatite B e Sífilis, concomitantemente, estreita o vínculo com a população atendida e torna-se referência para a efetivação das ações, que se bem conduzidas podem desembocar positivamente no atendimento familiar desse indivíduo. Pois, a efetivação do atendimento e direito à saúde é garantida na Constituição Federal, mediante a vinculação de recursos orçamentários dos entes federativos brasileiros, objetivando a aplicação em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988). Essa conquista está à disposição de todos os cidadãos, mas não exclui a responsabilidade social da família e da sociedade para sua solidificação.

Atualmente, o Departamento de Ações em Saúde do Rio Grande do Sul, através de sua Nota Técnica 01/2020, orienta o planejamento e utilização dos recursos financeiros enviados aos municípios para o planejamento, registro e monitoramento das ações de prevenção a Doenças Contagiosas (DC) e ao COVID19 nas escolas (NOTA TÉCNICA RS, 2020). No referido documento é preconizada a inserção desses temas na proposta pedagógica, considerando o contexto social e epidemiológico de cada município. São preconizadas ações que visam contribuir com a formação integral dos estudantes com foco na promoção, prevenção e atenção à saúde (Brasil, 2007). Atualmente, além das ações já preconizadas no PSE, foram inseridas as ações sobre “Promoção da saúde e prevenção à COVID-19 e DC” que devem ser desenvolvidas conjuntamente pela saúde e pela educação, com papéis previamente definidos para cada equipe, de forma a complementar os saberes e agregar ao aprendizado à comunidade escolar (BRASIL, 2007; FETTERMANN et al, 2020).

Sabidamente, reconhece-se o papel essencial das escolas, no cenário da saúde e sua importância na socialização dos educandos. A interlocução, apropriada dessas competências, como atividades que se complementam, foram magníloquas na publicação de Mosquera e Stobaus, em 1983 ambos, já que

associavam o **desenvolvimento da personalidade, da saúde e da educação** e defendiam a Educação para saúde como sujeito da ação associando-se o desfecho na concepção do desenvolvimento humano, em sua obra intitulada *Educação para a saúde desafios para a sociedade em mudança*, na página 69 há uma clara ilustração propondo seis círculos dispostos de forma interpenetrados e conjugados. Os autores supracitados reforçam que os dilemas e mazelas do homem não são inerentes à natureza psicológica. Há sobre cada indivíduo forte autoridade persuadida por relações sociais, políticas, econômicas e comportamentais estreitando e associando cada círculo um sistema complexo que desencadeiam a ocorrência e recorrência de comportamentos humanos e suas semelhanças no desenvolvimento de problemas de saúde e seus fatores de risco, diante dos determinantes Sociais e de Saúde (ORTEGA; BEHAGUE, 2020; BUSS, 2007). A propositura e a interpretação sobre o tema Saúde e Educação, é genuína e forjada por diversas experiências ao longo da vida.

A potencialidade educativa das ações em saúde e sua inserção em diversos cenários inter-relacionados contribuiu para o desenvolvimento das estratégias educativas e promotoras de saúde já desenvolvidas até o momento, pois as proposições futuras orientadas por essa investigação, buscam capitalizar-se nas dimensões: social, ética, política, cultural e científica como meio de transformação da sociedade.

Enfim, os próximos capítulos discorrem sobre o caminho percorrido para o desenvolvimento de ações realizadas em saúde, visto que as proposições vão ao encontro da compreensão e da valoração da educação em saúde, na promoção da saúde e nas atuações individuais e sociais que visem a construção e a constituição da prática do autocuidado. Além disso, a diversidade autoral sobre a temática é intensa ao afirmar que a educação em saúde adequadamente utilizada desencadeia em ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde que busca auxiliar na qualidade de vida do ser humano, além de contribuir para reduzir custos da assistência em todas as esferas da saúde (FALKENBERG, et al. 2014).

É na visão das práticas educativas que a autonomia é exercida e propiciam a autonomia do indivíduo no que diz respeito à condição de autor da sua própria trajetória no desenrolar do processo de saúde e doença (Bastable, 2010). Para Freire (1999) a educação é um processo dialógico e reflexivo, é

práxis (ação-reflexão-ação), que desconstrói e reconstrói, é um movimento dinâmico, o conhecimento vertical e linear.

Bastable (2010) destaca o profissional enfermeiro como referência em educação em saúde, a concepção, a educação desenvolvida nas ações do enfermeiro é incentivada em sua formação e fortemente exercida na APS, nas visitas domiciliares. O enfermeiro também é reconhecido como o profissional responsável em capacitar continuamente os Agentes Comunitários de saúde (ACS), Bastable (2010) em sua obra destaca variadas inserções e a importância do enfermeiro como Educador.

O discernimento ao exercer a função educativa está não em advir como um ato de “doação” em que o cuidador/educador impõe condições sobre o modo de viver, mas sim como um processo que se oportuniza concomitantemente o cuidado de enfermagem, o qual não é estático, mas dinâmico e em transformação contínua, a fim de revelar nova vivência no cotidiano, considerando a essência e a existência de cada indivíduo (BASTABLE, 2010).

5 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

5.1 TIPO DE ESTUDO

O caminho percorrido para decompor os dados desse estudo exploratório-descritivo visa proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, contextual, acerca de determinado fato. Assim, torna-se possível esclarecer ideias e ficar livre para propor estudos posteriores (GIL, 2010). Essa é uma pesquisa descritiva, porque identifica, descreve, discute e interpreta uma situação problema, qual seja: idoso com DN, experiência social na saúde e o seu autocuidado.

Já a abordagem qualitativa foi eleita por ser o método mais adequado para responder aos questionamentos relacionados à temática a ser desenvolvida. O método qualitativo se aplica ao estudo de um fenômeno apreendido em uma realidade que considera historicidade, relações, representações, crenças, percepções, opiniões e interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, como constructo de seus artefatos e de si, do que sentem e do que pensam (BARDIN, 2016).

Esse método permite considerar processos sociais ainda pouco conhecidos, propiciando a construção de novas abordagens, com revisão e recriação de novos conceitos. Para Minayo (2012), a investigação social deve contemplar uma característica básica do seu objeto, ou seja, o seu aspecto qualitativo. Isso implica considerar o objeto das ciências sociais, em sua complexidade, em constante transformação. Portanto, esse tipo de estudo permitiu analisar a experiência social e o autocuidado em Pessoas Idosas vulneráveis com doenças negligenciadas no acesso à saúde.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida com pessoas idosas residentes no município de Santa Maria, localizada na Região Central do Rio Grande do Sul. Santa Maria é um município com 280.505 habitantes, conforme os dados de 2018. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é considerada uma cidade média e de grande influência na região central do

estado. É a 5ª maior cidade do estado do RS em população, depois de Porto Alegre, Caxias do Sul, Pelotas e Canoas (Prefeitura de SM).

O município possui grande poder de atração populacional, o que o transformou em importante centro regional e forte centro de polarização. Esses destaques se devem por ser considerada a segunda maior concentração militar brasileira, compreendida pela 3ª Divisão do Exército Brasileiro e pela Base Aérea de Santa Maria. É também um grande centro acadêmico do país, sendo reconhecida nacionalmente por criar a primeira universidade pública do interior do Brasil, a Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (2019).

Devido a essas peculiaridades, a cidade, embora interiorana, faz-se cosmopolita, favorecendo um grande contingente de pessoas migrantes na cidade.

Figura 2 – Mapa simplificado do RS



Fonte: Google imagens (2019)

Tanta vida diferente, tanta gente vem e vai
Incerteza de quem entra, mas saudade de quem sai...

Tchau na estação quem ainda não deu
Não entendeu quem lá vai quem já vem
Triste é sentir virar som de saudade quando vai longe o apito do trem

Santa maria, maria da graça, doce menina, maria fumaça
Verde tão verde tão cheia de si
Que dá vontade de cantar pra ti¹ Trecho da música de Beto Pires em homenagem à cidade de Santa Maria¹ (PIRES, 2009).

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

5.3.1 Seleção dos Sujeitos da Pesquisa

Após a autorização da PUCRS e do NEPES, foi solicitado ao Enf. Sr. Márcio, coordenador da Vigilância em Saúde do município, as devidas autorizações e após seis dias recebi a anuência para o acesso dos dados sigilosos na vigilância.

Para esta pesquisa foram selecionados pacientes notificados com três doenças contagiosas, também conhecidas como Doenças Negligenciadas. Para isso, foi contatada a vigilância Epidemiológica de saúde, na qual, *a priori*, verificou-se no período de 2015 a 2019 casos das seguintes patologias de notificação compulsória: HIV/AIDS, Hanseníase e Tuberculose.

O intervalo de tempo solicitado foi dos últimos 5 anos, de 2015 a 2019, perfazendo um total de 135 pessoas. Considerando os anos de 2018 e 2019 atualizados para a realização da pesquisa, seguindo os critérios de inclusão e exclusão, conforme organizados abaixo. Por fim, a pesquisa efetivamente se consolidou com 20 participantes.

5.3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão: dados completos, conforme análise do formulário da VS, diagnóstico positivo para as três patologias pesquisadas, aceitar participar da pesquisa, aceitar ao menos uma visita domiciliar ou encontro pessoal. Não apresentar dificuldade de comunicação, estar saudável mentalmente para responder ao instrumento, não apresentar acuidade auditiva e visual diminuída, bem como assinar o TCLE.

¹ Trecho da música de Beto Pires em homenagem à cidade de Santa Maria.

Critérios de exclusão: Os dados para o contato foram fornecidos pela V.E, muitos idosos/as não tinham telefone informado, o que levou à exclusão da pesquisa. Foram excluídos também os participantes que não atenderam ao critério de inclusão ou aqueles que não aceitaram participar da pesquisa ou não assinaram o TCLE

Desse modo, a pesquisa contou com 20 Sujeitos para participar de todo o processo da pesquisa. As visitas domiciliares foram agendadas após o contato telefônico, realizado pela pesquisadora, que ao falar com o entrevistado primeiramente fazia a apresentação pessoal e profissional, bem como da IES que estava vinculada, seguindo da explicação sobre a pesquisa e como ocorreria. Foram agendadas as visitas domiciliares após o contato telefônico. Esse segundo processo de buscar dados levou cerca de 2 meses, pois a agenda das entrevistas estava a critério da disponibilidade de cada pessoa.

A coleta de dados majoritariamente ocorreu através das VD no domicílio do idoso, porém, duas, em especial, por solicitação dos entrevistados, ocorreram em outros lugares. Uma foi no consultório de trabalho e a outra em um café da cidade.

O desenrolar da coleta de dados através da VD, está descrito detalhadamente no item 5.5.1. Ressalta-se que foi respeitada a privacidade dos participantes, logo, para garantir segurança e o anonimato dos participantes foram denominados respectivamente pela letra inicial de cada patologia reconhecida pelo CID-10 na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10 (OMS, 1998).

Letra A - para identificar os idosos/as portadores de **AIDS/HIV**;

Letra T – para indicar idosos/as com **Tuberculose**; e

Letra H - para indicar idosos com **Hanseníase**

A tabela abaixo propõe apresentar claramente o número TOTAL de diagnóstico em relação ao ano e à patologia. Esses dados correspondem **ao N 135** referente ao total de casos notificados.

Tabela 1 – Dados totais das Doenças Negligenciadas em Santa Maria

Doença	2015	2016	2017	2018	2019
Tuberculose	22	17	20	23	5
HIV/AIDS	6	24	27	17	8
Hanseníase	-	1	1	2	2

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Santa Maria, RS (2019)

5.3.3 A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Município de Santa Maria

Constitui-se de arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, atuar de forma multidisciplinar e transversal, no atendimento ao usuário. Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecido também como de baixa complexidade e se constituir a porta de entrada do SUS, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando e coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde das pessoas do seu território (PMSSM,2021).

Tabela 2 – Número de Pessoas Idosas residentes em SM

+

Faixa etária	Homens	Mulheres	Total
60 – 64 anos	4.925	6.108	11.033
65 – 69 anos	3.550	4.783	8.333
70 – 74 anos	2.560	3.909	6.469
75 – 79 anos	1.788	2.963	4.741
80 – 84 anos	1.032	2.036	3.068
85 – 89 anos	463	1.069	1.532
90 – 94 anos	140	432	572
95 – 99 anos	40	111	151
100 ou + anos	9	23	32
Total	14.507	21.424	35.931

□

Faixa Etária	Total	Zona	Sexo
60 – 69 anos	19.366	urbana 17.867	7.573 homens
			10.294 mulheres
		rural 1.499	873 homens
			626 mulheres

Faixa Etária	Total	Zona	Sexo
70 anos ou +	16.570	urbana 15.589	5.533 homens
			10.057 mulheres
		rural 981	438 homens
			543 mulheres

Fonte: SMSM (2010)

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi realizado respeitando as normativas vigentes em pesquisa com seres humanos, a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, somente sendo realizado após a aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS (APÊNDICE F) e do Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (ANEXO A), sob o registro 2.746.493. Após essas etapas, o projeto passou pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde (NEPES) na cidade de Santa Maria para obter liberação para a pesquisa no referido município, conforme anexado a este estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) segue as normas preconizadas conforme orientações do presente Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo apresentado em duas vias, uma ficando em posse do colaborador e outra com a pesquisadora. Os termos foram assinados

de livre vontade e o anonimato dos colaboradores foi mantido. Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e dos métodos de coleta e análise de dados. As entrevistas foram realizadas individualmente em ambiente reservado e silencioso. As informações foram armazenadas em banco de dados e, após cinco anos da realização da pesquisa, serão incineradas.

Os benefícios da pesquisa foram visíveis durante todo o processo investigatório na sua relevância científica e social. Não houve a necessidade de suspender a pesquisa em nenhum momento e cada participante foi deixado à vontade para comunicar à pesquisadora verbalmente sua desistência ou discordância com a realização da pesquisa em qualquer das suas etapas, pessoalmente, por telefone ou e-mail.

Ao término da pesquisa, nos diversos locais de coleta de dados, foi reforçado que os dados da pesquisa seriam divulgados por artigos publicados em revistas e participações em eventos na forma de pôster e/ou de tema livre. Não houve conflitos de interesses entre pesquisadora e participantes da pesquisa. Por se tratar de temas que estão associados ao preconceito e ao estigma, o anonimato foi respeitado durante toda a pesquisa.

5.5 A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória, com questões semiestruturadas. Essa é uma forma de explorar mais amplamente as questões, pois as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversação informal.

BARDIN (2016) afirma que a entrevista semiestruturada valoriza a presença do investigador e oferece possibilidades para o informante alcançar a liberdade e a espontaneidade necessárias para enriquecer a investigação.

É possível captar de forma imediata e corrente as informações desejadas, proporcionando adaptações, esclarecimentos e aprofundamento de questões planejadas.

5.5.1 Técnica de coleta de dados

Entender as pessoas idosas na sua genuína visão de mundo implica reconhecer os valores, as crenças e os hábitos que cada indivíduo possui e são extremamente importantes para o profissional de enfermagem/saúde. Não é apenas uma pesquisa para gerar dados, mas implica também cuidado, na perspectiva e na expectativa de cada um, respeitando as particularidades e a individualidade de cada pessoa idosa contatada. Foram aplicados os conceitos de Dorothea Oren na Teoria do Autocuidado, quando a enfermeira-pesquisadora guia, orienta e oferece apoio aos indivíduos, promovendo vínculo e partícipes do cuidado que são peculiares à assistência de enfermagem. Ribeiro *et al.*, (2020) reconhecem que a formação do vínculo se estreita com as Visitas Domiciliares, as quais permitiram à pesquisadora interagir com o meio do indivíduo e proporcionar um melhor relacionamento com ela e a família, pois as visitas são sigilosas e informais e possibilitam uma maior liberdade para a exposição dos problemas dos indivíduos.

A coleta de dados ocorreu por entrevista semiestruturada na residência do idoso, após contato prévio por telefone, sendo que a observação sistemática do/a participante também contribuiu para a emergência dos dados. Uma das vantagens da observação participante é a não utilização de nenhum instrumento (MARCONI; LAKATOS, 2005), aspecto que contribuiu para a integração com o/a participante, ideal ao tratar de doenças contagiosas e de Notificação permeadas pelo preconceito. Sendo assim, priorizou-se o estabelecimento de vínculo e confiança entre a pesquisadora e o/a participante.

Na sequência, com as devidas autorizações, tanto por parte do município e aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia, do Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e do Núcleo de Educação Permanente em saúde da secretaria Municipal de Santa Maria, deu-se início à coleta de dados.

A primeira coleta de dados foi considerada *baseline*, realizada no fim do mês de junho de 2019. Essa experiência foi essencial para verificar que fosse reservado um dia para cada entrevista, devido ao tempo de deslocamento e à complexidade do tema, levando em consideração o cansaço físico e mental da

entrevistadora. A fim de não perder a qualidade dos dados, as demais entrevistas foram agendadas por dia, no decorrer dos meses de julho, agosto e setembro de 2019. A entrevista foi composta por perguntas abertas e fechadas, bem como gravada com anuência dos/as pesquisados/as para que não tivesse perda de informações. Foi utilizado, ainda, um diário de campo para o registro de observação complementar.

No dia e local agendados foram explicados oralmente os objetivos da pesquisa, a coleta e análise de dados, sendo feita também a leitura do TCLE. A entrevista e as gravações foram iniciadas com a devida autorização, somente após a assinatura do TCLE.

