

NECESSIDADES DE SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM COMPLEXOS HABITACIONAIS DE MONTEVIDÉU

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.037-090>

María Virginia Aquino Santiago

Grado de formación más alto: Prof. Doctor en Ciencias de la Salud y enfermería
Instituto académico: Universidad de la República – Facultad de Enfermería UA Salud Adulto y Anciano – Uruguay.

Celmira Lange

Grado de formación más alto: Profa. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ribeirão Preto
Instituto académico: Universidade de São Paulo (USP)-Brasil

Marcos Aurélio Matos Lemões

Grado de formación más alto: Doutor em ciências pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel)-Brasil
Instituto académico: Universidade de de São Paulo (USP)-Brasil

Carolina Gabriela Ocampo Aguiar

Grado de formación más alto: Prof. Adj. Esp. En Gestión de Servicios de Salud – Maestrando.
Instituto académico: Universidad de la República – Facultad de Enfermería UA Salud Adulto y Anciano – Uruguay.

Enrique Agnese

Grado de formación más alto: Licenciado en Enfermería Doc. Ayte.
Instituto académico: Universidad de la República – Facultad de Enfermería UA Salud Adulto y Anciano – Uruguay.

RESUMO

O envelhecimento populacional impacta os serviços sociais e de saúde. Objetivo: Compreender a percepção das necessidades de saúde dos idosos residentes em complexos bancários da Segurança Social. Metodologia: Estudo qualitativo. Participaram 27 pessoas com mais de 65 anos, Montevideú. Técnica de obtenção de informações: entrevistas semiestruturadas, individuais. Análise de conteúdo direcionada. Resultados: Categoria Relacionamento Familiar e Apoio Social, fator de proteção na velhice, percebido como fraco ou quase inexistente. Categoria Solidão e Depressão, 14 vivenciam a solidão. Categoria Necessidade de boas condições de vida, necessidade de apoio financeiro familiar ou empréstimos em dinheiro. Categoria Acesso à Saúde, pertencem ao Sistema Nacional Integrado de Saúde, com multimorbidade. Categoria Autonomia Limitações Físicas, alguns independentes nas atividades diárias, outros precisam de ajuda. Considerações finais: O sistema de saúde dos idosos requer políticas eficazes para melhorar o cuidado.



Palavras-chave: Idoso. Necessidade de saúde. Barreiras de acesso aos serviços de saúde. Pesquisa qualitativa.



1 INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios a nível mundial é o aumento sustentado da proporção de idosos. Na Região das Américas, até 2025 representarão 18,6% da população total, duplicando esse montante nos próximos 25 anos.¹

Existem várias formas de medir as necessidades de saúde, desde a percepção dos indivíduos, até medições objectivas da função física e mental e outros determinantes. Há quem o defina como o grau de saúde-doença onde existe uma relação entre as necessidades básicas que um indivíduo pode ter, e as necessidades intermediárias como nutrição, educação, habitação, trabalho, economia, entre outras.² Compreender o amplo conceito e complexidade das necessidades de saúde, Matsumoto (1999) utiliza uma taxonomia que as divide em 4 grandes grupos: Boas condições de vida, Acesso às tecnologias de saúde e prolongamento da vida, Vínculo com profissionais e equipe de saúde e, por fim, a necessidade de autonomia e autocuidado. cuidado.^{3,4}

Considerando estes quatro grupos, no Uruguai existem políticas que têm como objetivo realizar os direitos e melhorar as condições de vida, bem como as necessidades de saúde dos idosos. Neste sentido, o Banco da Segurança Social (BPS) é responsável pela coordenação dos serviços de segurança social do Estado e pela organização da segurança social. Entre os programas sociais que desenvolve está Soluções Habitacionais para Aposentados e Pensionistas, enquadrados na política habitacional do Uruguai. Com isso, são atendidas as necessidades habitacionais do idoso aposentado ou pensionista, contribuinte da Agência, e que atendam às condições estabelecidas na Lei nº 17.217.

Conjuntos habitacionais para aposentados e pensionistas são um dos componentes do Programa. São habitações do tipo moradia individual, em prédios de um ou dois pisos ou torres de apartamentos, dispõem de água potável, electricidade, saneamento, a maioria dispõe de espaços verdes de uso comum, salas de reuniões, para acessibilidade em algumas foram colocadas rampas, elevadores para quem tem mais de um andar. As casas possuem cozinha com pia e torneira, banheiro, quarto. Uma média de 5.752 idosos em todo o país vivem nesses complexos.⁵

Outra política que se desenvolve é por meio do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), que garante o direito à saúde e presta atenção integral a toda a população do país por meio da Lei nº 18.211 (2007).

O Ministério da Saúde Pública, órgão de tutela das questões de saúde, acolhe o Programa Nacional do Idoso, responsável pela gestão dos programas de saúde dirigidos a este grupo populacional. No âmbito do desenvolvimento social, o Ministério do Desenvolvimento Social (MIDES) integra o Instituto Nacional do Idoso, responsável pelas ações relativas à velhice no país. (CIEN; 2020).²⁴

Esta investigação tem como objetivo compreender a percepção das necessidades de saúde pelas pessoas idosas que residem em conjuntos habitacionais do Banco da Segurança Social.