A coleta de dados ocorreu da seguinte forma:

- a) Primeiro momento: Para dar início à coleta de dados foi realizado um contato inicial, presencial, com o coordenador da Vigilância Epidemiológica (V.E), visando a possibilidade de realizar a presente pesquisa. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo, a fim de obter autorização para a coleta de dados;
- b) Segundo momento: Com os dados da Vigilância Epidemiológica, foi possível verificar a prevalência de três patologias em idosos/as: Hanseníase, HIV/AIDS e tuberculose. Os idosos/as foram contatados por ligações telefônicas, a fim de fazer o agendamento para a visita domiciliar e, respectivamente, a aplicação da entrevista;
- c) Terceiro momento: No contato pessoal foram coletados dados sociodemográficos. Esse momento foi importante para iniciar a conversa e estreitar a relação com o entrevistado/a. Tal metodologia de aproximação evita um possível desconforto por parte dos respondentes em somente focar na patologia e favorece respostas mais autênticas; e
- d) Quarto momento: Neste momento foi importante buscar a participação da pessoa idosa em todo seu processo de saúde-doença tornando-o sujeito, e não apenas objeto do cuidado. Após a coleta dos dados, foram identificados os déficits no conhecimento e atitudes frente ao autocuidado para Doenças. Mesmo constatando a heterogeneidade entre as patologias no que concerne aos sintomas e transmissão, foi realizado um levantamento dos saberes e desconhecimentos por parte

dos respondentes, baseando-se no desvelamento da patologia, com o intuito de incentivar os participantes a desenvolver atitudes corretas e contínuas de autocuidado, pela aquisição de novos conhecimentos sobre a doença e se tornarem disseminadores das informações.

Para a coleta desses dados, seguiu-se a mesmo rigor ético/bioético.

5.6 MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para a análise dos dados foi utilizada a Análise do Conteúdo de Bardin (2016), caracterizada como um método de tratamento da informação contida nas mensagens. Para Bardin, (2016), o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Para a utilização desse método, é necessária a criação de Unidades Categóricas relacionadas ao objeto de pesquisa.

A operacionalização da análise temática abrangeu três momentos:

- a) Pré-Análise: são determinadas nesta fase, as unidades de registro - palavras-chave ou frases, unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização e os conceitos teóricos gerais que orientarão a análise, levando-se em conta a questão central e objetivos da pesquisa;
- b) Exploração do Material: consiste na transformação dos dados iniciais obtidos, objetivando a compreensão do texto a partir do seu núcleo de sentido. Procede-se o recorte do texto em unidades de registro e se realiza a classificação e a agregação dos dados; e
- c) Análise e inferência dos dados dos resultados obtidos: ocorre a interpretação dos dados obtidos, já categorizados, correlacionando-os com o referencial teórico que fundamenta a pesquisa.

Para demonstrar os resultados desse estudo optou-se por apresentar os resultados das características sociodemográficas, através da linguagem ilustrativa, o qual é um recurso que torna possível a

organização dos dados coletados, para uma melhor visualização e comparação.

5.6.1 Pré-análise

No primeiro momento da pré-análise, agruparam-se as palavras-chave: autonomia e Vulnerabilidades como elementos codificados, constituintes das categorias, obtidos no contexto dos conteúdos dos dados. Para Bardin (2016), a categoria reúne um grupo de elementos sob um título genérico, agrupado em razão dos seus caracteres comuns.

A autonomia da pessoa idosa se apresentou na relação da tomada de decisão e independência diante das experiências da vida na estreita relação de autonomia, que esteve vinculada a diversos fatores, como: relações familiares, percepção sobre a vida, satisfação dos serviços de saúde, fatores individuais, escolaridade e estado geral de saúde.

A percepção da presença de doenças e o preconceito associados às situações socioeconômicas desfavoráveis evidenciou as diversas vulnerabilidades da idade. A construção dos elementos ocorreu pelo agrupamento das posturas, discursos, comportamentos, atitudes e respostas dos participantes da pesquisa às perguntas realizadas durante a entrevista semiestruturada, observação sistemática e registro no diário de campo.

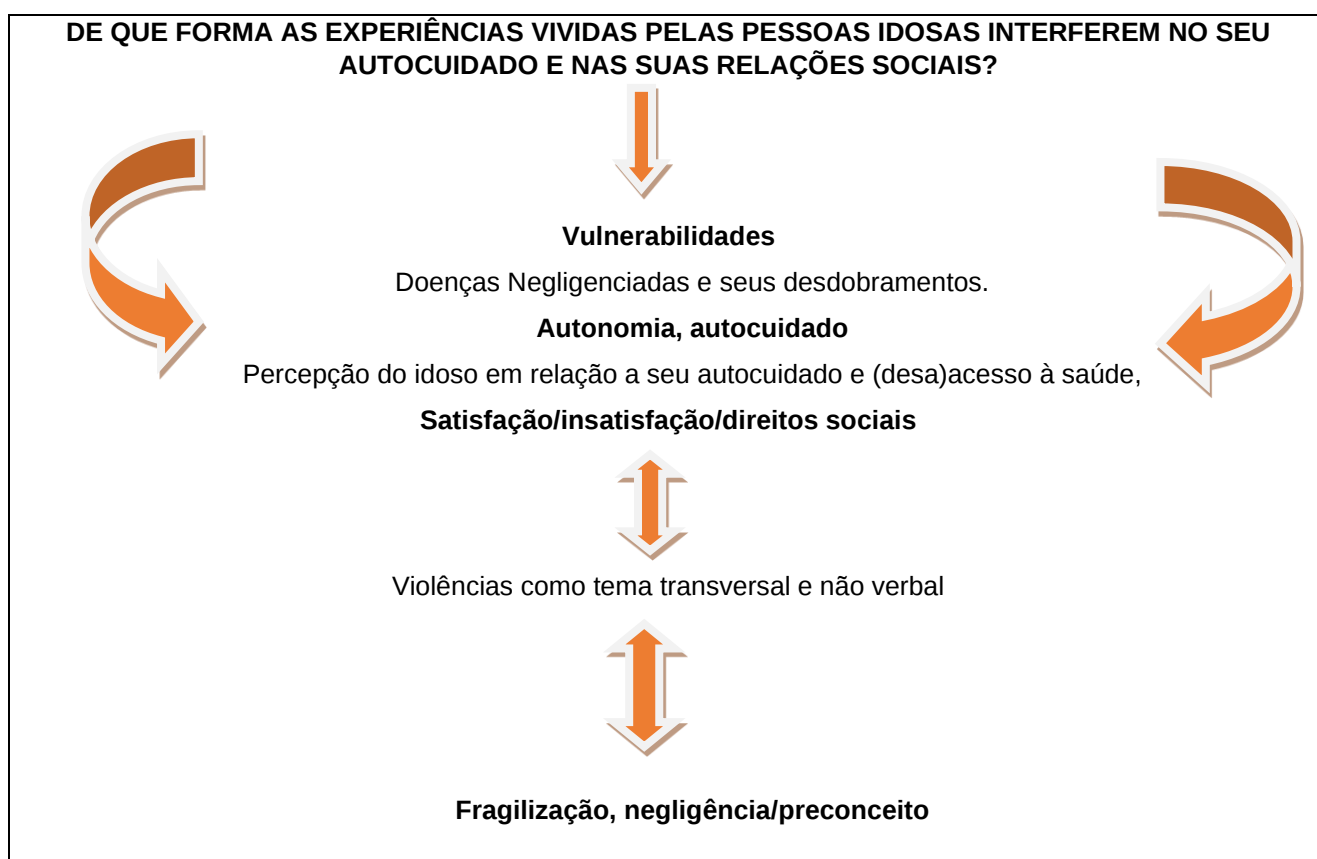
A pré-análise foi realizada após a coleta de dados e representou a aproximação com os achados investigados. Foram apreendidos os elementos constituintes da unidade referencial categórica, a partir do desvelamento do objeto da pesquisa: experiência vivenciada pela pessoa idosa relacionada ao seu autocuidado e com as doenças negligenciadas na perspectiva da vulnerabilidade.

Assim, os elementos constituintes das unidades categóricas foram agrupados e inter-relacionados, tornando-se um guia para o momento da exploração do material.

5.6.2 Processo de exploração do material

No segundo momento, já com os dados organizados sob a forma dos elementos das unidades categóricas, realizou-se a sua exploração, com leituras minuciosas e sucessivas, em busca da construção das categorias, de acordo com o conteúdo dos discursos. Na exploração do material identificou-se a questão norteadora: ***de que forma as experiências vividas pelas pessoas idosas interferem no seu autocuidado e no acesso aos serviços de saúde?***

Quadro 1 – Processo de exploração do material



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Na exploração do material, conforme o Quadro 1, foram identificadas as seguintes categorias norteadoras: autonomia, vulnerabilidade, autocuidado, fragilização, negligência, direitos sociais e preconceito. Nesse sentido, foi possível desenvolver o terceiro momento da pesquisa, qual seja: a análise e a interpretação dos dados.

5.6.3 A análise e a interpretação dos dados

O terceiro momento é constituído pela análise e interpretação dos dados, pela construção de redes inferenciais que produzem a interpretação dos dados para o desvelamento do problema de pesquisa.

A análise de conteúdo, segundo Bardin (2016, p. 144): “[..] é utilizada como um instrumento de diagnóstico [..]”, trabalha a fala, ou seja, a prática da língua realizada pelos emissores. Dentro desse contexto, é orientado pelos referenciais teóricos e os elementos das unidades categóricas. As categorias emergem da síntese das falas, destacando os seus aspectos mais importantes. Moraes (1999) já mencionava que a categorização é uma das etapas mais criativas da análise de conteúdo.

Nesse momento de analisar o conteúdo das entrevistas, teve-se como base os objetivos específicos e as Unidades referenciais, conforme ilustrado no Quadro 2. Enfim, ao que se referiu à análise sociodemográfica, optou-se por analisar e organizar os dados em tabela e após a construção de gráfico o qual é um recurso que torna possível a organização dos dados coletados, para uma melhor visualização e comparação.

Quadro 2 – Categorização - uma das etapas mais criativas da análise de conteúdo

AS UNIDADES REFERENCIAIS	CATEGORIZAÇÃO
AUTONOMIA AUTOCUIDADO Quadro 2 - Categorização - uma das etapas mais criativas da análise de conteúdo	Doenças não conhecidas Acesso aos serviços. Autorresponsabilidade pela própria saúde, Indeterminação, desconfiança Tomadas de decisões
VULNERABILIDADE, PRECONCEITO FRAGILIDADE	Desconhecimento sobre a doença, Mudança de comportamento e estilo de vida, Segredos de família, Isolamento Vergonha, receio, medo Vida dupla Mal atendida no posto
SATISFAÇÃO/INSATISFAÇÃO NEGLIGÊNCIA	Disciplina com os remédios, Insatisfação com os serviços de saúde, Decepção, Falta de orientação, Não tenho queixas, muito bem atendido, Falta de remédios Negligência, reivindicar nossos direitos Sociais

Fonte: Elaborado pela Autora (2021).

6 RESULTADOS

A caminhada percorrida durante o desvelar desta pesquisa foi fortemente marcada por inquirições, ressignificação pessoal diante das expectativas e ao lucubrar interconexões reveladas durante o processo de análise dos resultados.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Caracterização dos participantes da pesquisa.

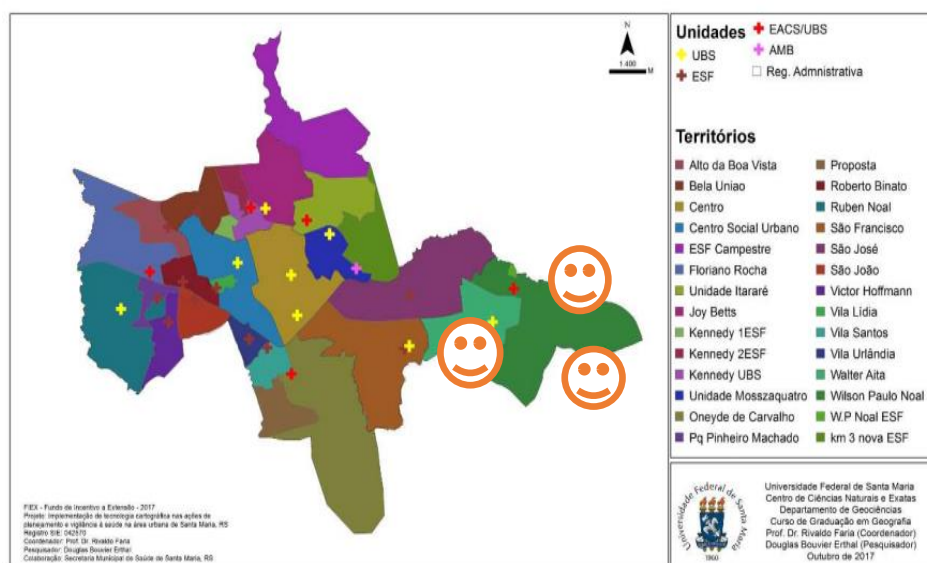
Tabela 3 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		Total	
		nº	%
Sexo	Masculino	9	45%
	Feminino	11	55%
Etnia¹	Branca	14	70%
	Parda	4	20%
	Negra	2	10%
Estado civil	Solteiro	01	5%
	Casado	05	25%
	Separado	05	25%
	Divorciado	08	40%
	Viúvo	01	5%
Faixa etária	60-64	8	40%
	65-69	5	25%
	70-74	5	25%
	75-79	1	5%
	80-89	1	5%
Ocupação	Aposentado	7	35%
	Desempregado	5	25%
	Autônomo	5	25%
	Dona de casa	3	15%
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	8	40%
	Ensino fundamental	4	20%
	Ensino Médio	3	15%
	Ensino médio incompleto	3	15%
	Ensino Superior	2	10%
Religião/doutrina	Católico	13	70%
	Espírita	4	20%
	Evangélico	1	5%
	Não tem	1	5%
Plano de saúde	Tem plano	9	45%
	Sem plano	11	55%
Renda Familiar	Até 1 salário-mínimo	6	30%
	De 2 a 3 salários-mínimos	7	35%
	De 4 a 5 salários-mínimos	4	20%
	De 6 a 7 salários-mínimos	3	15%
N total		20	100%

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

6.2 REDE DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – SANTA MARIA, RS

Figura 3 – Rede de Serviços Públicos de Saúde – Santa Maria, RS



Fonte: Plano Municipal de Saúde – 2018 a 2021. Obs: As figuras (emojis) adicionadas ao mapa indicam a localização das Unidades de saúde frequentada pelos entrevistados.

O mapa acima refere-se às regiões de Santa Maria e a localização das Unidades de Saúde. Essa organização denominada territorialização, prevista na Política de Humanização do SUS visa organizar os serviços de acordo com o território, ou seja, conhecer a partir das necessidades organizar os serviços. Conhecer o território significa conhecer a população, o ambiente, e as suas relações (PNH, 2006).

O propósito em trazer essa ilustração foi para identificar as Unidades de referência, as quais, os entrevistados traziam como referência. Durante a análise dos dados foi possível verificar o itinerário ao acessar a rede de saúde.

Mesmo de forma aleatória (não fazia parte dos critérios de inclusão da pesquisa), o itinerário, com prevalência da região *OESTE*, embora, as demais regiões também foram representativas. As figuras adicionadas no mapa ilustram as regiões acessadas.

As diferenças segundo dados coletados pelos entrevistados/as demonstram o mesmo padrão, ou seja, irresoluto e acesso inadequado. Portanto, ao analisar a procura pelo tratamento, houve considerável diferença ao avaliar a qualidade do serviço. O ineditismo desses foram elucidados após a

minuciosa análise das entrevistas e do perfil sociodemográfico dos entrevistados, bem como, o conhecimento da pesquisadora da região e das Unidades de Saúde. Tais desdobramentos da pesquisa, enriqueceu esse estudo e elucidou alguns parâmetros ideais de comparação entre os serviços desde o diagnóstico até o tratamento, embora, todo o itinerário do Usuário estivesse vinculado ao SUS.

Os locais para tratamento e retirada de medicação são diferentes para cada doença. Sendo que para o tratamento de *HIV/AIDS*, o serviço é localizado na farmácia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e a Casa Treze de Maio é um Serviço de Assistência Especializada e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) com foco na prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Para o tratamento para a TUBERCULOSE, o local de referência é o setor de tuberculose do município, também localizado no centro da cidade. A medicação para a *HANSENÍASE* é dispensada pela Farmácia Municipal Central, localizada na Rua André Marques, 760 no Centro da cidade.

Salienta-se que é de obrigatoriedade do SUS o acesso gratuito as medicações para o tratamento das DN, elencadas nesse estudo. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, afirma que: O Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País (BRASIL, 1988). A Rename disponibiliza a relação dos medicamentos disponíveis no SUS. Conforme normativa, a listagem de medicamentos deve ser revisada e atualizada de 2 em 2 anos (RENAME, 2020).

A lista completa e atualizada das medicações encontra-se disponível na Rename (2021), disponível nos sites do Ministério da Saúde.

6.3 DESVELANDO O CONTEXTO PESQUISADO

O caminho metodológico constituído da análise e da interpretação dos dados, compôs os desafios desta tese. Compreender os diferentes contextos e

dimensionar suas nuances subjetivas o qual é inerente na pesquisa qualitativa é trilhar o caminho de incertezas frente à complexidade humana.

O desvelar das diferentes experiências sociais dos idosos é permeado pelas suas vulnerabilidades e necessidades. Nesse cenário, o objeto deste estudo está centralizado no desvelamento do problema de pesquisa constituído pelos elementos: autonomia, vulnerabilidade, autocuidado e preconceito constituíram as descrições categóricas dessa investigação:

- a) Doenças Negligenciadas e seus desdobramentos;
- b) Percepção do idoso/a em relação a seu autocuidado e (desa)cesso à saúde;
- c) Vulnerabilidades e Violências: Ontologia do conceito experienciado na Saúde.

O modelo biomédico e assistencialista foi observado entre os entrevistados, a grande maioria deixava para “depois” os cuidados com a saúde. Os homens eram os que mais relutavam em falar e procurar atendimento de forma preventiva, comportamento esse, culturalmente e socialmente aceito pela sociedade quando se refere ao autocuidado masculino o que vem ao encontro da realidade no enfoque das políticas de saúde que, por muito tempo, priorizou as mulheres e criança. Esse cenário reforçou a construção sociocultural do homem como um ser forte e viril, despreocupado com o seu autocuidado (CARRARA, *et al.*, 2009). Nesse contexto, Queiroz (2020) nos lembra que a abordagem de gênero se refere a tudo aquilo que foi definido ao longo do tempo e tudo o que a nossa sociedade entende como o papel, função ou comportamento esperado de alguém, com base no seu sexo biológico.

No enfoque de gênero, Cepellos (2021) afirma o crescente fenômeno da feminização da população idosa. Essa tendência ocorre principalmente em função do diferencial da mortalidade por sexo, que afeta o ritmo de crescimento das populações masculina e feminina e que prevalece na população brasileira, resultando em maior sobrevivência das mulheres nesse cenário.

Nesse sentido, defendemos que o tópico está atrelado ao fato de que as mulheres encaram inúmeros desafios ao longo do processo de envelhecimento, ou seja, como lidar com a aparência, com as percepções sobre as suas habilidades técnicas e comportamentais, além de serem questionadas pelos

seus conhecimentos e experiências. A discriminação ocorre tanto por homens quanto por mulheres mais jovens, demonstrando a complexidade do fenômeno

Verificou-se, também, que a maioria dos entrevistados eram aposentados e não tinham planos de saúde. Muitos nunca receberam visitas de profissionais da saúde nas suas residências. Nesse âmbito, a situação econômica é um importante determinante no uso de serviços de saúde, predominando entre os usuários do SUS. Analisando-se os resultados deste estudo, observou-se que a maioria dos idosos(as) sobrevivem com renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos.

O perfil demográfico dos idosos(as) do cenário local (Santa Maria) não está muito aquém da realidade do Estado do Rio Grande do Sul. Se pensarmos em curto e médio prazo teremos em 30 anos grandes mudanças, considerando o cenário vislumbrado até agora. Apesar da população idosa crescer vertiginosamente no país, estamos despreparados em todos os níveis para responder às necessidades geradas pelo envelhecimento populacional. Brito e Miranda (2008), Mendes e Silva (2017) afirmam que é nesse momento de transição que investir no sistema de saúde é compreender a sua função como propulsor do desenvolvimento econômico e, sobretudo, uma resposta às novas necessidades criadas pelas transformações demográficas e epidemiológicas.

É, portanto, fundamental que os investimentos estimulem a formulação de políticas públicas equânimes, que reconheçam a saúde como direito e que priorizem as necessidades como categoria essencial para as formas de justiça. (MIRANDA; MENDES, SILVA, 2017).

6.4 DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E OS SEUS DESDOBRAMENTOS

O envelhecimento populacional transforma a participação dos grupos na vida econômica, política e social do país. Nesse contexto, faz-se urgente conhecer as condições sociodemográficas e o suporte social ao qual os idosos(as) estão inseridos, a fim de contribuir e atender às suas demandas. Na análise dos dados sociodemográficos dos(as) idosos(as) pesquisados(as), observou-se que a maioria das respondentes eram do sexo feminino, muito embora, o número total de diagnosticados pelas doenças fossem do sexo masculino. Ocorre que a maioria dos homens não quis ou pode participar,

contrapondo ao grupo feminino, que esteve mais disposto em responder a entrevista. Verifica-se que esses dados estão em consonância com o IBGE (2019) e Chaimowicz (2013), no que se refere à feminilização da velhice. As mulheres predominam entre a população idosa, dada à menor mortalidade.

Nunca tinha medicação quando eu ia buscar, pedia por favor para ter acesso. Me sentia cansada, debilitada. Cansei de ir até lá pegar e não ter remédio, aí fui à ouvidoria². Fiz reclamação por escrito, aí tudo se resolveu, nunca mais tive problemas (T1).

A narrativa acima demonstra a violência institucional que se caracteriza pelo não atendimento às necessidades dos idosos (as). Suscintamente dentro do contexto apresentado a violência estrutural se apresenta através da exclusão do acesso a direitos, banalização da doença, negação a assistência à saúde, não cumprimento da lei e do dever social e técnico do profissional. Tal afirmação corrobora com MINAYO e cols., 2017, ao constatar que violência estrutural é uma expressão da deficiência evitável das necessidades humanas fundamentais. Sendo *evitável* se esbugalha diante de nós a violência estrutural e a fragilidade do sistema de saúde e social diante da falta de planejamento, de gestão e organização de políticas que atendam a população.

A fala revela também que não há mais espaço ao conformismo diante da situação de negligência do Estado. A população desassistida utiliza estratégias de resistência e enfrentamento à violação do seu direito através da procura da Ouvidoria para reivindicar conquistas de direitos já consolidados.

As pessoas que estão em risco precisam de assistência. É dever do estado intervir e solucionar (T1).

Da mesma forma, essa fala revela conhecimento dos direitos de cidadania e a importância do Estado em assegurar políticas públicas que possam oferecer uma assistência à saúde daquelas pessoas que necessitam. A consciência

² Ouvidoria - O objetivo de uma ouvidoria é, conforme dito nos Artigos 9º e 10º, garantir os direitos dos usuários (cidadãos) ao possibilitar um canal para manifestações perante a administração pública acerca da prestação de serviços públicos. Este canal será responsável por receber a manifestação, com identificação do requerente, e encaminhar internamente conforme a necessidade. A lei de nº 13.460, de 26 de junho de 2017, também chamada de Lei de Proteção e Defesa dos Usuários de Serviços Públicos, a ouvidoria é uma importante ferramenta disponível a oferecer adequada prestação dos serviços, devendo os agentes públicos e prestadores de serviços público cumpri-la de acordo com a lei (BRASIL, 2018).

crítica e conhecimento sobre seus direitos é fundamental para que a pessoa idosa possa exercer seu autocuidado e exigir dos órgãos competentes o atendimento de suas demandas de saúde.

Nunca imaginei que fosse Hanseníase, não tenho perfil para essa doença (H2).

Nunca me cuidei, o que sei é pela televisão. Nunca imaginei que isso aconteceria comigo. (A5).

As narrativas acima revelam um imaginário social acerca da hanseníase e do HIV/AIDS, um pensamento mágico de que essa doença só acomete determinados corpos e perfis. No entanto, em ambas as situações a falta de uma informação sobre as doenças contribui para a vulnerabilidade dos participantes da pesquisa.

A construção de estratégias intersetoriais entre a assistência social, políticas públicas e assistência à saúde são formas de viabilizar a proteção social diante de patologias que historicamente assolam a população (BRASIL, 2020).

A esposa relata: [...] me senti humilhada em procurar o posto de saúde perto de da minha casa e receber apenas 2 flaconetes de Soro Fisiológico para fazer o curativo. Ele fez uma cirurgia muito grande tiraram pele da barriga para colocar em outro local (esposa de A2).

A violência institucional também emerge nesse relato de A2, evidenciada pelo descaso, sentimento de humilhação e atendimento desumanizado.

A falta de escolaridade possui estreita relação com os cuidados pessoais e em relação à saúde e ao acesso aos serviços de saúde. (IBGE, 2018) Cerca de 50% dos entrevistados possuíam ensino médio. Muitos afirmaram conhecer a doença pela mídia, sem nenhum aprofundamento das suas complicações. O senso comum, em relação ao conhecimento, reafirma que a visão empírica e o nível educacional influenciam na qualidade e nos anos vividos pela população idosa. Em outras palavras, aqueles que possuem maior escolaridade tendem a viver mais tempo livre de doenças em relação aos indivíduos de menor escolaridade. Nesse contexto, Costa, *et al.* (2020) afirmam que a baixa escolaridade pode favorecer a não adesão ao tratamento e ao seu autocuidado, oriundo das dificuldades de entendimento de leitura. Noronha & Viegas (2002); Ney (2006) reforçam que as desigualdades encontradas entre os idosos que

possuem mais escolaridade costumam ter uma melhor percepção dos efeitos de tratamentos e melhor autocuidado. Realidade oposta quando se observa os idosos de menor escolaridade.

Além disso, o baixo nível de escolaridade pode limitar o acesso às informações, provavelmente em razão do comprometimento das habilidades de leitura, escrita e fala, bem como à compreensão dos complexos mecanismos da doença. Importante destacar que a falta de escolaridade não é um fator isolado e está associada a situações de vulnerabilidade social e de não acesso ou precário acesso ao direito à educação. Ressaltamos que não podemos ter uma visão individualizante ou culpabilizadora em relação à pessoa idosa que não teve acesso ao estudo como se ela fosse responsável por não ter tido a oportunidade de estudar e por consequência, dificultando o seu processo de autocuidado. As situações que envolvem as experiências sociais das pessoas idosas são complexas e não possuem somente uma variável a ser analisada.

As falas abaixo evidenciam as diferentes experiências vivenciadas em relação à doença.

O problema nem sempre é dinheiro, mas a compreensão das nossas necessidades durante o envelhecimento com uma doença cheia de preconceito (H3).

Achava que essa doença estava longe daqui. Ouvia falar na televisão, nunca dei bola (A3).

Fiorati *et al.* (2018) afirmam que o enfrentamento das diversas patologias que idosos(as) estão expostos vai além da dimensão tecnológica médica ou biomédica, devendo estar alicerçada por uma compreensão mais profunda sobre as questões sócio-históricas do Brasil. Essa compreensão dentro de um contexto de intervenções intersetoriais são estratégias para minimizar a exclusão, a desigualdade e a pobreza.

A fala acima apresenta a reflexão que a doença vai além do campo biológico e, nesse contexto, ratifica-se a importância de levar em consideração as relações individuais entre saúde e os modos de vida dos sujeitos, suas organizações dentro de uma sociedade silenciosamente desigual, que vai além do aspecto socioeconômico.

Assim, a heterogeneidade é marcante entre os idosos(as), não só nos aspectos referentes às suas condições de saúde, mas também no que diz respeito à idade, gênero, etnia e condições econômicas e de moradia. Nesse sentido, Vera e Oliveira (2018), coadunam ao afirmar que os cuidados precisam ser coordenados ao longo da vida numa lógica de rede, desde a entrada no sistema ao vínculo familiar adequados a modelos de atenção à saúde para os idosos(as) de forma individual, segundo as suas demandas. Veras, Caldas, Cordeiro e Lima (2013) salientam que um dos problemas da maioria dos modelos assistenciais vigentes decorre do foco exclusivo na doença.

De maneira geral, observou-se um comportamento curativista em relação às doenças, que, de acordo com as falas abaixo, expressa a busca de atendimento na presença de sinais e sintomas, o que leva a complicações e tratamentos mais longos.

Procurei hospital para saber os motivos de tanta falta de ar e cansaço que andava sentindo. Fui diagnosticado com pneumonia. Durante o período em que fiquei internado para tratar a doença, passei por vários exames (T3).

Nunca usei preservativo, depois do diagnóstico de sífilis comecei a usar, aí já estava contaminado (A3).

A fala a seguir corrobora a busca pelo autocuidado oriundo da experiência vivida pelo surgimento da doença:

“Agora sei me cuidar, quem tem que gostar da gente é a gente mesmo” (T2).

O estilo de vida, comportamento e subjetividade das pessoas são aspectos representativos em suas escolhas interferindo no processo de envelhecimento, as ações de autocuidado despertada pela doença evidenciam que as pessoas se cuidam porque pretendem viver mais e melhor. Nessa nova realidade imposta pela doença o autocuidado surge como promotor de saúde.

6.5 PERCEPÇÃO DO IDOSO EM RELAÇÃO AO SEU AUTOCUIDADO E (DESA)ACESSO À SAÚDE

Recentemente, um estudo feito por Morel e Noronha (2019) afirma que as doenças negligenciadas podem ser identificadas pela fonte de sua negligência: doenças negligenciadas por agências de fomento em Ciência e Tecnologia, as doenças negligenciadas por grandes empresas farmacêuticas, as doenças que resultam do subdesenvolvimento, e as doenças que acentuam a pobreza. As doenças negligenciadas também podem ser identificadas com base nas populações negligenciadas, o que leva a pensar em maior mortalidade em idosos(as). Identificar idosos(as) dessa pesquisa com diagnóstico positivo para HIV/AIDS coaduna com estudos que demonstram que a maioria da população idosa se encontra sexualmente ativa. Como o tema prevalece como tabu, o diagnóstico é tardio e mantido em segredo dos familiares. As falas abaixo remetem às experiências vividas que permeiam a falta de autocuidado, violência de gênero e agravos da saúde física e mental.

Ai do nada comecei a sentir minha boca cheia de afta, me faltava fome, defecava líquido e vivia com ânsia de vômito. Nunca procurei profissional da saúde, mas, com tudo isso e a depressão, fui fazer exames, aí falaram desse tal de HIV. Na época não sabia o que era. Aí me explicaram que é a AIDS a mesma coisa. Eu não sabia (A7).

Nos morava pra fora, tivemos 6 filhos. Trabalhava na lavoura e na casa. Na minha cama, só ele mesmo, foi amor para a vida toda, eu era noiva de outro e deixei para ficar com ele. Eu não gostava de sexo, fazia por obrigação. Depois teve uma época que ele saía de casa cedo e voltava tarde, ele dizia que eram negócios eu acreditava...até que um dia vi ele dando carona pra uma mulher mais velha, acho que era essas da vida... Daí entendi tudo (A7).

Sou casado há 43 anos, vivo com minha esposa e há 20 anos não tenho relação sexual com ela. Comecei mentindo pra ela que não tinha ereção, aproveitei que tive uma infecção e disse que não tinha mais ereção. Tenho vida dupla. Sou muito discreto, tomo meus remédios e ninguém sabe. Ela não sabe que tenho a doença e não sabe que sou homossexual (A8).

As falas acima demonstram o agravo da saúde e o segredo familiar. Mahmud e Bos (2020) afirmam que, com o avanço no tratamento da AIDS, pela descoberta de novos fármacos para integrar a terapia antirretroviral, houve maior sobrevida dos pacientes infectados. Em contrapartida, idosos(as) com sintomas neurológicos associados à infecção pelo vírus são predominantemente

caracterizados por alterações nas funções cognitivas. Pacientes com demência associada ao HIV, muitas vezes, são diagnosticados com outras patologias, que devido à semelhança do quadro, leva a diagnóstico diferencial nas síndromes demenciais (KERMANI; DROB; ALPERT, 1984; CDC, 2013).

Quando fiquei sabendo do diagnóstico falei para minha companheira que ela poderia 'sair fora'. Ela não quis, disse que estávamos juntos nessa (A2).

Eu ficava com umas meninas lindas e saudáveis, nem pensava em HIV (A3).

Lembro da cara de preocupação do médico na hora de dizer que eu havia contraído o HIV (A1).

Em relação às pessoas idosas (con)vivendo com HIV/AIDS, é emergente a necessidade em busca pela reconfiguração da existência e da construção da consciência reflexiva individual e social, sustando a invasão do impacto da doença. (KERN, 2005a) O autor defende como fundamental o resgate da vida como alternativa à morte social.

Ao se referir a morte, associada à questão social, uma das possibilidades de Barbarói (2007) é a de compreendê-la no sentido de que há uma ruptura todas as vezes que uma pessoa deixa de pertencer a um grupo. Nesse sentido, compreende-se que a “morte social” está intimamente ligada às fases da vida, como rituais de passagem implicando perdas (KERN, 2001; KERN, 2005b; GURGEL, 2006).

Diante desses fatores, e convergindo com Kern (2001), o fato ocorre mediante a morte social que antecede a morte física. É o *não* que a sociedade decreta, ou seja, a pessoa continua viva, mas sente o peso e o impacto do caixão fúnebre fechado e parafusado por uma sociedade excludente (KERN, 2001). Essa sociedade composta por pessoa e a mesma a que pertencemos, ela induz e estimula a morte social e física, e na maioria das vezes é bem sucedida, diante de nossa outorga em sermos contaminados.

É nesse contexto que emerge o entendimento pelo uso do termo vulnerabilização. *A priori*, estamos todos vulneráveis. O viés social e de saúde presente nas falas diz respeito à ampliação do olhar sobre os diferentes riscos a que grupos populacionais estão submetidos, elucidando, de certa forma, as lacunas das políticas de saúde e da ação do Estado. Oliveira (2018) ressalta a

linha tênue e perigosa em se individualizar a responsabilidade pela superação da situação de vulnerabilidade por um discurso da resiliência.