Com esses dados é possível apoiar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e assistência social condizentes com as necessidades desta população.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, permitindo uma abordagem de informações que não podem ser quantificadas, utilizadas para compreender o universo de significados, crenças, motivações e valores de quem participa do estudo.⁶

Para a seleção dos três conjuntos habitacionais para aposentados e pensionistas do BPS na cidade de Montevideú, Uruguai, foram utilizados os seguintes critérios: localização geográfica do complexo e acessibilidade aos serviços de saúde; ter desenvolvido o ensino do cuidado ao idoso na formação dos Licenciados em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade da República de forma contínua durante 3 anos, 1 ano e menos de 6 meses.

O trabalho de campo foi realizado entre setembro e dezembro de 2022, iniciando-se após a obtenção da autorização do Banco da Segurança Social. O convite foi feito em cada um dos conjuntos por meio de cartazes no elevador e nos espaços de uso comum dos moradores, com a finalidade de conscientizá-los sobre a pesquisa e terem oportunidades iguais de participar dela.

Os entrevistados foram 27 idosos. Amostra de tipo intencional. Os critérios de inclusão foram: pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, residir no conjunto habitacional do BPS há mais de um ano. Como critério de exclusão, idosos que tenham dificuldade de comunicação. Para definir o tamanho da amostra foi utilizada a metodologia do ponto de saturação: a partir de uma determinada quantidade, os novos casos repetem ou saturam o conteúdo do conhecimento anterior.⁷

A técnica utilizada para obtenção de informações foi a entrevista individual semiestruturada, dia e horário coordenados. O anonimato dos participantes foi utilizado pela pesquisadora com letras CH, B, C indicando o conjunto habitacional em que residem e por número na ordem em que foi realizada a entrevista. O número de entrevistas realizadas por complexo foi de CH oito, no complexo B dez e no complexo C nove. A maioria das entrevistas ocorreu nas residências dos participantes. Notas simples de observação foram feitas durante o processo de pesquisa. Continha notas descritivas como retrato dos participantes, eventos ou atividades, sentimentos, impressões.

Os participantes deram o seu consentimento informado, foi-lhes explicado que poderiam participar no estudo de forma voluntária, anónima, confidencial, conhecendo os objetivos da investigação, a utilização dos dados para fins científicos, tendo em consideração a proteção integral do ser humano sujeitos de uma investigação de acordo com o Decreto 158/019. O estudo foi aprovado pela comissão de ética e o projeto de investigação foi registado através da Direção Geral de Saúde, Divisão de Avaliação em Saúde, no Ministério da Saúde Pública sob o número 5218709.

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DE CONJUNTOS HABITACIONAIS

3.1.1 Uma chave foi usada para identificar os complexos selecionados

Complexo CH. Está localizado em área central da capital, com grande fluxo de trânsito e transporte público com destinos a diversas áreas da capital, com ligação aos serviços de saúde. Alguns prestadores de serviços de saúde estão a cerca de 6 quarteirões (600 metros) de distância e os mais distantes estão a 35 quarteirões de distância. Complexo B. Está localizado em bairro mais vulnerável da capital. Os serviços de saúde mais próximos ficam a 600 metros e os mais distantes a 12 km. Complexo C. Localizado na zona leste da cidade, a cerca de 200 metros de importantes avenidas com acesso ao transporte público por ônibus, os serviços de saúde mais próximos ficam a 450 metros e os mais distantes a 13 quilômetros.

A caracterização dos participantes foi realizada com os seguintes componentes: sexo, idade, situação de saúde, prestador de saúde, escolaridade, número de pessoas que moram no domicílio e presença de animal de estimação, tempo de residência no domicílio.

Os idosos que participaram da pesquisa tinham 27 anos, com faixa etária entre 67 e 92 anos, sendo que destes 9 tinham mais de 80 anos. Do total de entrevistados, 20 eram mulheres, sendo 6 delas com mais de 80 anos. Nos complexos há uma proporção maior de mulheres em relação aos homens. Todos os participantes relataram comorbidades, alguns deles com condições cardiovasculares, seguidas de condições osteoarticulares, metabólicas, psicológicas e oncológicas. A presença de comorbidade pode significar diversos eventos adversos como deterioração funcional, incapacidade e dependência, afetando sua qualidade de vida. Das patologias referidas pelos entrevistados, foram hipertensão arterial, metabólica, oncológica, acidente vascular cerebral, osteoarticular e depressão. Sofrer de doenças não transmissíveis gera consequências a longo prazo, envolve tratamento farmacológico e nutricional, check-ups periódicos, entre outros. Várias pessoas têm limitações e algumas são ajudadas na mobilidade com auxílios à marcha. Todos os participantes possuem um prestador de saúde e escolhem a qual deles pertencer, a maioria são usuários de serviços de saúde públicos e um número menor de privados.

Outra característica é o nível de escolaridade: das 18 pessoas que concluíram o ensino fundamental, apenas metade conseguiu concluí-lo. Alguns relataram que o motivo da evasão se deu pela situação socioeconômica, priorizando o trabalho na infância. Os que alcançaram o nível secundário foram 8 e apenas três o concluíram. Dos entrevistados, 19 moram sozinhos. Na categoria sobre o tempo de moradia no complexo foi entre 1 a 20 anos, 9 dos participantes têm entre 5 a 10 anos.