A Vulnerabilidade pessoal (ou individual) está associada aos comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV (relação sexual desprotegida, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea e transmissão vertical). Isso depende, portanto, do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e, também, das possibilidades efetivas de transformar as suas práticas (OLIVEIRA; PAIVA, 2007).

O grau de consciência que os indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de comportamentos associados à maior vulnerabilidade precisa ser considerado. Nesse sentido: “[...] a vulnerabilidade quer expressar os ‘potenciais’ de adoecimento/não adoecimento relacionados a ‘todo e cada indivíduo’ que vive em um certo conjunto de condições” (AYRES, 2003, p. 127).

Contudo, a mudança de comportamento não é compreendida como decorrência imediata da vontade dos indivíduos. Conhecimentos e comportamentos têm significados e repercussões muito diversificados na vida das pessoas, dependendo de uma combinação, sempre singular, de características individuais, contextos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia a dia. Por isso, não é possível dizer que uma pessoa “é vulnerável”. Só é possível dizer que uma pessoa está vulnerável a um determinado problema, em um determinado momento da sua vida.

Dentro dos princípios da bioética, a autonomia não pode mais ser entendida apenas como sendo a autodeterminação de um indivíduo, essa é apenas uma de suas possíveis leituras. Dessa perspectiva é que surge a responsabilidade pelo respeito à pessoa, que talvez seja a melhor denominação para esse princípio.

6.6 VULNERABILIDADES E VIOLÊNCIAS: ONTOLOGIA DO CONCEITO EXPERENCIADA NA SAÚDE

A vivência durante a pesquisa coaduna com a visão atual da realidade, a qual revela que as diversas matizes de desigualdades que marcam/marcaram a humanidade não podem ser atribuídas a fatores isolados e estar nesses espaços em que os problemas poderiam ser evitados. Portanto, traz à tona a responsabilidade de pesquisadora e enfermeira, a fim de garantir a não culpabilização dos indivíduos que vivem essas diversas situações. Identifica-se nas falas abaixo o desconhecimento, o preconceito e a culpa de não ter evitado o ocorrido.

Quando eu aguardava os exames foi o momento que me senti incapaz de resolver a situação (eu já esperava o resultado positivo), foi o momento que mais me senti vulnerável. O outro momento foi durante a consulta com o infectologista na incerteza do que ele ia dizer (A2).

Pensando agora...me sinto ainda vulnerável em dividir com a família o que estou passando. Acho que nesse ponto acho que nunca vou conseguir falar (A2).

Nesse contexto, o enfrentamento das diversas formas de desigualdades deveria constituir os principais focos de atenção à saúde dos idosos(as) pois, ao portar uma doença, seja ela crônica, contagiosa ou negligenciada, há as suas repercussões sociais, familiares e de autocuidado. Para Coutinho e Tomasi (2020), o autocuidado se revela como um conjunto de ações que o indivíduo desenvolve em seu benefício, no sentido de manter a vida e o seu bem-estar.

A perspectiva de envelhecimento populacional modifica a participação dos grupos na vida econômica, política e social do país. Nesse contexto, é importante conhecer as condições de vida, de saúde e econômicas dos idosos, para que se possa estar preparado para atender às suas demandas. A amostra deste estudo foi composta por 20 Idosos, com idades entre 60 e 80 anos. A maioria dos participantes deste estudo foi do sexo feminino, 55%, o que corrobora com Oliveira, Barbosa, Oliveira, Fernandes e Fernandes (2017), ao destacar o fenômeno da feminização do envelhecimento, que está intimamente atrelado aos cuidados da mulher com a saúde. Isso está alinhado à OMS (2020), reconhecendo o papel da mulher como a responsável e cuidadora da família,

enquanto os homens apresentam maiores comportamentos de risco e de estar sujeitos a lesões ou morte devido à riscos ocupacionais e suicídio. O Ministério da Saúde chama a atenção para as altas taxas de suicídio entre idosos com mais de 70 anos. Esse comportamento pode estar associado a mudança no perfil epidemiológico do envelhecimento no Brasil. Os crescentes problemas sociais, estruturais e de saúde que afetam essa população, ainda, não são prioridade.

Segundo a OMS, a falta de médicos também é uma questão importante quando falamos dos problemas da saúde pública no Brasil o ideal é que haja pelo menos um médico para cada mil habitantes. Para completar esse desequilíbrio matemático, Brasil (2020), afirma que cerca de 80% da população brasileira depende exclusivamente do SUS. Falar sobre saúde pública no Brasil é falar sobre um histórico de recursos escassos e mal geridos. A pandemia de Coronavírus no Brasil apenas expôs o caos que já existia, mesmo assim nenhuma pandemia pode ser entendida sob a perspectiva de uma única profissão, pois enquanto o contágio é um evento microbiológico, a pandemia é um evento sociopolítico e econômico (SILVA *et al.*, 2019).

Quanto à distribuição etária da população em estudo, predominam os indivíduos que se encontram na faixa etária de 60 a 70 anos (70%), seguido de 30% que estão na faixa de 70 a 80 anos. Os dados confirmam que as distintas idades não são fatores de proteção para doenças. Também com referência ao estado civil atual, constatamos que predominam os idosos que se autodefiniram conviver com companheiro, perfazendo um total de 55% e 45% sem companheiro. O Estado do RS apresenta uma enorme heterogeneidade cultural e étnica da sua sociedade, devido, principalmente, à colonização por açorianos, alemães e italianos. Todas essas etnias ajudaram a construir o Estado do RS. Esse estudo revelou que 70% da população de Santa Maria se reconhece como Branca e a minoria 10% se autodenomina negra. A fim de entender esses dados, faz-se aqui uma breve incursão ao passado de segregação socioeconômica e racial no Brasil, que remonta ao passado escravocrata e, ainda, nos dias de hoje (OLIVEIRA, 2015).

A segregação é muito prejudicial para sociedade, pois dificulta as interações sociais, gerando o estranhamento e o não reconhecimento do outro. Ter consciência das desigualdades e da diversidade é essencial para que as pessoas sejam menos estreitas e intolerantes. Outro aspecto é que quando

observada em grupos de menor renda, a segregação diminui as chances de mobilidade social, pois se criam barreiras para o acesso ao mercado de trabalho, aos serviços públicos, à cultura e à educação (MARIAN, *et al.* 2015).

A heterogeneidade é marcante entre os idosos/as, não só nos aspectos referentes às suas condições de saúde, mas também no que diz respeito à idade, gênero, etnia e condições econômicas e de moradia. Esse contexto é facilmente interpretado e vinculado a violência e preconceito social. A intersecção da interpretação dos discursos se confunde diante de uma realidade que por anos ignorou a velhice e seus desdobramentos.

No campo das igualdades e vulnerabilidades é impetuoso a discussão sobre violências. O termo violência é amplo e vai além da dimensão física e biopsicológica, ela age no coletivo, no indivíduo de qualquer idade.

A procura de um conceito sobre Violência, ou VIOLENCIAS, cabe aqui trazer duas descrições. A primeira, mais simples e incompleta, é descrita no dicionário da língua portuguesa, ao desvelar a palavra no dicionário físico se justifica que há tempo recorriamos a ele para decifrar os enigmas ortográficos. Embora a conceituação apresente restrições de informações, esse tipo de violência vigora e é descrita como física (HOUHAIS, 2018). Essa inquisição envolta do mesmo termo em diferentes fontes reafirma o pensamento comum que a violência é estritamente física, sufocando a percepção das demais tipificações.

Entretanto, quando analisamos conceitos vinculados a área do direito, da assistência social e da saúde, o termo ganha mais amplitude e relevância, afinal, todo e qualquer constrangimento físico ou moral exercido sobre alguém, que agrida ou obrigue uma pessoa a fazer o que lhe é imposto, também pode ser considerado ato de violência. Os incrementos de estudos sobre violência e os diversos típicos elucubrados sobre o tema fortalecem diante do olhar do Serviço Social que atua na questão social desde sua gênese, e destaca a desigualdade social, como um dos aparecimentos sociais que acaba originalizando várias facetas acerca da violência. (COELHO; GRÜDTNER; LINDNER, 2014; LOTTA, 2019). De forma ampla e atual, a OMS (2021) revela que a violência é devastadoramente generalizada e epidêmica entre as mulheres.

A classificação hoje conhecida sobre violência, segundo a OMS (2002), está assim apresentada:

- a) violência ou abuso físico: uso da força que pode resultar em dano, dor, lesão ou morte;
- b) violência ou abuso sexual: ato ou o jogo em relações hétero ou homossexuais que estimulem ou utilizem a vítima para obter excitação sexual e práticas eróticas e pornográficas, por meio de aliciamento, violência física e ameaças;
- c) violência ou abuso psicológico: menosprezo, desprezo, preconceito, discriminação e humilhação pelo fato de a pessoa ser idosa;
- d) violência financeira ou material: uso ilegal ou impróprio dos bens e dos ativos de um idoso;
- e) negligência ou abandono: recusar cumprir obrigações de cuidar e proteger o idoso que necessita de amparo. Ao fato de abandono, refere-se a deixar o idoso à própria sorte quando ele não é capaz de se cuidar.
- f) violência auto infligida ou autonegligência: negligência do próprio idoso em se cuidar, o que pode ameaçar sua saúde, segurança ou mesmo a vida. (OMS, 2002).

As principais formas de violência experienciada pelos idosos e reveladas nessa pesquisa são descritas a seguir. Os achados desse estudo estão em consonância às referências de MINAYO (2007); SANTOS (2007); AGUIAR e D'OLIVEIRA (2011).

A **violência estrutural**, relaciona-se às desigualdades sociais. Minayo (2007), afirma que essa violência nasce no próprio sistema social, contribui para a manutenção e aumento das desigualdades culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome e as várias formas de submissão e opressão.

Entretanto, a **violência institucional** pode ocorrer na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos. O diálogo que segue evidencia as falas sobre experiências vivenciadas em diversos momentos e lugares.

A *priori*, analisamos a Violência Institucional, a qual não empurra, amarra ou deixa marcas no corpo. Ela manifesta-se pela discriminação, pela negligência e pela normatização da precariedade. Os desabafos abaixo relatam essa injúria:

No postinho de saúde, me deram 2 sorinhos pequenos e 1 pacote de gaze e me disseram que só podiam ir fazer o curativo no meu marido em quinze dias. Vendi a minha casa e fui buscar atendimento privado(A1).

Fui em 3 postos de saúde, só fui atendida no terceiro. (A2)

Foram anos buscando o diagnóstico. Até que paguei uma dermatologista particular e ela logo viu que era Hanseníase. Agora não tem mais conserto(H1).

A violência Estrutural e/ou Institucional reúne os aspectos resultantes da desigualdade social provocada pela pobreza, miséria e a discriminação se expressa de múltiplas formas. Embora a questão social seja um problema amplo que atinge todas as idades, aqui os Idosos são o grupo mais vulnerável (MINAYO, 2013).

A violência institucional está presente na prestação de serviços de saúde, assistência e previdência social, sendo que esse tipo de violência é relegado a um segundo plano e velado, manifestando-se de formas mais sutis e indiretas. Essa violência calada, oculta e surda é a maior violência praticada contra a condição humana (BARROSO, 2021). Nesse sentido, o investimento em busca de uma sociedade para todas as idades, beneficiariam diversos grupos populacionais gerando um ambiente social amigável, e maior intergeracionalidade. Esse seria um grande desafio já que falar em violência Institucional é também relacionar as Doenças Negligenciadas as quais de certa forma são “esquecidas” pelas grandes indústrias farmacêuticas.

Essas doenças estão diretamente relacionadas com a pobreza, falta de infraestrutura, saneamento básico precário e a ausência de políticas e investimentos. Embora essas enfermidades incapacitem e matem milhões de pessoas, ainda há falta de estudos relativos à tecnologia medicamentosa (ODS,2021-2030). Em linhas gerais, estudos direcionados para essas doenças não atraem o interesse do mercado porque não resultam no retorno lucrativo esperado. Além disso, por afligir, principalmente, populações de baixa renda, a voz desses indivíduos não é tão ativa perante os governantes e a parte privilegiada da sociedade (BRASIL, 2013).

Ao referenciar populações de baixa renda, cabe a elucidação dessa classificação uniformizada por instituições governamentais e representantes. O IBGE (2020) atribui a baixa renda a grande parte da população. Essas evidências são assim classificadas, considerando o padrão de vida e distribuição de renda. Atualmente pelas regras do Governo Federal,2022 é considerado baixa renda quem recebe de meio salário-mínimo (atuais R\$ 550,00) por pessoa e famílias que ganham até 3 salários-mínimos. Cabe ressaltar que o indicador de

renda, não exclui outras variáveis a serem consideradas e envolvidas em busca de relevantes dados da população (BRASIL,2022).

A referência menciona o decreto nº 11.016 de 2022 que regulamenta o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal o (CadÚnico), instituído pelo art. 6º-F da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

Os benefícios oriundos do governo somente distribuídos a população que atender os critérios elencados dos Programas Sociais do Governo Federal. As obtidas por essa via são informações georreferenciadas para a identificação e a caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda

Tabela 4 – Agravos notificados de 2011 a 2016 em Santa Maria

AGRAVOS NOTIFICADOS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Atendimento antirrábico	481	734	815	1107	839	767	4743
Violência interpessoal/autoprovocada	192	376	321	480	381	388	2138
Varicela	437	667	366	229	273	127	2099
Intoxicação exógena	35	41	1074	62	78	81	1371
AIDS	113	129	88	183	222	299	1034
Sífilis não especificada	6	24	100	150	215	287	782
Hepatites virais	118	110	133	157	134	106	758
Tuberculose	140	140	124	110	104	98	716
Sífilis em gestante	31	49	49	58	108	150	445

Fonte: SINAN Municipal – Acesso em: 16/09/2017.

A tabela acima, demonstra dados de Santa Maria, retrata a realidade nacional, a violência não é reconhecida como doença, entretanto seu crescimento e seus agravos sociais causados pode ser comparados a uma doença epidêmica, sem distinção sociodemográfica e /cronológica. Esse alastramento da Violência evolui para danos à saúde pessoal, social, mental, física, à economia e as famílias.

A necessidade em trazer essa discussão surge diante do comportamento de Pessoas Idosas aceitar e/ou normalizar diversas injurias sofridas diante de suas experiências na procura de atendimento e resolutividade ao acessar a RAS. É nesse contexto que a violência contra a pessoa idosa pode assumir várias

formas e ocorrer em diferentes situações, tornando-se muito complexa dimensioná-la, por vezes que é subdiagnosticada e subnotificada (BRASIL, 2013).

Eu não percebo a prioridade no atendimento para os idosos, para mim é tudo igual. (Fala da esposa de H1 após término da V.D foi logo anotado, dentro do carro, no diário de campo).

A frase revela o oculto e o complexo envolto em uma rede de múltiplos sentimentos, percepções, interpretações e experiências vividas

Na coleta desses dados, diante de um olhar destemido e já considerando parte desse cenário as informações estão em toda a parte. A casa fala, os moveis e as almofadas, a iluminação e o cheiro do ambiente revelam mais que as palavras. É impensável desconsiderar essas raras e sutis revelações. O *COGITARE, cuidado em latim, é inerente à figura feminina*. A ação da palavra e o intenso e poderoso instinto humano se confundem. Há um desacordo autoral sobre os primórdios do cuidar, coube a Waldow (1995) em seu breve relato em associar o cuidado aos povos nômades devido suas rotas migratórias preservando a caça e sua vida. Há diversas e diferentes menções ao termo. A complexidade do CUIDAR se revela única, democrática e não ostenta uma única explanação.

Ao considerar a vivência do outro na circularidade do universo e o cuidado como um movimento humano, intrínseco e básico o desfecho dessa omissão e desumanização ao do que é humano ecoa como reflexo espelhado na própria existência de quem desconsiderou em fazer o cuidado. Em um olhar complexo, essas atitudes contribuem no emaranhado desaguando na desigualdade, irresolutividade e na fria divisão de responsabilidades entre o Estado e Profissional imerso conhecedor e prestador da assistência à saúde, reconhecido como protagonista diante das demandas legalmente assumidas. Não apresentar, ou considerar outra via de resolução reafirma profundas lacunas que se estende desde o processo de trabalho ao impacto de seu ato na Rede de Atenção à Saúde.

Todo o sistema é uma engrenagem, quando o básico, por ser extremamente básico é desconsiderado, pedalar as omissões a outras complexidades, inevitavelmente e relutantemente visíveis, escancara nossa inadequação,

irresponsabilidade social diante do arsenal jurídico, equidade social e insensibilidade em Ser o cuidado. Enfim, a não compreensão da explicação pode ser refutada ou não entendida. Considerando possível, uso o pragmatismo para concluir, indubitavelmente, somos coautores, em menor ou maior proporção em fazer essa engrenagem social e atemporal existir e persistir secularmente e o seu acionamento é público e coletivo.

Estou casado há 43 anos vivo com minha esposa e há 20 anos não tenho relação sexual com ela. Comecei mentindo pra ela que não tinha ereção, aproveitei que tive uma infecção e disse que não tinha mais ereção. Tenho vida dupla. Sou muito discreto, tomo meus remédios e ninguém sabe. Ela não sabe que tenho a doença e não sabe que sou homossexual (A8).

Pensando agora...me sinto ainda vulnerável em dividir com a família o que estou passando. Acho que nesse ponto acho que nunca vou conseguir falar (A2).

Nunca imaginei que fosse Hanseníase, não tenho perfil para essa doença (H2).

Nessas incursões, ora reflexivas e subjetivas, cabe elucidar os direitos dos idosos bem como deveres dos cidadãos. O direito à saúde da População idosa e de toda a população em geral já estão previstos e assegurados pelo Sistema Único de saúde (SUS) o qual originou-se pela Constituição Federal de 1988.

O artigo 230º da Constituição Federal é efusivo ao definir: que família, sociedade e Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, promovendo seu bem-estar e garantindo o direito à vida. Cabe aqui elucidar o dever da sociedade (sociedade aqui refere-se a mim, você e toda a população) em amparar as pessoas Idosas. Em recente questionamento sobre isso verifiquei que essa dúvida era maior que pensava. Pois é comum o entendimento que essas obrigações deverem ser do Estado. Porém, o Estado somos nós. Nossos comportamentos, atitudes e exemplos influenciam outras pessoas e passam de geração em geração.

Dessa maneira, compreende-se que o respeito aos idosos começa na família, o combate à violência é dever de todos ao rever a educação dos filhos incentivar atos nobres e coibir a violência na família. A mesma lógica é aplicada para educação no trânsito, respeito as diversidades de gênero, sociais e raciais. O empoderamento da sociedade terá seu ápice diante do conhecimento dos

direitos dos cidadãos previstos na constituição Federal, o reconhecimento do protagonismo de cada indivíduo é a força propulsora de efetiva mudança.

O protagonismo que gera a mudança passa pelas linhas das leis e Estatutos escritos em letras minúsculas, permeada de termos jurídicos que aos olhos de idosos favorecem a desinformação. É desbravando a intencionalidade que a Lei 8142/90 foi aprovada dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. A Lei 8080/90 promulgadas em setembro do mesmo ano, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Eis que surge a primeira e grande incongruência. Para que a saúde ocorra como mencionado acima, as necessidades e reivindicações devem ter a participação cidadã. Também já garantido pela C.F 1988. Curiosamente, a lei 8080/90 acumula diversos vetos. Na época, endossado pelo Presidente Fernando Collor. Os diversos vetos chamaram a atenção da população, ativista a favor do SUS e profissionais da saúde. Após diversas manifestações de repúdio aos vetos e sentindo se cobrado devida ao não cumprimento das exigências da população em ver seus direitos ceifados no que tange a descentralização de informações e da participação social na tomada e decisões. Em dezembro do mesmo ano é criada a lei complementar 8142/90. Essa breve e impactante incursão histórica, se torna um marco social da reivindicação e conquistas de direitos, cidadania e inserção social. Diante do exposto, entre o passado e o presente nos deparamos diante de inúmeras leis, decretos, processos, projetos, programas sociais e de saúde, que muitos deles reforçam o insucesso em resolver os problemas supracitados e distanciam-se do SUS que é enfático ao defender a equidade em saúde que visa atender as diversas demandas, de pessoas diferente de acordo com suas necessidades.

Tal afirmativa refere-se a Lei 8080/90, nesse contexto Bezerra (2017) refere-se que a pesquisa translacional se insere com objetivo de reduzir as lacunas entre o conhecimento científico e as estratégias efetivas nos cuidados à saúde que visem melhor qualidade e longevidade, a pesquisa translacional pode trazer grandes contribuições, pois permite uma maior aproximação entre o conhecimento gerado e sua aplicação para o indivíduo ou sociedade (CORREIA, *et al.* 2019). O aumento das demandas de necessidades em saúde se faz cada vez mais importante em direcionar os recursos da pesquisa em saúde para prioridades do SUS. Em acordo com o exposto o Ministério da saúde em 2018 lançou a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde, em 2018, com o objetivo de alinhar as atividades de saúde com as atividades de pesquisa científica, tecnológica e inovação e direcionar os recursos disponíveis para investimentos em temas de pesquisas estratégicos para o SUS (BRASIL, 2019).

Diante de grandes transformações e notória evolução tecnológica, bélica, as descobertas em saúde, bem-estar, longevidade e outros complexos fenômenos, foram as bases indissolúveis para reorganização social. Contudo, a ausência de limites e intensa exploração humana., contribuíram, ativamente para sermos impactados pelas desigualdades e seus reveses.

Os inábeis esforços para amenização da desigualdade social reverberam em outras toxicidades sociais inevitavelmente, sendo reflexos da violência estrutural. Nesse momento, todos somos vítimas e culpados ao aceitar, ao permitir ou omitir atos e fatos inerentes a tudo o que se refere a violência. A complexidade destrutiva, leva associação e afirmação que as doenças não são biológicas, são sociais.

“Tu não devias ter ficado velho antes de ter ficado sábio”

Rei Lear (William Shakespeare)

7 CONCLUSÕES

Nesse momento se faz importante ressaltar que os objetivos propostos do estudo foram elucidados, embora a teoria de Oren ser longa, o autocuidado de si das Pessoas Idosas ainda se constitui em um déficit. Realidade que prevalece em todas as doenças, fortemente observado nas doenças estudadas com influência da desinformação ou por falsas crenças, outras influências. Entretanto, evidencia-se grande engajamento da comunidade acadêmica em corroborar para o conhecimento científico, engajados em produzir artigos que se dedicam ao tema em torno dos Idosos. Porém, a literatura é escassa ao vincular os Idosos com as três doenças mencionadas neste estudo. O termo negligenciado esteve associado, na literatura, à falta de assistência social, e, nas entrevistas e conversas com outras pessoas, o termo era vagamente conhecido, no entanto, nunca associado às doenças.

Nesse aspecto, o estudo corrobora com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde por serem considerados reflexos de situações em saúde, em que se verifica ser necessário ampliar a identificação de sua característica de vulnerabilidade, que têm sido denominadas atualmente como doenças relacionadas à pobreza ou, simplesmente, doenças da pobreza.

Diante do desenrolar deste estudo, os cenários epidemiológicos sofreram alterações devido à Pandemia da Covid 19, com o aumento da mortalidade geral, o escancaramento de doenças mentais e o aumento de suicídios. Até o olvidamento das doenças contagiosas foram postas em pauta novamente. Desencadeando um passado de irresolutividade, de fragilidades e o retrabalho no combate às doenças centenárias.

Concomitantemente e não deveras distante como aparenta, somos espectadores e alvo das mudanças sociais e mundiais. Tais reverberações têm por desígnio provocar e sugerir às próximas pesquisas avaliar o impacto dessas influências no Brasil e suas repercussões em aumentar a disparidade social e de saúde, que a exemplo da Tuberculose e da Hanseníase, há relatos de mais um século de existência, quem sabe continuar ocupando um *ranking* ao contrário, onde somos o 2º país com mais casos de Hanseníase, o 10º em casos de tuberculose e ainda considerado epidêmico em casos de contaminação por HIV. Diante do complexo cenário, este estudo não propunha ditar soluções aos

problemas elencados, sua missão científica esteve pautado em propor ações plausíveis e, posteriormente, apresentar o cenário sociodemográfico e epidemiológico no qual se inserem os Idosos diante ao diagnóstico das DN, bem como suas diversas experiências sociais no acesso à rede atenção à saúde (RAS).

Os resultados deste estudo demonstram, portanto, que embora se reconheçam as lacunas diante do controle das doenças contagiosas e da ineficiência das políticas públicas e o desserviço da indústria farmacológica em não investir em tecnologia para buscar medicações mais eficazes no combate a essas doenças, o estudo revelou o aumento de Pessoas Idosas com diagnóstico de HIV/AIDS e seu tardio diagnóstico associado a sintomas inespecíficos. A Hanseníase e a Tuberculose, são desconsideradas como diagnóstico, por suas influências sociais e culturais e desconhecimento profissional

Ao tentar territorializar patologias com inclinação pandêmica a exemplo das mencionadas aqui, que se alastram e não obedecem a um ordenamento único e horizontal propõe-se aos profissionais de saúde conhecer as Doenças Negligenciadas, rever protocolos de atendimento e considerar a eminência das patologias com prevalência nessa população em ascensão etária e demográfica.

É interessante mencionar que a educação em saúde se consolida como prática de transformação comportamental dos indivíduos a fim de promover qualidade de vida e saúde. Essa reflexão se faz necessária para instigar a reflexão-ação. As mudanças reais vão além do escrito. Embora conhecido, nunca se falou tanto em AUTOCUIDADO. Há um forte movimento e a ressignificação dos cuidados com a própria saúde, culminando para fortalecer a promoção da saúde e a atuação multidisciplinar. O objetivo é inverter a lógica vigente diante de uma época em que os brasileiros estão envelhecendo rapidamente, logo, é fundamental garantir a autonomia e a qualidade de vida.

O fenômeno viral vivenciado, convergiu e reforçou a não propositura de novos projetos, legislação ou políticas de saúde como meio a contemplar as fragilidades elucidadas como é de praxe diante de evento dessa magnitude.

O não inventar a roda, e sim fazê-la girar é o óbvio que precisa ser dito e ovacionado.

Ao propor a higidez da população, desde os primórdios o básico esteve presente como causa das intercorrências em saúde e como solução, o

entendimento do básico encontra eco na epidemiologia, e suas origens ao descrever as doenças e sua associação hídrica e desconhecimento de medidas higiênicas.

Destarte, é relevante considerar que os resultados desse estudo, aliados a interpretações e reflexões suscitadas no processo de pesquisa confirma-se tese de que as pessoas idosas com DN ao acessar a rede de atenção à saúde, são influenciadas pelos marcadores sociais, de gênero e classe social, a vulnerabilidade e suas diversas facetas permeia o cotidiano das pessoas idosas, advindo imperceptivelmente a esses idosos as diversas formas de violências experienciadas no itinerário a aproximação entre violência e vulnerabilidade permitem desdobramentos e elucidação além da sintaxe.

Dentro desse contexto a desigualdade revelada expõe a parcela majoritária da sociedade que fragilizada e adoecida nos aspectos biológicos e sociais e convencida de sua invisibilidade desconhecendo sua força e direitos conquistados imerso em uma realidade que pretensiosamente, reverbera-se no privilégio da minoria em manter a estagnação e inércia social como forma de controle social às avessas das proposições do SUS. No compasso dos achados revela-se as temáticas das publicações científicas, a divisão temporal acompanha a variação das investigações em antes e após a pandemia. A busca por artigos envolvendo doenças negligenciada em idosos e as DN, antes da pandemia resultou em diversos estudos usando a palavra *negligencia*, os quais *induziam ao nexo* à falta de cuidado com idosos e à estreita associação as DCNT nesse público, bem como o risco de quedas em conexo à negligência. Os estudos relacionando as doenças negligenciadas como a Hanseníase, Tuberculose e HIV/AIDS em idosos não foram exitosas. Os achados associavam as doenças de forma individual, a patologia frequentemente encontrada, referia-se ao HIV/AIDS.

Seguindo em consonância a tese e ao recorrido, a categorização revelou-se etapa importante e no seu desvelar orbitaram-se significativas expressões cuidadosamente reduzidas em palavras: autonomia, vulnerabilidade, autocuidado, fragilização, negligência, direitos sociais e do preconceito. A subjetividade e a representatividade dimensionam as silhuetas acerca das percepções e acepções de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. Uma abordagem integrada sobre ontologias. *Ciência da Informação, Ciência da Computação e Filosofia Perspectivas em* **Ciência da Informação**, v. 19, n. 3, p. 242-258, jul./set. 2014. Acesso em: 15 fev. 2020.

ALVES, G. G.; AERTS, D. Práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Rev C S Col.**, v. 16, n. 1, p. 319-325. Acesso em: 10 Jan 2019.

ALVES, J. E. D. **Envelhecimento populacional continua e não há perigo de um geronticídio.** 2020. Disponível em: [www.https://www.ufjf.br/ladem/2020/06/21/envelhecimento-populacional-continua-e-nao-ha-perigo-de-um-geronticidio-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/](https://www.ufjf.br/ladem/2020/06/21/envelhecimento-populacional-continua-e-nao-ha-perigo-de-um-geronticidio-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/). Acesso em: 10 Jan 2019.

ALVES, L.C.; ARRUDA, N.M. Desigualdades Socioeconômicas e Étnico-Raciais como Determinantes Sociais para as Condições de Saúde da População Brasileira. **International Journal of Population Studies**. v. 3, n. 1, p.64-78, 2017.

APOSTOLO, J. **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem síntese da evidência no contexto da translação da ciência, 2017.

ASSIS, S. S.; ARAUJO-JORGE, T. C. **As doenças negligenciadas e a promoção da saúde:** possibilidades e limites para a articulação entre os currículos de Ciências e o Programa Saúde na Escola (PSE). 2014. Disponível em: [www.https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10627/2/sheila_assisetania_IOC_2014.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10627/2/sheila_assisetania_IOC_2014.pdf). Acesso em: 10 Jan 2019.

AYRES, J. C. R. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In:* CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2009. p. 117-139.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. *In:* BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidade pelo avesso:** direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 50-71.

AYRES, J. R. C. M., *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In:* CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 122 – 127.

BARBOSA, K. T.F.; OLIVEIRA, F. M. R. L. de; FERNANDES, M. das G. M. Vulnerabilidade da pessoa idosa: análise conceitual. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 2, p. 337-344, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800337&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 abr. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2014.

BARREIRA, D. Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. 2018, v. 27, n. 1, e00100009. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100009>>. Epub 15 Feb 2018. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100009>. Acesso em: 01 nov. 2021.

BARROSO, M. F. Violência estrutural: mediações entre “o matar e o morrer por conta”. **Revista Katálisis [online]**. 2021, v. 24, n. 2., pp. 397-406. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e78029>>. Epub 16 Jun 2021. ISSN 1982-0259. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e78029>. Acesso em: 22 fev. 2022.

BASTABLE, S. B. **O Enfermeiro como Educador**: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BEM FILHO, P. M. **Avaliação de Programa de Gerenciamento de Casos Crônicos em Plano de Saúde do tipo Autogestão em Minas Gerais**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem a Universidade Federal de Minas Gerais, 2007. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS72MNXQ>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BORGES, D. P. L. *et al.* O cenário de políticas públicas do Brasil diante do quadro das doenças negligenciadas. **Saúde & Ciência em Ação – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 99-107. Acesso em: 10 abr. 2019.

BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. The medical home visit as a space for interaction and communication in Florianópolis – Santa Catarina. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** v. 15, n. 37, p. 461-472. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seleção de prioridades de pesquisa em saúde**: guia PPSUS. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/selecao_prioridades_pesquisa_saude_ppsus.pdf. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. **Guia prático do programa Saúde da Família**. Brasília. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de regulação do trabalho em saúde Brasília - MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília - DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia prático de tratamento da malária no Brasil**. Ministério. da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Vigilância Sanitária. Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Universidade Aberta do SUS. Atualização: orientações gerais ao paciente com COVID-19 na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46168>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 191**. 2014. Disponível em: [www https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0191_31_01_2014.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0191_31_01_2014.htm) Acesso em: 15 jun. 2019

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia para promoção do envelhecimento saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS no 145, de 15 de outubro de 2004**. 2004. Disponível em: [www https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social](https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social). Acesso em: 15 jun. 2019

BRASIL. **Subcomissão especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza**. Brasília: Câmara dos deputados, 2013. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/conheca-a-comissao/subcomissoes/relatorios-de-subcomissoes/relatorio-final-da-subcomissao-subpob>. Acesso em: 29 jul. 2019.

BRAZ, M.V. A pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2) e as contradições do mundo do trabalho. **Revista Laborativa**, 2020, 9:116-30. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev Bras Estud Popul**, v. 25, p. 1, p. 5-26. Acesso em: 15 jun. 2019.

BUSS, P. M. **Promoción de la Salud y la Salud Pública**: Una contribución para el debate entre las escuelas de Salud Pública de América Latina y el Caribe. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAPRA, F. **A teia da vida**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARVALHO, M. R. S. *et al.* Motivations and repercussions regarding crack consumption: the collective discourse of users of a Psychosocial Care Center. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 3, e20160178, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300209&lng=en&tlng=en. Acesso em: 15 jun. 2019.

CEPELLOS, V. M. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. **Revista de Administração de Empresas**, v. 61, n. 2, e20190861, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020210208>. Acesso em: 3 set. 2021.

CESTARI, V. R. F., *et al.* Vulnerabilidade social e incidência de COVID-19 em uma metrópole brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2021, v. 26, n. 3 [Acessado 27 setembro 2021], pp. 1023-1033. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42372020>>. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42372020>.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. **Violência: definições e tipologias** [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; organizadores. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

CORREIA, C. V. de S. R., *et al.* Pesquisa translacional no Brasil: temas de pesquisa e sua aderência à Agenda do SUS. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. spe2, pp. 75-86. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S206>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S206>. Acesso em: 03 març. 2022.

COSTA, E. M. da *et al.* “Geografias” do acesso dos idosos aos cuidados de saúde primários na Área Metropolitana de Lisboa, Portugal - um território de diferenças. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 2, e200108, abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DhrXKshgDQN8bsZkFFRbWRy/>. Acesso em: 21 nov 2021.

CUNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. *In*: MALAGUTTI, W. (org). **Assistência domiciliar** - atualidades da assistência de enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2015. p. 37 – 48.