Na análise dirigida das entrevistas foram identificadas cinco categorias: Relação de apoio familiar e social: Solidão e depressão; Necessidade de boas condições de vida; Acesso à saúde; Autonomia e limitações físicas. Cada um deles está ligado aos quatro componentes da taxonomia de



Matsumoto. As três primeiras categorias mencionadas estão relacionadas com a Necessidade de boas condições de vida; acesso à saúde com a Necessidade de acesso a todas as tecnologias e a Necessidade de vínculo com profissionais e equipes de saúde, com a categoria autonomia e limitações físicas com a Necessidade de autonomia e autocuidado.

3.1.2 Relações familiares e de apoio social

Como seres biopsicossociais, as pessoas precisam do apoio e da companhia de outras pessoas ao longo da vida. Esta rede de apoio muda ao longo do tempo, na fase da velhice a sua importância como apoio intensifica-se na presença de vulnerabilidade à insegurança económica, problemas de saúde, dependência. No estudo procuramos conhecer essa rede social com familiares, amigos e vizinhos e até para alguns a importância de ter um animal de estimação em casa.

“Tenho minha filha que é a única família que tenho... minha filha que me liga várias vezes todos os dias” (CH2)

“Minha família são minhas duas filhas e minha neta e meu genro” “Minhas filhas estão sempre presentes” (B2)

"Perfeito! Bom, com o (nome do seu filho) e minha nora eu vou todo sábado e domingo” (B4)

Em geral, para os idosos, a família significa muito na vida e ainda mais quando há filhos e netos. Seus entes queridos estão presentes nas histórias, principalmente quando há bons laços.

Nota de Observação: Na decoração de suas casas, geralmente há um espaço onde ficam guardadas fotos de seus entes queridos e momentos compartilhados.

Os laços estreitos com a família não acontecem na maioria dos casos e isso fica evidente na expressão não verbal, na falta de apoio nas atividades da vida diária e até nas questões económicas.

“Faz um ano que não tenho contato, não vejo ela, outro dia fez um ano” (com a filha)... Meu filho faz 15 anos que não sei onde eles estão, Eu não sei de nada. Ele também não se preocupa, né, eu amo quem me ama” (B6)

“Fico triste, porque tenho minhas filhas, todas muito longe e tive notícias delas e agora não tenho mais” (C4)

Existem aquelas pessoas que não têm vínculo com os filhos, nem mencionam a presença de amigos. Nas histórias revelam uma relação com os familiares e principalmente com os filhos, pobres ou inexistentes. Perde-se o contato, a necessidade de carinho está presente, não conseguindo desenvolver o papel de avós ou pais.

Nota de observação: Observa-se uma mudança de humor em suas expressões ao falar sobre esse tema onde se nota tristeza, dor, acompanhada de choro.

Os amigos podem ser escolhidos na vida, são vínculos que se criam por interesses comuns e atividades compartilhadas, resultando em apoios de grande importância na vida das pessoas e ainda

mais na velhice, podendo contribuir até nas questões de cuidado, nos comportamentos de saúde (busca de ajuda médica, humor, autoestima). São elos onde há espaços para nos acompanharmos, para rirmos, para trocarmos apoios. Nas histórias, alguns expressaram ter amigos. As pessoas que vão morar nesses complexos muitas vezes tiveram que abrir mão de muitas coisas ao se mudarem de sua antiga casa, bairro, vizinhos, amigos, família.

3.1.3 Solidão e Depressão

Dos entrevistados, mais de 14 idosos referem solidão. Durante o envelhecimento ocorre uma série de experiências e mudanças que podem gerar um sentimento de solidão.

“Quando perdi minha irmã que morava aqui... e fiquei sozinha (pausa) me senti sozinha... A verdade é que fiquei tão sozinha” (CH1)

“...me sinto mal, emocionalmente não tenho vontade de fazer nada, faço as coisas porque estou sozinho, não tenho ninguém (CH3)

“Tem hora que eu tenho pontos baixos... porque eu morava com minha filha quando vim para cá, tenho que me adaptar a ficar sozinha e. E me cuidar e não dificultar para ninguém” (CH6)

Várias pessoas relatam ter vivido a experiência da solidão, sentindo-se sozinhas. É expresso maioritariamente pelas mulheres, não significando que os homens não experimentem este sentimento. Alguns expressam ter sofrido a perda de entes queridos (irmãos, cônjuge). Em outras situações, a solidão se deve ao fato de seus entes queridos estarem longe e você não ter contato físico com eles. As histórias refletem sentimentos de angústia, tristeza, relutância, talvez um sentimento de abandono.

Existem doenças que podem acompanhar a velhice, como a depressão. Há pessoas que foram diagnosticadas com Depressão, outras apresentam elementos desta doença, caracterizada por tristeza persistente e desinteresse em realizar as atividades da vida diária.

“Vou levar ela, tenho problemas de depressão” (CH6)

“Tive uma grande depressão.... Não é a mesma coisa que falar ao telefone ou mandar mensagem (com a família), não é a mesma coisa que poder abraçar e tocar” (B8)

A depressão manifestada por quem foi diagnosticado e está em tratamento tem sido geralmente em mulheres, que na maioria dos casos moram sozinhas e que sofrem de outros tipos de problemas de saúde. Em alguns casos, ter um animal de estimação ajuda-os a manterem-se ativos e a poderem realizar as atividades da vida diária.