DRACHLER, M. de L., *et al.* Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3849-3858, set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903849&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2019.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Criança e Adolescente. **Nota Técnica 01/2020**. Que dispõe sobre: o planejamento e utilização dos recursos financeiros enviados aos municípios em caráter excepcional e temporário, em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus, causador da doença Covid-19, bem como a prestação de contas de sua aplicação e o planejamento, realização, registro e monitoramento das ações de prevenção à Covid-19 nas escolas, enquanto permanecer a vigência da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, 2020.

FALEIROS, V. P. *et al.* Representações da violência intrafamiliar por idosos e idosos. *In*: FALEIROS, V. P.; BRITO, D. O. (Eds). **O Conluio do silêncio: a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa**. São Paulo: Roca, 2009. p. 2-19.

FALKENBERG, M. B., *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 19, n. 03 pp. 847-852, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 24 març. 2022.

FALKENBERG, M. B., *et al.* **Health education and education in the health system: concepts and implications for public health**, 2013. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5141882/mod_resource/content/1/Falkenberg%20et%20alii.pdf. Acesso em: 12 nov 2021.

FERREIRA, A.; DEMUTTI, C. M.; GIMENEZ, P. E. O. A Teoria das Necessidades de Maslow: A Influência do Nível Educacional Sobre a sua Percepção no Ambiente de Trabalho. *In: XIII SemeAd*, 13., 2010, **Anais...** 2010.

FERTONANI, H. P., *et. al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 out. 2019.

FETTERMANN, F. A., *et. al.* Programa de saúde na escola e o alinhamento de ações na prevenção do coronavírus. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e37810514686, 2021.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Doenças negligenciadas**. 2013. Disponível em: <http://www.agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas>. Acesso em: 19 ago. 2016.

FIORATIA, C., *et. al.* **Desigualdades sociais e os desafios à estratégia de eliminação da tuberculose no Brasil**. 2018. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/7502>. Acesso em: 27 ago. 2019.

FRANKL, V. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Petrópolis: Vozes, 2017. 140p.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 32. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

GALERA, S. A. F.; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 141- 147, out 2002.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. v. 29, n. 4 [e2020186]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400019>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400019>. Acesso em: 21 out. 2021.

GARNELO, L. *et. al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate [online]**. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 81-99. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>. Acesso em: 22 fev. 2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2010.

GOULART, F. A. de A. **Doenças Crônicas Não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília – DF: Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2011. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf. Acesso em: 22 ago. 2020.

GROSSI, P. K.; BALBINOT, A.; SILVA, A. C. Insuficiência familiar. In: MORIGUCHI, Y. et al. (Eds.). **Entendendo as Síndromes Geriátricas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. p. 173-185.

GUARINO, N.; GIARETTA, P. **Ontologies and Knowledge Bases**: towards a terminological clarification. 1995. Disponível em: <http://www.loa.istc.cnr.it/Papers/KBKS95.pdf>. Acesso em: 27 set. 2019.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, OFFICE OF AIDS. Guidance for COVID-19 and Persons with HIV (last updated February 26, 2021): **National Institutes of Health, Office of AIDS**. Disponível em: https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/HIV_COVID_19_GL_2021.pdf. Acesso em: 27 mar. 2021.

HOTEZ, P. J., et. al. Incorporating a Rapid-Impact Package for Neglected Tropical Diseases with Programs for HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. **PLoS Medicine**, v. 3, n. 5, e102, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040277>. Acesso em: 27 set. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 27 set. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais**: Rio de Janeiro: IBGE; 2020
https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Epidemiologia das doenças negligenciadas no Brasil e gastos federais com medicamentos**. 2011. Disponível em: [wwwhttp://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1577/1/td_1607.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1577/1/td_1607.pdf) Acesso em: 27 set. 2019.

IVANICKA, R. F.; Rocha, B. B. da.; GUIMARÃES, A. M. B. **Entre nós, há laços!** Escritos em Psicologia Humanista - Existencial, 2021.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301- 308, ago-dez. 2012.

KERN, F. A. Mulheres soropositivas: a visibilidade e a invisibilidade da representação social da Aids. Revista Virtual **Textos & Contextos**. Nº 2, dez. 2003. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/962/742>. Acesso em 09 abr 2022.

KERN, Francisco Arseli. Estratégias de fortalecimento no contexto da Aids. In **Os sentidos das teias e redes sociais no contexto da Aids**. Porto Alegre. Edipucrs 2005a.

KERN, Francisco Arseli. Os sentidos das teias e redes no contexto da Aids. **Tese de Doutorado em Serviço Social**. Faculdade de serviço Social. PUCRS, 2001. _____. As mediações em redes como estratégia metodológica do Serviço Social. EDIPUCRS. 2º Ed. Porto Alegre. 2005b.

LANDIM C. A. P.; MILOMENS K. M. P., DIÓGENES M. A. R. Déficit de autocuidado em clientes com diabetes *mellitus* gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enferm** v. 29, n. 3, p. 374-81, 15 abr. 2021.

KOWALSKI C., MAHAMUD, I., TERRA, N., & STOBÄUS, C. (2019). Visita domiciliar a idosos: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano**, 16(1), 149-150. <https://doi.org/10.5335/rbceh.v16i1.9832>. Acesso em 09 maio de 2022.

MAHMUD, I. C., KOWALSKI, C. V., LAVAGNINI, B. T., SCHUTZ, K. L., STOBÄUS, C. D., & TERRA, N. L. (2018). The multidisciplinary on the home visit with elderly: the look of Nursing, Medicine and Psychology. **PAJAR - Pan American Journal of Aging Research**, 6(2), 72-84. <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2018.2.31630>. Acesso em 09 abr 2022.

MAHAMUD, I.C; GONÇALVES, B. Transtornos cognitivos em idosos vivendo com HIV: uma revisão dos fatores de risco e mecanismos patogênicos. **Temas de Saúde**, João Pessoa, v. 20, 2020. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2020/02/20123.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MAHMUD, I. C., KOWALSKI, C. V., BEHAR, P. R. P., & STOBÄUS, C. D. (2020). Human visceral leishmaniasis: a closure of the situation of cases in elderly and longlived people. **Scientia Médica**, 30(1), e34225. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2020.1.34225>. Acesso em 09 julh 2022.

LIMA, F. A. **Territórios de vulnerabilidade social**: construção metodológica e aplicação em Uberlândia-MG. 2016. Disponível em: www.terra.com.br

<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/19449/1/TerritoriosVulnerabilidadeSocial.pdf> Acesso em: 15 abr. 2021.

LISTA, A.; FONSECA, C. Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa dependente no autocuidado com comorbidade, um Projeto de desenvolvimento de competências, **Journal of Aging & Innovation**, v. 6, n. 3, p. 75 – 81, 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MATTHEW, *et. al.* Deaths involving COVID-19 by self-reported disability status during the first two waves of the COVID-19 pandemic in England: a retrospective, population-based cohort study. **The Lancet**, Out, 2021. Disponível: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00206-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00206-1/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email#%20). Acesso em: 25 mai 2022.

MEDEIROS, A. B. A.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. C. The Florence Nightingale's environmental theory: a critical analysis. **Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 518 - 524, jun. 2015 Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>. Acesso em: 29 set. 2019.

MENDES, I. A. C.; TREVIZAN, M. A. A Necessidade de Aprendizagem em Pacientes Crônicos. **Enfermagem Atual**, v. 3, n. 18, p. 4- 7, 2003. Disponível em: <http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo24fin.pdf>. Acesso em: 25 out 2020.

MINAYO, M. C. S. A Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, (2007). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.2015006>. Acesso em: 29 set. 2021.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. da. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 309-320, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200309&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 out. 2019.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREL, M. C. Inovação em saúde e doenças negligenciadas, Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1522-1523, ago. 2006. Acesso em 10 de abr 2022.

MOSQUERA & STOBASUS. **Educação para a saúde desafios para a sociedade em mudança**. Editora, 1983.

MOSQUERA, J. J. M.; STOBÄUS, C. D. Afetividade: a manifestação de sentimentos na educação. **Educação PUCRS**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 123-133, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/438/334>. Acesso em: 23 out 2020.

MOSQUERA, J. J. M.; STOBÄUS, C. D. **Educação para a Saúde**. 2. ed. Porto Alegre: D. C. Luzzatto, 1984.

MOTTA, L. B. *et al.* **Saúde da pessoa idosa**: fisiologia do envelhecimento. Universidade Federal do Maranhão, 2014.

MUÑOZ SANCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciências de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319- 324, abr. 2007.

NOGUEIRA, I. S.; BALDISSERA, V. D. A. **Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso**: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15252>. Acesso em: 25 out 2020.

OLIVEIRA, H. M.; Gonçalves, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, n. 57, 761- 763, 25 out 2020.

OLIVEIRA, J. F. de; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 625-631, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2019.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. **Revista Brasileira Enfermagem** 66 (esp), p. 158-164, 25 out 2020.

OLIVEIRA, R. G. de. Sentidos das Doenças Negligenciadas na agenda da Saúde Global: o lugar de populações e territórios. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2018, v. 23, n. 7, pp. 2291-2302. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09042018>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 01 nov. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas**. 2003. Disponível em: [www https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf). Acesso em 25 out. 2020.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Informe Mundial sobre El Envejecimiento Y La Salud**. Genebra: OMS, 2015.

OREM, D. E. **Nursing**: Concepts of practice. 6. ed. St. Louis, MO: Mosby, 2001.

ORTEGA, F.; BEHAGUE, D. P. O que a medicina social latino-americana pode contribuir para os debates globais sobre as políticas da Covid-19: lições do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 1-13, 2020.

OVIEDO, R. A M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-250, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200237&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 set. 2019.

PARADELLA, R. Agência IBGE Notícias. PNAD Contínua. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 11 ago. 2019.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 5, n. 19, p. 1527- 1534. Acesso em: 21 nov. 2010.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esportes**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241- 250, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 nov. 2019.

PINTO, C. V. da S.; SANTOS, R. M. dos; ROCHA, B. N. **Vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras**: breve análise dos resultados do IVS calculado para as PNADs 2011-2015. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9743> Acesso em: 21 nov. 2019.

QUEIRÓS, P. J. Autocuidado, transições e bem-estar. **Revista Investigação em Enfermagem**, v. 21, p. 5 Acesso em: 21 nov. 2019.

QUEIROZ, R. S. de., *et al.* Sociodemographic profile and quality of life of caregivers of elderly people with dementia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**. 2018, v. 21, n. 02, pp. 205-214. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170170>>. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170170>. Acesso em: 01 nov. 2021.

RIBEIRO, W. A. *et al.* Perspectiva da família na visita domiciliar do enfermeiro ao idoso na Atenção Primária de Saúde. **Revista Pró-UniverSUS**. v. 11, n. 2, p. 2-9, Jul./Dez 2020.

RICHARD, A.; SHEA, K. Delineation of Self-Care and Associated Concepts. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 43, n. 3, p. 255-264, 21 Nov. 2019.

RODRIGUES, R. A. P.; FHON, J. R. S.; LIMA, F. M. de (org.). **O cuidado ao idoso na atenção primária à saúde em tempos de COVID-19**. Ribeirão Preto,

SP: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021. Acesso em: 01 de out. 2021.

SARTI, T. D., *et. al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. 2020, v. 29, n. 2, e2020166. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>>. Epub 27 Abr 2020. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Acesso em: 19 out. 2021.

SARTI, T. D., *et. al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2020, v. 29, n. 2, e2020166, Disponível em: www.https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024. Acesso em: 4 set. 2021.

SCHMIDT B, C. M. A; BOLZE, S. D. A; NEIVA-SILVA, L; DEMENECH; L.M. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estud Psicol** (Campinas) 2020; 37: e200063. 15 abr. 2020.

SCHUB, E. **Orem's Self-Care Model**: Integration into Practice. CINAHL Nursing Guide, 2012.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580- 588, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

SILVA I. J., *et. al.* Cuidado, autocuidado y cuidado de sí: una comprensión paradigmática para el cuidado de enfermería. **Rev. esc. Enferm**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 25 out 2020.

SILVA, A. *et. al.* Perfil de cuidadores familiares no ambiente hospitalar e a rede de suporte para assistência domiciliar. **Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 28- 46, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3271/3651>. Acesso em: 5 jan. 2021.

SILVA, C. J. A. *et al.* Doenças infectocontagiosas e a pessoa idosa: perspectivas para o ensino da enfermagem pós-pandemia COVID-19. *In*: SANTANA, R. F. (Org.). **Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID-19**. Brasília, DF: Editora ABen; 2021. 171 p. Disponível em: www.https://doi.org/10.51234/aben.21.e05.c20. Acesso em: 25 out 2020.

SILVEIRA, C. L. *et al.* Cuidadora de familiar com doença crônica incapacitante: percepções, motivações e repercussões. **Revista de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 1, p. 67- 78, jan./abr. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3828/3128>. Acesso em: 5 jan. 2021.

SIQUEIRA, H. C. H. de. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar**: um novo modo de pensar e agir. 2001. Nº 76 Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SIQUEIRA, H. C. H. de; CECAGNO, D.; PEREIRA, Q. L. C. **Equipe multiprofissional de saúde**: ações inter-relacionadas. Pelotas: Editora Universitária/UFPEL, 2009.

SOUZA, K. A. de O.; PINTO JUNIOR, E. P.; BARROS, R. D. de; LIMA, A. M. P. de; SILVA, N. de O.; BELTRÁN, L. Y. O.; SOUZA, L. E. P. F. de. O uso da tele-saúde em tempos de pandemia. In: BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E.; BARRAL-NETTO, M. (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: Edufba, 2020. v. 2. DOI: <https://doi.org/10.9771/9786556300757.019>.

SOUZA, W. de. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 1, n. 44, abril mês abreviado 2011. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-199.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

STACCIARINI, T. S. G.; PACE, A. E. Análise fatorial confirmatória da escala Appraisal of Self Care Agency Scale - Revised. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2856, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100306&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2019.

SVALDI, J. D.; SIQUEIRA, H. C. H. de. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem. **Revista da Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 599- 604, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a23.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

TAQUETTE, S. R. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. **Saúde Soc.**, v. 2, p. 51-62, 15 abr. 2020.

THOMPSON, J. D. **Organizations in action**: social science bases of administrative theory. New York: McGraw-Hill, 2002.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. 5. ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2002.

VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a falas das classes subalternas, 1995, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Sup.2) <https://www.scielo.org/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>. Acesso:5 jun 2022.

WALDMAN, E. A. *et al.* Surveillance of adverse effects following vaccination and safety of immunization programs. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 173 – 84, Acesso:5 jan 2021.

WHO - World Health Organization. **Global Tuberculosis Report 2016**. Geneva: WHO, 2016.

WHO. World Health Organization. **Coronavirus disease (COVID-2019):** situation report. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2»
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2. Acesso em: 15 abr. 2020.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS IDOSOS

I - Dados sociodemográficos

1. Iniciais, idade, sexo, gênero:
2. Bairro que reside?
3. Mora com quem?
4. Estado civil?
5. Tipo de Moradia?
6. Escolaridade
7. OcupaçãoRenda aproximada em salários.....
8. Religião
9. Cor/raça
10. Possui plano de saúde?

II- Dados clínicos relacionados à DN

1. Porta qual doença?
2. Data do diagnóstico.....Data da notificação
3. Quanto tempo você acha que tinha essa doença antes de diagnosticá-la?
4. Que orientações recebeu de profissional da saúde sobre cuidados/prevenção sobre essa patologia?
5. Recebe visita de algum profissional de saúde em sua residência? () SIM () NÃO
6. Como ocorre? Como você avalia a sua experiência com o atendimento do profissional de saúde na sua residência?
7. Como ou com quem você realiza os cuidados com a sua saúde?

8. Quais foram as suas experiências com os serviços de saúde? (Experiências positivas, experiências negativas, sugestões para a melhoria dos serviços de saúde).

9. Com que frequência você procura o serviço de saúde?

10. Você contou para alguém sobre a sua doença? Que tipo de apoio recebeu?

11. Como a sua doença afetou a sua qualidade de vida e as relações familiares, sociais, no trabalho?

III- Sobre o conhecimento da DN

1- O que é? Como se adquire?

2- Qual é a causa dessa doença?

3- Você sabe como ocorre a prevenção e o tratamento?

4- Como ocorre o seu autocuidado em relação à saúde?

a) Como era antes do diagnóstico?

Como é agora? O que mudou no seu modo e condição de vida após o diagnóstico da doença?

APENDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Registro no diário de campo:

- ☐ Estrutura física do local;
- ☐ Emoções e subjetividades observadas;
- ☐ Interesse em participar;
- ☐ Número de residentes no local;
- ☐ Presença de familiares no momento da visita;
- ☐ Linguagem Não verbal

APENDICE C – CONSTRUINDO O MATERIAL

TERCEIRO OBJETIVO DA TESE

E-BOOK “COM TODA A VIDA PELA FRENTE”

APRESENTAÇÃO

Trata-se da confecção de um E-Book digital, esse material foi produzido em 2021 durante a pandemia de COVID 19, foi considerado a fazer parte desse livro o uso de linguagem coloquial, explicativa e informativa pensado em todas as pessoas, principalmente, nas pessoas Idosas e longevas.