“Se não fosse o meu cachorro eu não sei onde eu estaria... ele é meu companheiro, é a única coisa que eu tenho” (CH3)

Para quem gosta de animais, ter um animal de estimação é positivo para elas. Naqueles que envelhecem, vivenciam-se uma série de mudanças e novas situações onde começam a aparecer



carências, novas necessidades, solidão, doenças, sedentarismo, entre outros, e ter um animal de estimação pode ajudar a enfrentar essas situações.

3.2 NECESSIDADE DE BOAS CONDIÇÕES DE VIDA

Dentro desta categoria estão o apoio financeiro familiar, a utilização de empréstimos, ajuda com medicamentos e habitação. As pessoas que vivem nos complexos têm cobertura de segurança social, é uma condição que devem ter para serem beneficiários de uma casa, e esta reforma ou pensão do BPS é uma das mais baixas. Conhecer a percepção dos idosos sobre a necessidade de boas condições de vida permite-nos saber se os seus rendimentos os ajudam a serem autossuficientes para cobrir as suas despesas, quando se sabe que os problemas de saúde e consequentemente os custos aumentam na velhice. As circunstâncias das pessoas são diferentes umas das outras, haverá quem precise de ajuda nas suas relações sociais, outros que utilizem o sistema de empréstimo e outros que possam resolver com os rendimentos que recebem. Algumas pessoas recebem apoio financeiro de familiares.

“Já estava chegando o dia do pagamento mas eu estava com muito pouco dinheiro como quase todo mundo aqui... Aí isso... ela me trouxe um sortimento (referindo-se à filha). É difícil eu chegar ao dia do pagamento” (B8)

“Não, se eu não tiver dinheiro, tenho um filho que é um sol, que não me deixa faltar nada. Não, a renda que eu tenho não é suficiente para mim” (C1)

São várias as pessoas que dependem da sua rede de apoio social para cobrir as despesas mensais de subsistência. Na maioria dos casos este apoio não é esporádico mas sim mensal, e na maioria dos casos são os filhos que prestam a ajuda.

Pessoas que não têm rede social e precisam de apoio financeiro fazem empréstimos ou usam cartão de crédito.

“Está tudo muito caro... Tenho que tirar o cartão OCA (cartão de crédito) porque não tenho condições. E é meio complicado... a questão da alimentação é dura” (CH6)

“Não, eu não tinha um centavo e estou sozinho. Ninguém me dá e eu não recebo crédito em lugar nenhum. O que acontece é que eu faço empréstimos muito bem” (C2)

Em algumas histórias expressam o aumento do custo das coisas, por exemplo, dos alimentos. Não tendo apoio de outras pessoas próximas, acabam recorrendo a empréstimos monetários. Uma minoria dos idosos afirma conseguir cobrir as suas despesas com os rendimentos que recebe. Em algumas situações, o rendimento económico desse agregado familiar é superior ao de uma pessoa. Deve-se ter em conta que o orçamento económico de cada agregado familiar é diferente devido a vários factores de saúde, ao prestador de saúde a que pertencem, à sua morbilidade e, portanto, ao tratamento que devem realizar, entre outros.

Pelo exposto, as pessoas entrevistadas sofrem de patologias e várias delas apresentam mais de duas. Isto vem acompanhado de tratamentos farmacológicos e, portanto, tem seu custo.

“...eles me ajudam com a medicação. Para mim não funciona, não é suficiente para mim porque são vários medicamentos que eu tomo” (B2)

“...ele está envolvido com empréstimos...os medicamentos são mortais” (CH5)

“Sim, porque às vezes não recebemos, estamos com metade lá, então às vezes eu prolongo mais a ida ao hospital para pegar a medicação. Porque sem dinheiro você não vai a lugar nenhum” (CH8)

Nas histórias há quem, pelas suas patologias, tenha tratamento medicamentoso contínuo, dando origem à existência de uma síndrome geriátrica como a polifarmácia. Nas histórias expressam o quão caro é o acesso aos medicamentos e alguns expressam o adiamento da compra destes por falta de dinheiro. Dependendo da operadora de saúde, pode ou não ter um custo menor. Outras dificuldades são que há profissionais que indicam medicamentos que não estão disponíveis no seu médico e devem ser obtidos fora, com preço diferenciado.

Dentro da Necessidade de boas condições de vida está a habitação, reconhecida como um direito e um aspecto considerado em função da situação socioeconômica da pessoa. A moradia tem o propósito de contribuir para sua qualidade de vida, saber o que os participantes pensam sobre isso é importante.

“Sim, porque eu morava em uma fazenda chovia como lá fora. Estou bem aqui (C2)

“Nunca tive casa própria nem nada. Esse bem-estar que eu tenho, eu nunca tive. É a primeira vez (B4)

“Mas eu gosto disso, porque sempre sonhei com meu apartamento e sempre gostei de ser organizado” (CH8)

A grande maioria das pessoas gosta de poder ter uma casa e sentir que é sua, isso dignifica-as, dá-lhes um espaço de privacidade, sentem-se donas da sua casa, mesmo sabendo que é para uso. Para alguns, mudar significou um desafio, ter que se adaptar a um novo lugar, sair de ambientes de confiança, apoio de familiares e amigos e reaprender a conviver com estranhos.

3.2.1 Acesso à saúde

Os idosos fazem parte do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), cabendo a eles optar por ficar com um prestador privado ou público. Nas histórias referem-se a 17 participantes que fazem parte da rede pública de saúde. Todos os entrevistados sofrem de algum tipo de doença e muitas vezes convivem com mais de uma mesma pessoa. Os cuidados de saúde são divididos em especialidades. As histórias permitem saber como os idosos percebem esse tema.

“Não tem tanto especialista, eu preciso muito fazer a coisa da fila, isso é chato porque a verdade é que, porque às vezes você tem que esperar e às vezes você não aguenta tanto, não adianta” (C8)

“Estou todo deformado, em outubro do ano passado fui ao reumatologista que me mandou uma radiografia computadorizada e até agora estou aguardando para ver o resultado” (CH3)

“...sempre a longo prazo e mais ainda os especialistas, eles estão me passando especialista quase de 3 em 3, durante 3 meses” (CH7)

“Eu respeito o atendimento médico assim, tipo agora a gente ia precisar disso, eu precisaria ir muitas vezes ao médico e às vezes tenho sorte, às vezes não... Agora estou há quatro meses esperando o Oftalmologista” (B3)

Os cuidados de saúde são fragmentados, dependendo da patologia e do especialista que a trata. Uma pessoa pode precisar de consulta com vários especialistas. Alguns expressam a necessidade de profissionais médicos mais especializados. O tempo de espera ultrapassa dois meses. As consultas nem sempre são para monitorização ou controlo do problema de saúde, mas sim para alguma descompensação, para aparecimento de novos sintomas, necessitando de cuidados atempados. Eles não veem outra saída senão esperar meses pela consulta. O tempo de espera no serviço de saúde é reiterado nas histórias dos diferentes idosos.

“Tem que esperar, o que você vai fazer, não tem outro jeito” (CH5)

“Eu queria a minha médica que me trata... mas ela não vem aqui. Que eles me atenderam, mais rápido. Espera, espera, não, ninguém gosta de esperar, me parece” (CH6)

“Eu falo isso, para cuidar de um idoso, tão parecido com a gente... não tanto esperar. Você vai e fica uma hora, duas horas, 3 horas de repente e esperando o médico atender você fica mais de uma hora toda vez” (B10)

O programa de agendamento continua a ser utilizado na maioria dos serviços. Todos concordam que têm um tempo de espera e que este é excessivo. Alguns resignam-se com o facto de terem de esperar, outros dizem que por vezes têm de esperar em condições que a sua saúde não permite.

3.2.2 Autonomia e limitações físicas

Existem vários fatores que podem levar uma pessoa à dependência. Esta categoria está ligada à necessidade de autonomia e autocuidado. Para além de sofrerem de doenças, é importante saber se existem limitações à manutenção dessa autonomia física e à capacidade de realizar atividades que lhes permitam cuidar de si próprios e continuar a viver de forma independente. Pode haver aumento da fragilidade física, problemas de mobilidade e deterioração, que geram problemas respiratórios, cardiovasculares e osteoarticulares. Daqueles que conseguem realizar as atividades de forma independente, relatam o seguinte em suas histórias.

“...Eu frequento o Gimnasia lá em baixo, tenho um clube que frequento...E bem, eu danço e faço ginástica.” (C2)

“...eu faço, fico sozinho, tomo banho sozinho e faço tudo sozinho, cozinho e faço tudo sozinho.” “Estou pintando, estou pintando porque adoro” “Adoro ler” (B4)

“Gosto de organizar tudo. Faço minhas coisas, saio para fazer recados, faço caminhada, vou para academia” (CH6)

Dos entrevistados, algumas pessoas conseguem realizar atividades básicas e instrumentais de forma independente e até avançada. Mas há aqueles que conseguem realizar as atividades mas que manifestam dificuldade na hora de executá-las.

“...consigo fazer tudo sem problema nenhum...faço mais devagar...demoro um pouco mais para fazer, antes eu fazia uma tarefa que fazia em meia hora, agora em quarenta minutos, estou com uma osteoartrite tremenda no meus joelhos, que mal consigo andar” | risos |” (CH2)

“...eu faço o possível para limpar, é difícil... quando meu filho chega ele vai” (para fazer alguma coisa) (Ch4)

“...eu venho do supermercado, daí eu fico cansado... tenho que parar porque fico meio cansado... tenho dificuldade de me abaixar muito... lavar o chão, me curvar, alguma coisa está difícil para mim. Ou fico cansado, por exemplo, às vezes calçando o tênis, fico agitado” (B1)

“Eu caí e, hum, quebrei + e agora tenho uma prótese no fêmur... Faz 7 anos que não saio na rua. Tem uma coisa que eu não posso fazer, ..., que é levantar os braços” (CH1)

Nas histórias expressam limitações na realização de atividades básicas e até mesmo instrumentais. Há quem tenha o apoio de uma criança para limpar e fazer recados. Estas limitações, em alguns casos, limitaram-nos para atividades instrumentais. Aqueles que são dependentes ou que necessitam de outras pessoas para a realização dessas atividades, alguns têm a ver com os relacionados ao autocuidado e outros com os instrumentais.

"Para mim é muito difícil andar sozinha, sempre ando com uma das minhas filhas porque fico cansada. Tenho que andar devagar... pago uma menina..., eh lavei o chão porque me dá enjoô" "Eu não gosto de casa suja." (B2)

“Exatamente, me deram banho e tudo agora, com a terapia comecei a tomar banho sozinho, mas nem sempre minha cabeça pode doer” “Tenho medo de cair... não vou a lugar nenhum (B6)

“Tomo banho” “Então não tenho estabilidade” “Não, não faço recados nem cozinho... tem hora que perco a mobilidade dos dedos” (C9)

Alguns têm a possibilidade da ajuda de outra pessoa para colaborar nestas atividades. A limitação na satisfação das atividades que lhe permitem viver de forma independente e autônoma pode estar em risco. Estas situações geram medo nas pessoas, de se sentirem inseguras, de perderem a estabilidade, de reduzirem a sua mobilidade, de se sentirem limitadas.