Esse trabalho foi construído em 10 meses, seu conteúdo é resultado de histórias autorais, dados epidemiológicos, demográfico oriundos de pesquisas, outro ponto abordado versa sobre a saúde dos idosos, qualidade de vida e envelhecimento ativo. O E-Book contempla diversas informações sobre o projeto da OMS “*Cidades amigas das pessoas idosas*” ao contemplar esse projeto de suma relevância, pretende-se informar a população das possibilidades em qualidade de vida e envelhecimento ativo proposto nesse documento. Espera-se que ao ter em mãos essa ferramenta a sociedade possa empoderar-se e reivindicar ao município essas adaptações estruturais em suas cidades e considerar uma prioridade a ser pactuada junto ao gestor local.

LANÇAMENTO, DISTRIBUIÇÃO E DIVULGAÇÃO

O lançamento do E-BOOK foi durante a realização da Feira do Livro de Santa Maria, a esse feito através de prévia inscrição no evento e aprovação da comissão organizadora. O E-BOOK, compôs a agenda de lançamentos do evento, bem como dia e horário para sua divulgação.

O acesso é on-line e gratuito via redes sociais e/ou solicitação de interesse em adquirir o material na sequência será enviado a profissionais da saúde, a fim de multiplicar sua distribuição.

ORÇAMENTO

Os recursos obtidos foram através de empresas da cidade e pessoas que contribuíram por sensibilizar da importância do projeto o valor investido incluiu diagramação, formatação, revisão ortográfica e tratamento das imagens para sua composição. O valor final de R\$ 1.300,00 reais foi aceito após orçamentos prévios.

PEÇA O SEU E-BOOK:

Instagram

@drcarlakowalski

@comtodavidapela frente

@tvsantamaria

Facebook Carla Kowalski

e-mail= carlakowalski25@gmail.com

Site da PUCRS: <https://www.pucrs.br/blog/e-book-debate-sobre-envelhecimento-ativo-e-inclusao/>

PROJETO 2 – VIDEOS

APRESENTAÇÃO

Trata-se da confecção de 4 vídeos de 8 a 10 minutos apresentando linguagem coloquial explicativa e informativa pensado a todas as pessoas, principalmente as Pessoas Idosas. O material é resultado de um compilado do material já existentes pelo ministério da saúde.

Os manuais do Ministério da saúde podem ser acessando na página do Ministério da Saúde em suas respectivas patologias.

OBJETIVO

O acesso a esses manuais, embora, sendo disponível não é acessível a todos, alguns pedem para acessar links que dificulta e causa desinteresse. O público idoso pouco acostumado a mundo on line precisara de ajuda e mesmo usando figuras alguns não são acessíveis a pessoas com acuidade visual comprometida.

Diante dessa realidade, procurei algumas leituras do curso que fiz sobre MKT e relacionamento para tentar adaptar o vídeo a realidade vivenciada por muitos idosos, neste momento também solicitei a minha mãe de 67 anos a acessar o google e procurar o material. Logo houve desinteresse, ela relatou não saber onde achar e logo desistiu.

DECODIFICANDO AS INFORMAÇÕES

- Autonomia do interessado de quando acessar os vídeos,
- Quanto mais objetivo, claro e compacto maior será o êxito a despertar a atenção, interesse ou desinteresse pelo assunto,
- Cores harmoniosas e letras mais visível agradam todas as idades,
- Usar figuras, principalmente, fotos de pessoas atraem a atenção,
- Oferecer acesso GRATUITO passa a mensagem de interesse ao outro e reciprocidade,
- Se o material contribuir ou entregar algo de realmente genuíno o compartilhar de informação será eficaz;

ACESSO E DISTRIBUIÇÃO DO MATERIAL

Acesso On Line gratuito, via redes sociais e solicitação de interesse em adquirir, o material na sequência será enviado a profissionais da saúde, a fim de multiplicar sua distribuição. Importante esclarecer que essa ferramenta não serve como diagnóstico ou indica qualquer outra intervenção. Na dúvida de sintomas associados a recomendação é procurar sua Rede de saúde mais próxima.

A viabilização desse trabalho, e socialização desse trabalho será concluído após passar pela banca examinadora.

QUESTÕES ÉTICAS

Quanto as questões bioéticas, não se pretende divulgar qualquer informação.

Apenas será solicitado a idade, cidade e número de idosos que convive em casa. Será disponibilizado uma via de comunicação, se assim o interessado achar necessário entrar em contato.

As informações obtidas serão resguardadas em arquivo como fonte de informações e subsídios para futuras pesquisas.

ORÇAMENTO

Os vídeos foram confeccionados em Estúdio Profissional na Cidade de Santa Maria, optei por um serviço profissional devido a importância do assunto e o público que pretende se atingir, os quais necessitam de outros recursos para visualização, cores e formato de letras.

Os vídeos foram gravados na tarde de das 14h às 17h, logo passaram por edição e aprovação do material. O valor pago ao serviço foi de \$ 1.000,00 reais que contemplou: Câmera, estúdio, edição e inserção de imagens.

ORIGEM DO RECURSO: As empresas citadas nos vídeos foram contatadas e sensibilizadas a investir e se aliar ao projeto.

CONSTRUINDO O MATERIAL

Os vídeos abaixo trazem as informações mais questionadas e incentiva ao autocuidado do indivíduo em relação a sua saúde.

1º VÍDEO HIV/AIDS

PORQUE HIV/AIDS

São siglas utilizadas para definir HIV o vírus e AIDS a doença além dessas diferenças. A prevenção dessa patologia esta relacionada ao autocuidado de cada individuo ao conhecer o seu corpo. E não negligenciar a possibilidade de transmissão do vírus.

ONDE FAZER O EXAME?

Os exames são oferecidos gratuitamente pelo SUS, pode ser solicitado pelo próprio usuário ou pelo Profissional de saúde. O exame é rápido, indolor e caso o exame positivar é fornecido no mesmo local informações, exames, e local de retirada de medicações. O tempo do exame é de 15 min e todo o acompanhamento da patologia é fornecida pelo SUS.

COMO SABER ONDE FUI CONTAMINADO(A)

Se caso o teste positivou, é de suma importância tentar identificar como houve a contaminação, pois, caso seja de parceiro o mesmo deve realizar os exames.

Além da relação sexual o vírus pode ser adquirido por outras fontes.

Todas as profissões, classes sociais, gênero, e IDADE correm risco de contaminação, nenhum ser humano está imune.

O vírus é transmitido também: leite materno, uso compartilhado de seringas, sexo anal

Para obter o vírus precisa-se de **DUAS** pessoas independente da via de transmissão.

SINAIS E SINTOMAS

Algumas pessoas referem não sentir nada. Esse processo e individual de cada organismo, um adequado exame físico feito pelo médico pode ajudar a elucidar o diagnóstico, cabe a cada um verificar se realizou em algum momento o teste e solicitar. Observe os sinais de seu corpo:

- Corrimento recorrente nas roupas íntimas,
- Odor não habitual oriundos dos genitais em ambos os sexos,
- Fraqueza e outras manifestações do corpo.
- Os sintomas podem levar algum tempo a aparecer, se o vírus encontrar um organismo suscetível e debilitado os sintomas podem ser mais precoces.

ONDE BUSCAR TRATAMENTO?

O tratamento é gratuito via sistema único de saúde, após a suspeita ou diagnóstico realizado em sua Unidade de Saúde. Esse deverá oferecer orientações e informar sobre medicações para uso para todo o tratamento.

2º VIDEO

HANSENIASE

COMO ADQUIRO HANSENIASE = A hanseníase ou lepra pode ser adquirida por todas as classes sociais, a bactéria que transmite a doença não escolhe gênero, classe social, idade ou região do país.

A chance de uma pessoa com 60 anos e mais de idade ter hanseníase, está maior quando comparada aos mais jovens.

As complicações e comorbidades nos idosos favorece a não considerar a Hanseníase como doença. O que leva a incapacidade funcional.

TRANSMISSAO = A transmissão se dá entre pessoas.

Uma pessoa doente estando sem tratamento, elimina a bactéria pelas vias respiratórias (secreções nasais, tosses, espirros), podendo assim transmiti-lo para outras pessoas.

Sinais e sintomas

- Manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas em qualquer parte do corpo, com perda ou alteração de sensibilidade térmica e a dor.
- Manchas nas extremidades das mãos e dos pés, na face, nas orelhas, no tronco, nádegas e pernas;

- Pode haver dor persistente nas pernas acompanhado ou não de dormência e queimação.

Exerça seu autocuidado e ouça seu corpo. Peça ao profissional de saúde exame específico para Hanseníase.

Observe mudanças e sintomas incomuns. Se persistir os sintomas procure outro profissional.

TRATAMENTO

A duração do **tratamento** varia de acordo com a doença. Podendo ter duração de seis de doze meses.

Não há necessidade de isolamento pois a transmissão se encerra com a adesão e continuidade ao tratamento.

O acesso ao tratamento indicado pelo ministério da saúde é a poliquimioterapia (pqt) e é um direito de todo cidadão e gratuito.

3º VIDEO

TUBERCULOSE

O QUE É?

A tuberculose é uma doença infecciosa crônica. Nos idosos torna-se mais complexa devido a associação de outras comorbidades.

TRANSMISSAO

A transmissão por via aérea tosse, fala ou espirra ele espalha no ar gotas pequenas, mas muito pequenas mesmo, contendo o com o agente infeccioso chamado de Bacilo de Koch Aí, uma pessoa com boa saúde que respire este ar, pode levar este micróbio para o seu pulmão. É assim que acontece o contágio: o micróbio da TB penetra no organismo das pessoas pela respiração.

Portanto, a TB não se transmite pelo sexo, pelo sangue contaminado, pelo beijo, pelo copo, pelos talheres, pela roupa, pelo colchão... A TB só se transmite pelo ar.

QUAL A RELAÇÃO DE TUBERCULOSE E HIV/AIDS?

É importante lembrar que os idosos de hoje são procedentes de uma geração em que não era habitual o uso de métodos de prevenção deixa estes indivíduos expostos à síndrome da imunodeficiência adquirida e, portanto, à associação desta com a TB.

QUANDO SUSPEITAR?

Diagnóstico de HIV/AIDS, mais comum em homens, pode estar mais associado ao etilismo, uso de tabaco e outras drogas.

Fique atento a emagrecimento precoce e queixas respiratórias.

SINTOMAS

No público idoso a TB acontece vagarosa, silenciosa e com mínimos sintomas respiratórios. Idosos apresentam sintomas inespecíficos e pode não haver febre, tosse ou dor torácica.

TRATAMENTO

O tratamento para tuberculose é feito com antibióticos orais distribuídos pelo SUS. Pode levar mais de 6 meses e continuado mesmo depois dos sintomas terem desaparecido, para garantir a completa eliminação das bactérias.

PREVENÇÃO

A vacina BCG ofertada no Sistema Único de Saúde (SUS), protege a criança das formas mais graves da doença, como a tuberculose miliar e a

tuberculose meníngea. A vacina está disponível nas salas de vacinação das unidades básicas de saúde e maternidades.

Essa vacina deve ser dada às crianças ao nascer, ou, no máximo, até os quatro anos, 11 meses e 29 dias.

INSTRUÇÃO OPERACIONAL CONJUNTA Nº 1, DE 26 DE SETEMBRO DE 2019

Orientações acerca da atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento da Tuberculose (TB).

VIOLÊNCIA ESTRUTURAL OU INSTITUCIONAL EM SAÚDE

O QUE É?

Exclusão do acesso a direitos, banalização da doença, negação dos direitos a assistência à saúde não cumprimento da lei e do dever social e técnico do profissional.

COMO SABER SE ESTOU SOFRENDO ESSA VIOLÊNCIA?

Sentimento de revolta, humilhação e descaso diante de tudo é de direito.

Buscar por motivos de insegurança e irresolutividade do serviço, assistência privada pelo não cumprimento do SUS.

Não ter acesso a insumos básicos destinados as Unidade Básicas de saúde.

O QUE PODEMOS FAZER PARA REDUZIR A VIOLÊNCIA ESTRUTURAL E FORTALECER O SUS?

- Reivindicar o cumprimento do que está escrito no Art. 196 da Constituição Federal, de 1988: saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco

de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

- Participar dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde;
- Valorizar os bons profissionais e intuições de saúde que prestam bons serviços à população;
- Cobrar de gestores e políticos investimentos financeiros constantes e condizentes com um sistema de saúde forte, consolidado e de qualidade;

ONDE DENUNCIAR:

- Ouvidoria da Instituição,
- Secretaria da Assistência social ou de Saúde do seu município,
- Delegacia dos idosos e da mulher

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Carla Kowalski e a minha orientadora Prof^a Dr^a Patrícia Grossi somos responsáveis pela pesquisa: “DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: AUTOCUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE COM PESSOAS IDOSAS EM VULNERABILIDADE.

Estamos fazendo um convite para você participar como voluntário desse estudo. Esta pesquisa pretende analisar a experiência social em saúde e autocuidado com idosos. Acreditamos que ela seja importante porque atende uma parcela da população em situação de vulnerabilidade.

É possível que aconteça algum desconforto com você, pelas recordações ao responder a entrevista ou decida não querer participar mais da pesquisa. Nesse caso, você pode desistir em participar a qualquer momento. Os benefícios que esperamos com esse estudo vêm ao encontro da relevância social, pois o presente estudo contribui com estratégias para fomentar o cuidado de enfermagem/saúde como processo educativo, preventivo e informativo, reduzindo o afastamento social, diminuindo as morbidades e mortalidades precoces com idosos em vulnerabilidade.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com Carla Kowalski pelo telefone (055) 999979447 a qualquer hora.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos seus participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação e seus dados.

Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50, sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira

das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente, constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. A sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes, pela revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este Termo de Consentimento, você não renuncia a nenhum direito legal que teria de outra forma.

Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas.

Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste Termo de Consentimento. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu,,
após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar do estudo.

Este termo se refere também a autorização da gravação de sua voz/depoimento durante a entrevista. Para a sua realização será feito o seguinte: após a leitura do TCLE, será ligado o gravador somente de voz do próprio celular da pesquisadora e se dará a entrevista. Ele será desligado assim que a entrevista tiver finalizado. O uso da gravação será feito somente pela pesquisadora, se houver necessidade, de retomar a entrevista. Após o término da pesquisa os áudios serão deletados.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o seu depoimento em todo território nacional e no exterior, que poderá ser exibida nos

relatórios parcial e final do referido projeto, na apresentação audiovisual dele, em publicações e divulgações científicas e acadêmicas, assim como disponibilizadas no banco de imagens resultante da pesquisa e na Internet, fazendo-se constar os devidos créditos.

Assinatura do participante da pesquisa ou do seu representante
legal.

Assinatura

Declaração do profissional que obteve o consentimento

Expliquei integralmente este estudo clínico ao participante/seu familiar. Na minha opinião e na opinião do participante/seu familiar, houve acesso suficiente às informações, incluindo riscos e benefícios, para que uma decisão consciente fosse tomada.

Data: _____

Assinatura do Investigador

Nome do Investigador (letras de forma)

**APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA**

Santa Maria, 10 de abril de 2019

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

Ilma. Coordenadora do Comitê de Ética

Profa. Dra. Denise Cantarelli Machado

Declaro que tenho conhecimento e autorizo conforme contatos com a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul a realização da pesquisa intitulada **“DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: AUTOCUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS EM VULNERABILIDADE** “a proposta pela pesquisadora Enfermeira CARLA KOWALSKI e o seu orientador, profª Dra Patrícia Grossi

A pesquisa será realizada na cidade de Santa Maria - RS e só poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-RS.

Atenciosamente,

APÊNDICE F – CARTA DE ENCAMINHAMENTO E APRESENTAÇÃO AO CEP

Santa Maria, 10 de abril de 2018

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

Ilma. Coordenadora do Comitê de Ética

Profa. Dra. Denise Cantarelli Machado

Encaminho para a avaliação deste Comitê de Ética em Pesquisa, o projeto “como pesquisador principal a doutoranda Enfermeira **Carla Kowalski**, na Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, cuja coleta de dados será realizada na cidade de Santa Maria - RS. Trata-se de um estudo tipo levantamento, de cunho exploratório-descritivo, com observação no ambiente domiciliar com e entrevista.

Aguardando a avaliação deste comitê, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Nome do Pesquisador Principal Dda. Carla Kowalski, orientador Dra Carla Kowalski

Departamento - Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica

Instituição – PUC-RS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA -SIPESQ

From: Sistema de Pesquisas - SIPESQ <noreply@puccs.br>

Sent: Tuesday, April 10, 2018 9:58:52 PM

To: Claus Dieter Stobaus

Subject: [SIPESQ] Resultado da Análise do Projeto



Esta mensagem foi emitida automaticamente pelo SIPESQ - Sistema de Pesquisas da PUC

Prezado(a) Coordenador(a) de Projeto de Pesquisa,

A Comissão Científica da(o) ESCOLA DE MEDICINA considerou que o projeto **8640 - DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS EM VULNERABILIDADE SOCIAL** atende aos requisitos por ela definidos.