Muitas pessoas afirmaram em suas histórias que têm limitações ao viajar em transporte público, como ônibus, tendo que usar táxi para realizar procedimentos e ir ao serviço de saúde. Os complexos

estão geograficamente localizados em bairros onde existe transporte público, mas nem todos podem utilizá-lo, mesmo que isso signifique um custo menor por ter o benefício de ser aposentado. As pessoas expressam o seguinte.

“De táxi, porque não consigo pegar ônibus, não consigo com isso” (CH5, usa andador)

“E eu ando de táxi... isso não me faz sentir seguro... não é seguro para uma pessoa grande. Para evitar essas coisas prefiro pegar táxi” (B7)

Apesar de terem um custo mais elevado, utilizam táxis para percorrer longas distâncias. Suas histórias refletem que eles se sentem limitados no uso do ônibus.

4 DISCUSSÃO

No Uruguai, há décadas há um crescimento constante dos maiores de 60 anos e no enfrentamento dos determinantes sociais que condicionam a saúde e o bem-estar devido a fatores socioeconômicos, políticos, culturais e ambientais. Acabar com as situações de pobreza, garantir uma vida saudável, promover o bem-estar de todos, em todas as idades, faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030.⁸

Os resultados desta pesquisa mostram algumas características comuns à população idosa do país. Há uma feminização do envelhecimento nos moradores de conjuntos habitacionais, com mais mulheres que homens, com idades avançadas. Noutros países da região, o envelhecimento é um processo também marcado pelo gênero, como é o caso do Chile, onde a proporção de mulheres é maior que a de homens.⁹

No país é reconhecido um direito que é universal, de ter uma moradia digna e adequada, como é a situação dos idosos que fazem parte da pesquisa. , entre outros.

A atribuição de habitação através do Programa BPS Housing Solutions procura contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos que apresentam elementos de vulnerabilidade social antes de ingressarem. O objetivo da investigação não é focar se as condições de habitação satisfazem as necessidades de autonomia e independência, como contribuintes para o bem-estar dos idosos, para a promoção da saúde e da qualidade de vida. Procurou-se aproximar-se de saber como se sentiam ao viver nestas casas; as expressões dos participantes foram maioritariamente positivas. Para o idoso é de grande valia ter um espaço próprio, sentir-se dono do seu lar, onde lhe proporcione privacidade, autonomia e sossego.¹⁰

Ao analisar a escolaridade e ocupação dos participantes, verifica-se um grande número de idosos com pouca escolaridade, talvez pelas dificuldades de acesso à escola quando eram crianças e pelas condições socioeconômicas precárias, portanto, de baixa renda. Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos do Rio Grande

do Sul-Brasil: pouca escolaridade, baixa qualificação profissional e renda, além de condições crônicas de saúde.^{11,12}

A investigação indica que aqueles com baixos níveis de escolaridade têm uma maior proporção de doenças crônicas, utilizam mais os serviços de saúde e necessitam de apoio nas suas atividades diárias. Isto também afeta o grau de compreensão e assimilação dos cuidados de saúde.¹³

Para a análise das necessidades de saúde, partimos da necessidade de boas condições de vida com a categoria família e relação de apoio social. Na vida dos indivíduos cria-se uma rede, fruto de relações interpessoais de reciprocidade entre idosos, familiares e membros da comunidade. Estas redes são consideradas fontes protetoras de saúde e bem-estar desta população, sendo essenciais quando existem elementos de vulnerabilidade como é o caso dos entrevistados. O que é extraído das histórias reflecte redes que são limitadas e fracas em muitos casos, em alguns casos inexistentes. Resultados semelhantes são encontrados em outro estudo que se refere ao apoio social aos idosos, onde a velhice é acompanhada por deterioração na saúde, na economia e no enfraquecimento das redes sociais.¹⁴

Em relação à família, há histórias que expressam que estão presentes em suas vidas, mas em outras dizem que perderam o contato há muito tempo. A causa que gerou esse distanciamento é desconhecida; há quem afirme que houve conflitos que não foram resolvidos. Outras causas que podem ter afetado esta rede são a necessidade de se mudar de um bairro para morar em um complexo, ou seja, as pessoas terem que aprender e aceitar as mudanças, morar sozinhas, estar aposentadas e o que isso implica (perda de papéis e vínculos).), superando a perda de entes queridos por morte, afetando o tamanho e a força da rede de apoio. As situações que essas pessoas tiveram que viver vão ao encontro de um estudo que menciona esses fatores ou causas para a dissolução da família, perda de amigos, colegas.¹⁴

O valor de uma rede de apoio social na velhice é mencionado por estudo que destaca as vantagens. Refere-se ao fato de que, na velhice de homens e mulheres, ter uma rede de apoio proporciona segurança econômica, proteção, apoio nas atividades diárias domésticas e pessoais, cuidado e carinho.¹⁵ Não tê-la deixa a pessoa sem apoio, sem proteção, gerando a questão de quem cuida desses idosos com elementos de vulnerabilidade quando sua rede de apoio informal está fragilizada ou ausente.

Nos diferentes complexos há quem tenha animal de estimação, e expresse em suas expressões o carinho que sente por ele, resultando em um estímulo, gerando nas pessoas a responsabilidade de cuidar do outro, favorecendo a sensação de se sentir útil e de estar acompanhado. O que foi encontrado aqui guarda semelhanças com um estudo que trata de idosos em situação de pobreza, com limitações no apoio familiar e nas redes de apoio. O objetivo foi compreender o vínculo entre o idoso e o animal de estimação no cotidiano e suas implicações para a saúde, concluindo que esse vínculo teve seu efeito na promoção da saúde.¹⁶

Morar sozinho pode ter sido uma escolha dos idosos. Na história de algumas pessoas isso não era uma opção e elas tiveram que aceitar ter que morar sozinhas devido a diversas circunstâncias da vida. Em diversas histórias expressam o sentimento de solidão, acompanhado de palavras e expressões de tristeza, saudade, angústia, desmotivação. Quem mais expressa esse sentimento em suas histórias são as mulheres. Estas histórias coincidem com o estudo realizado sobre Solidão em Idosos, onde diz que existem factores de risco que podem levar ao sentimento de solidão, ser de idade avançada, ser mulher solteira, divorciada ou viúva, ter um nível de escolaridade mais baixo, com nível socioeconômico mais baixo, baixa, boa qualidade de vida.^{12,17}

Dentre os participantes, há aqueles que expressaram ter diagnóstico de Depressão, alguns relataram que o início foi durante a pandemia da COVID-19 devido às circunstâncias vivenciadas naquele processo emergencial e às recomendações de saúde confiadas à população e principalmente aos idosos. A depressão é um problema de saúde mental comum em pessoas idosas. Um estudo mostrou que é mais comum em mulheres, com baixo nível de escolaridade. Aponta que estudar na juventude pode ser um fator de proteção contra a deterioração cognitiva em idosos, mas não há consenso entre escolaridade e deterioração emocional nesta população.¹⁸

Outra condição que pode estar vinculada à Necessidade de boas condições de vida é a categoria que inclui renda, a subcategoria é apoio financeiro familiar, empréstimos, ajuda com medicamentos e moradia. As pessoas que moram nos complexos para serem beneficiárias das casas devem receber uma aposentadoria ou pensão mínima (12 Unidades Ajustáveis = \$U1.596,82, Banco Central do Uruguai, junho de 2023). O rendimento que uma pessoa possui afeta na maioria dos casos a sua capacidade de satisfazer as suas necessidades básicas, aceder a serviços e produtos que contribuem para uma melhor qualidade de vida.

Nas histórias, a maioria das pessoas expressa sua situação de vulnerabilidade, dependência e subordinação ao necessitar da ajuda de outras pessoas, na maioria dos casos, de seus filhos. Isto coincide com um estudo que afirma que a necessidade de apoio da sua rede social os torna dependentes, tendo em comum que o motivo é a baixa cobertura da segurança social para os idosos que vivem na pobreza.¹⁹

Para quem não tem renda suficiente e não conta com uma rede de apoio familiar que os ajude, recorrem ao crédito. A questão económica e geradora de dívida é um dos factores que mais causa stress e angústia a uma pessoa, principalmente quando a sua situação e o sistema não lhe permitem obter maiores rendimentos através, por exemplo, do trabalho. A opção de empréstimo que poderia parecer uma solução os expõe a receber, durante o período em que devem pagar o empréstimo, um valor menor de sua aposentadoria ou pensão. Há situações em que se gera uma bola de neve, quando a pessoa quer quitar a dívida e continua fazendo novos empréstimos e assim por diante.²⁰



A Necessidade de Acesso a todas as tecnologias poderia estar vinculada à Categoria-Acesso à saúde. Seriam considerados o acesso aos serviços de saúde, os custos com cuidados médicos, consultas, medicamentos, tratamentos e internações, condições que podem afetar a sua saúde.

O Sistema Nacional Integrado de Saúde tem como valores o direito à Saúde, a universalidade, a equidade, a solidariedade, a dignidade. Todos os participantes estão integrados ao sistema de saúde do país como o resto da população (URUGUAI, 2007). Dentro dos Objectivos Nacionais de Saúde 2030, em terceiro lugar está a melhoria da qualidade dos processos de saúde e em quarto lugar está a criação de condições para que quem cuida da sua saúde tenha uma experiência positiva.²¹

Dos problemas de saúde identificados, foram priorizados os 15 mais críticos, ficando em décimo terceiro lugar a dificuldade de acesso a serviços para pessoas com deficiência e cuidados a idosos vulneráveis. Foram propostos cinco objectivos estratégicos, o terceiro refere-se a Melhorar o acesso e os cuidados de saúde ao longo da vida, o quinto expressa Caminhar para um sistema de cuidados centrado nas necessidades de saúde das pessoas. Pretendia-se promover uma aproximação com estratégias de Cuidados de Saúde Primários (APS), com ênfase no primeiro nível de cuidados (MSP, 2015).

Os participantes mencionam a autopercepção dos cuidados de saúde prestados pelo sistema, independentemente de o prestador ser público ou privado. Nas histórias expressam dificuldades de acessibilidade, existem barreiras quando necessitam do serviço de saúde. Há uma longa espera para uma consulta médica e ainda mais com um especialista de até dois meses, aguardando o dia da consulta médica em condições que não são confortáveis e isso também acontece para conseguir a medicação. A pessoa tem dificuldades geográficas e econômicas.