Desta forma, o projeto passa a constar nos dados oficiais relativos à pesquisa da Universidade, e caso necessário, já pode ser encaminhado para análise da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA) ou Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Atenciosamente,

Pró-Reitoria de Pesquisa, Inovação e Desenvolvimento

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS EM VULNERABILIDADE SOCIAL

Pesquisador: claus dieter stobaus

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89261518.6.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.746.493

Apresentação do Projeto:

O presente estudo será do tipo levantamento, de cunho exploratório-descritivo, com observação no

Número do Parecer: 2.746.493

Apresentação do Projeto:

O presente estudo será do tipo levantamento, de cunho exploratório-descritivo, com observação no ambiente domiciliar em que o idoso reside complementado com levantamentos de documentos do histórico de saúde dos participantes nas ESF.

Está delineado como uma abordagem qualitativa, pois se acredita ser este o método mais adequado para responder aos questionamentos relacionados à temática a ser desenvolvida. O estudo será desenvolvido com idosos residentes em uma comunidade socialmente vulnerável,

localiza da no município de Santa Maria, na Região Central do Rio Grande do Sul, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde. A comunidade, com aproximadamente 24 mil habitantes, situada na região oeste de Santa Maria, com alguns idosos em vulnerabilidade, tanto do ponto de vista social como econômico, político, ambiental e de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a Educação em Saúde realizada com idosos em uma comunidade vulnerável, com diagnóstico de doenças negligenciadas na cidade de Santa Maria, através de entrevistas antes e depois da participação em oficinas em que serão trabalhados aspectos de qualidade de vida, autocuidado e empoderamento social destes idosos.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

		16:40:11		
Orçamento	orcamento_assinado.pdf	08/05/2018 16:38:29	claus dieter stobaus	Aceito
Cronograma	cronograma_assinado.pdf	08/05/2018 16:36:50	claus dieter stobaus	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 29 de Junho de 2018

Assinado por:
Paulo Vinicius Sporleder de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703**Bairro:** Partenon**CEP:** 90.619-900**UF:** RS**Município:** PORTO ALEGRE**Telefone:** (51)3320-3345**Fax:** (51)3320-3345**E-mail:** cep@puccrs.br

ANEXO B – PRODUÇÃO CIENTÍFICA

As publicações no decorrer dos 36 meses de Doutorado, incluindo artigos e capítulos de livros serão apresentados para fomentar a discussão do tema de pesquisa. O primeiro artigo foi publicado na revista Pan American Journal of Aging Research - PAJAR em 2018, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). O artigo tratou da temática trabalhada na tese no que se refere a visita domiciliar. E foi importante contribuição em decorrência da união e troca de experiência de três importantes profissões no cuidado ao idoso. O artigo intitulado

A multidisciplinaridade na Visita Domiciliar a idosos: o olhar da enfermagem, medicina e psicologia.

No campo das doenças negligenciadas (DN) em 2019 com o objetivo de conhecer as doenças negligenciadas prevalentes em idosos, realizou-se uma revisão integrativa da literatura sobre as Doenças Negligenciadas em Idosos que se encontra na *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*. Dando sequência a temática e 2020 analisamos a Leishmaniose visceral humana: um retrato da situação de casos em idoso e longevos, foi publicado na Revista da Escola de Medicina Scientia Médica. Durante o corrente ano foi publicado o E-BOOK digital “*Com toda a vida pela Frente*” que trata de questões relevantes e informativas referente a cidade amiga do idoso, gestão inovadora que, através de linguagem acessível a todos os públicos busca alertar a importância da valorização dos idosos, o e-book, contempla com a contribuição multiprofissional de professores da PUCRS, da Presidente da ABEN e representante da SBGG.

Em processo de finalização está o artigo: Doenças Negligenciadas em Idosos: Revisão narrativa do panorama Brasileiro, que traz as últimas publicações sobre a temática e evidencia algumas lacunas em pesquisa referente ao tema.

ARTIGO – AMERICAN JOURNAL OF AGING RESEARCH - PAJAR EM 2018

PAJAR 2018 volume 6 number 2 pages 72-84
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/pajar/>

Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul
 Institute of Geriatrics and Gerontology
 Biomedical Gerontology Graduate Program

 <http://dx.doi.org/10.15448/2357-9641.2018.2.31630>

PAJAR
 Pan American Journal of Aging Research

REVIEW ARTICLE

Open Access

A multidisciplinaridade na visita domiciliar a idosos: o olhar da Enfermagem, Medicina e Psicologia

*The multidisciplinarity on the home visit with elderly: the look of Nursing,
Medicine and Psychology*

Ibrahim Clós Mahmud¹, Carla Viero Kowalski¹, Bruna Thaise Lavagnini², Karina Laux Schutz¹,
Claus Dieter Stobäus¹, Newton Luiz Terra¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Porto Alegre, RS, Brasil.

² Especialista em Saúde da Família (UFCSPA). Porto Alegre, RS, Brasil.

ARTICLE INFO

Article history

Received: 08/08/2018

Accepted: 09/11/2018

Correspondent Author

Ibrahim Clós Mahmud
 Av. Ipiranga, 6690, 7º andar, sala 703
 90610-000 Porto Alegre, RS, Brasil
 orcid.org/0000-0002-2631-2964
 <ibrahim_mahmud@hotmail.com>

RESUMO

INTRODUÇÃO: O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta à própria existência das famílias como unidade de organização social. No Brasil, a assistência domiciliar abrange diversos aspectos, ações de visitas, atendimentos e internações domiciliares. **OBJETIVO:** Analisar a produção científica da atuação do enfermeiro, do médico e do psicólogo na visita domiciliar de idosos na Atenção Básica no Brasil. **MÉTODO:** É uma revisão narrativa que usa a ferramenta de busca OMNIS (PUCRS) e utiliza os seguintes descritores: "visita domiciliar" e "idoso" ou "saúde do idoso". Foram incluídos artigos dos últimos 10 anos (2008-2018), e revisados por pares e disponíveis em inglês, português ou espanhol. **RESULTADOS:** encontramos as seguintes publicações: 22 na Enfermagem, 19 em Medicina e 12 em Psicologia. Após a seleção das publicações e, destes, optou-se pela análise de 10 estudos da

**REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO ENVELHECIMENTO HUMANO
(ANAIS 2019)**

<http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v16i2.10359>



82489 - IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: REVISÃO NARRATIVA

Apresentação Oral - Geriatria

Carla Viero Kowalski / Kowalski,CV / PUCRS; Claus Dieter Stobaus / Stobaus,CD / PUCRS

Introdução: O Brasil, bem como os países em desenvolvimento passaram por uma mudança epidemiológica nos últimos 30 anos. Se antes se destacavam as doenças contagiosas, atualmente, o cenário impera as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Atualmente no Brasil

ARTIGO-SCIENTIA MÉDICA - 2020

 ESCOLA DE MEDICINA http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2020.1.34225	SCIENTIA MEDICA Scientia Medica Porto Alegre, v. 30, p. 1-8, jan.-dez. 2020 e-ISSN: 1980-6108 ISSN-L: 1806-5562
---	--

ARTIGO ORIGINAL

Leishmaniose visceral humana: um retrato da situação de casos em idosos e longevos

Human visceral leishmaniasis: a closure of the situation of cases in elderly and long-lived people

Ibrahim Clós Mahmud¹
orcid.org/0000-0002-2631-2964
ibrahim_mahmud@hotmail.com

Carla Viero Kowalski¹
orcid.org/0000-0001-8394-7336
carlakowalski25@gmail.com

Paulo Renato Petersen Behar²
orcid.org/0000-0001-8382-6681
behar@ufcspa.edu.br

Claus Dieter Stobäus¹
orcid.org/0000-0002-5426-7742
claus.stobaues@adpppucrs.com.br

Resumo

Objetivo: analisar a atual situação epidemiológica brasileira e gaúcha da leishmaniose visceral (LVH), em idosos e verificar o coeficiente de letalidade.

Métodos: trata-se um estudo transversal realizado com fonte de dados secundária, em consulta à base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, de casos confirmados de leishmaniose visceral no Brasil e no Rio Grande do Sul, que foram tabulados em Excel e analisados com Epiinfo 7.0.

Resultados: casos de LVH em idosos têm aumentado nos últimos 5 anos, dentro do cenário brasileiro e gaúcho. Embora pouco divulgado, é frequente o comprometimento e o aumento da proporção de idosos que vão a óbito pelo LVH, que foi de 20,3% dos casos no período de 2013 a 2017, demonstrando a gravidade da infecção nesse público. Em nosso estudo também encontramos forte relação da idade com o aumento do coeficiente de letalidade, chegando a 46,87% em 2016.

Discussão: uma das estratégias recentes no combate à LVH é o abate de cães que contêm o parasita responsável pela transmissão da doença, porém esse método de controle não tem sido muito efetivo. Com isso, constata-se que a medida imunoprolática, através da vacina Leish-Tec®, tem um efeito favorável no combate à doença somente em animais que não estão em áreas de alta transmissão.

Palavras-chave: leishmaniose visceral, idoso, idoso de 80 anos ou mais, in-

E-BOOK – DIGITAL LANÇADO NA FEIRA LIVRO DE SANTA MARIA 2021



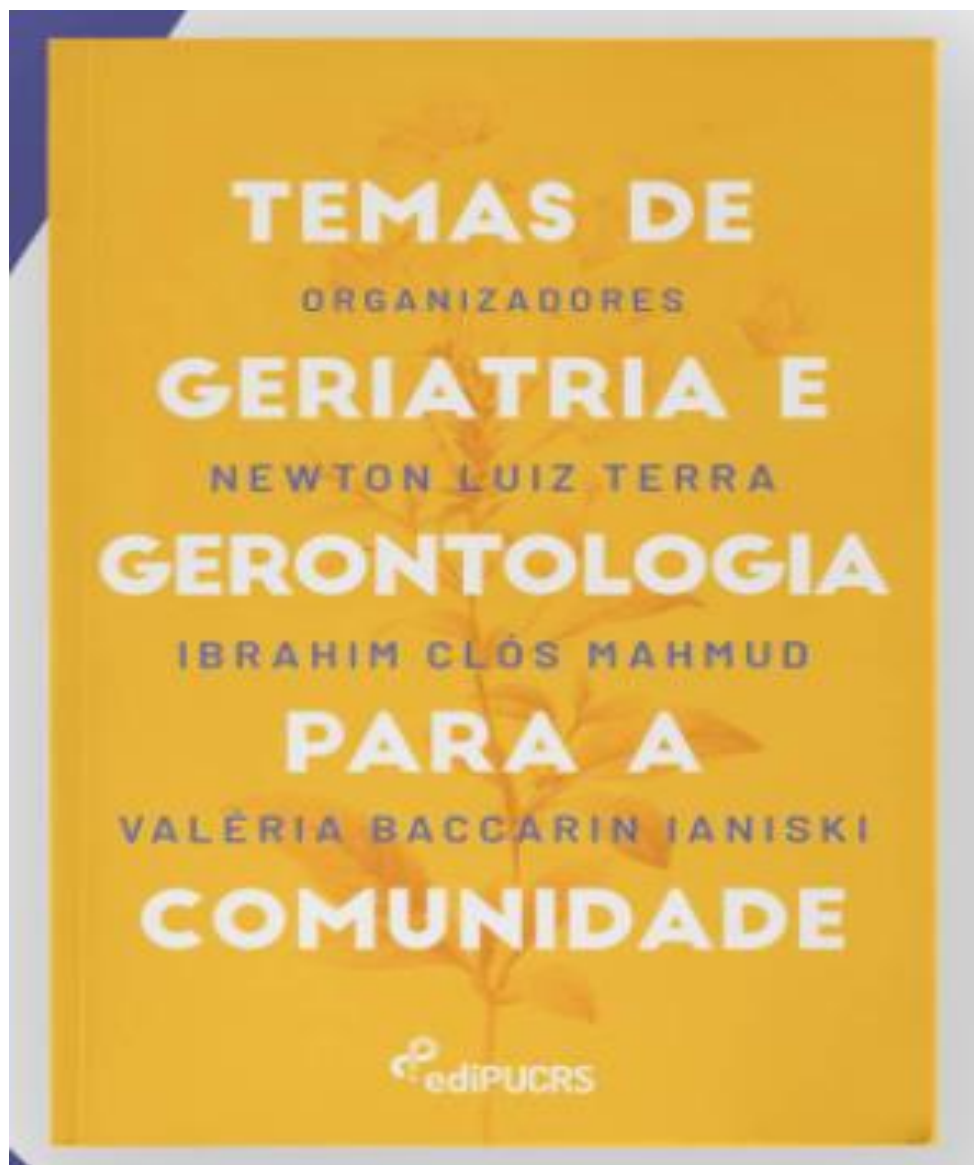
PROGRAMA EMPREENDER COM SAÚDE AO VIVO – RÁDIO FM
TEMAS DIVERSOS SOBRE: SAÚDE DOS IDOSOS, DIREITOS DOS IDOSOS



PARTICIPAÇÃO EM CAPÍTULOS DE LIVROS:

IATROGENIA EM IDOSOS - 2019

AUTORES: CARLA KOWALSKI E CLAUS STOBAUS

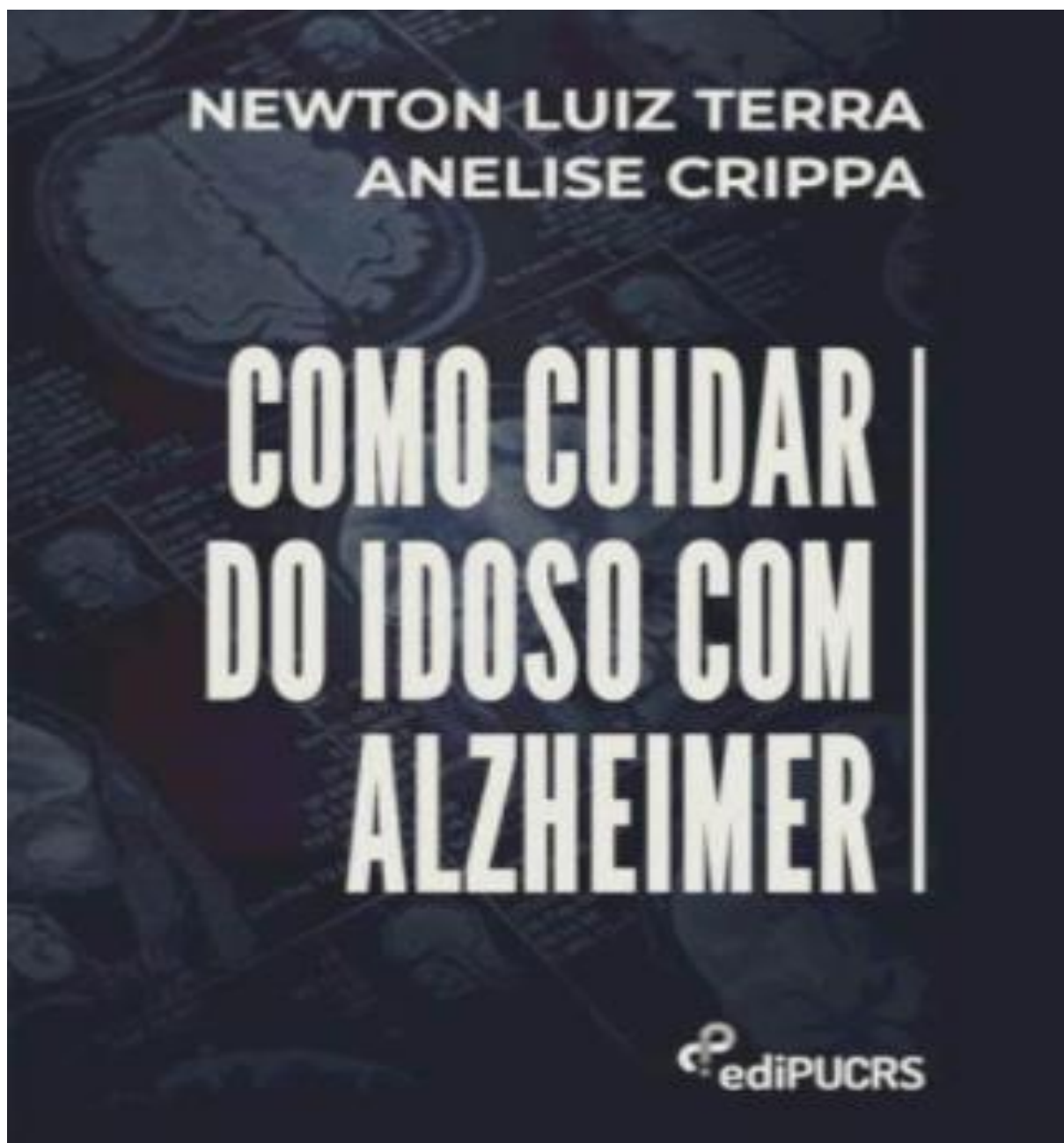


**CARACTERÍSTICAS DOS ACIDENTES ENTRE IDOSOS E LONGEVOS –
2020**

**KARINE RIBEIRO MORCHE, CARLA VIERO KOWALSKI, RODOLFO DE
BELLINI E SOARES, MARIANA HORN SCHERER,
OTÁVIO FREITAS DE MORAES OGRIZEK, ÂNGELO JOSÉ GONÇALVES
BÓS.**



CAPÍTULO DE LIVROS
NOÇÕES BÁSICAS DE ENFERMAGEM – 2020



PROGRAMA DE TELEVISÃO APRESENTADO NO PERÍODO DE 2001-2022

TV SANTA MARIA

PARTICIPAÇÃO: APRESENTADORA





Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br