Nas histórias, a maioria deve utilizar algum meio de transporte, tendo que escolher aquele que lhe dá segurança, mesmo que seja mais caro. Outro atributo que deve identificar as necessidades de saúde das pessoas e dar respostas através do sistema é denominado integralidade. Persiste o velho paradigma de cuidado em que o indivíduo é passivo e focado na doença e na cura. Estudo realizado no Brasil menciona que os sistemas de saúde baseados na APS obtêm melhores resultados. A existência de barreiras de acesso limita outros atributos como longitudinalidade, exaustividade e coordenação. Esses idosos frágeis, cuja forma de organizar os serviços de saúde, podem encontrar problemas para conseguir consultas médicas e conseguir um atendimento longitudinal e integral satisfatório.¹¹

Todas as pessoas entrevistadas sofrem de doenças crônicas e na maioria dos casos mais do que uma. As doenças crônicas são caracterizadas por maior duração, não se resolvem espontaneamente e, uma vez que aparecem, raramente desaparecem completamente. As principais condições são hipertensão, artrite e outros problemas do sistema músculo-esquelético, doenças cardíacas e diabetes, algumas das quais podem levar à incapacidade. A situação de saúde desses idosos e suas dificuldades também são encontradas em outras pesquisas, que indicam que muitos não realizam exames médicos

nos horários estabelecidos e são atendidos quando estão doentes. O estudo também menciona a falta de pessoal e a sobrecarga em determinadas profissões, o que pode afetar a qualidade da assistência, repercutindo negativamente na situação de saúde do idoso. Os idosos não têm prioridade de atendimento nos serviços e não são realizadas visitas domiciliares.²²

Atualmente há uma mudança de paradigma em relação às questões da velhice e do envelhecimento, o Programa Envelhecimento Saudável da Organização Pan-Americana da Saúde afirma que as necessidades específicas de saúde dos idosos devem ser conhecidas.¹ Respeitar essas pessoas como sujeitos de direitos, implica que os serviços de saúde devem ser avaliados para que estejam adaptados a eles e sejam sensíveis às suas necessidades, considerando suas particularidades, riscos e circunstâncias.⁹

A última categoria é Autonomia e Limitações Físicas, está ligada à Necessidade de Autonomia e Autocuidado.

A saúde dos idosos deve ser medida em termos de função e não de doença. A fragilidade está entre as síndromes geriátricas, que pode estar presente e é uma condição clínica relevante, um estado de grande vulnerabilidade, que gera dificuldades na reserva funcional e homeostática, levando a consequências adversas à saúde do idoso.²³ Incorporando o conceito de a fragilidade no cuidado ao idoso facilitaria a compreensão e a análise das desigualdades em saúde em relação à população idosa.¹¹

Os idosos entrevistados apresentam fatores de risco que podem levá-los a desenvolver a síndrome da fragilidade ou já a possuem. Existem fatores biológicos como ter 80 anos ou mais ou ser mulher; a presença de multimorbidade relevante; factores psicossociais, défice socioeconómico, viuvez há menos de um ano, isolamento social, pobreza; internação no último ano, institucionalização recente; declínio funcional. Este último tem a ver com a capacidade da pessoa de realizar as atividades da vida diária e manter a sua autonomia.²³

O envelhecimento é um processo heterogêneo e tem impacto no planejamento e na prestação de serviços de saúde. Espera-se um sistema que garanta que não gere desigualdades em saúde para aqueles que se encontram em estado de grande vulnerabilidade, que não lhes permita sofrer desvantagens sistemáticas no acesso e na qualidade dos cuidados. Em estudo sobre fragilidade em idosos e percepção de problemas em indicadores de atributos da APS, ele fala sobre a importância que esse nível de atenção deve estar bem estruturado para oferecer uma assistência adequada aos idosos frágeis, otimizando os recursos de saúde.¹¹

São pessoas que vivem a velhice, uma das fases mais longas da vida, em que coexistem deterioração e problemas de saúde. Os idosos estudados têm pouca ou nenhuma participação nas atividades comunitárias, prejudicando o seu vínculo social, gerando dificuldades no desenvolvimento de papéis sociais e ocupacionais, o que os ajudará a gerar sentimentos de pertencimento à comunidade, identidade e valor. As histórias mostram que nem todos são frágeis na mesma medida. São pessoas que

na sua maioria praticam pouca atividade física, algumas com restrições de mobilidade, fatores de risco que aumentam a fragilidade. As condições observadas nos entrevistados coincidem com os elementos encontrados em estudo que também considera as relações sociais dos idosos e seus efeitos na saúde por meio de mecanismos psicossociais, que influenciam seu estado psicológico ou cognitivo.¹⁴

As pessoas que vivem em conjuntos habitacionais não estão isentas de sofrer os mesmos problemas que o resto da população idosa; há factores que aumentam a sua vulnerabilidade, de acordo com as histórias contadas aos entrevistados, e as suas redes de apoio social, a sua situação económica, o acesso à saúde através de um sistema que não reconhece as suas necessidades e como estão condicionados pela existência de limitações físicas e elementos de fragilidade que podem afetar a sua autonomia e autocuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo tiveram como objetivo compreender a percepção das necessidades de saúde dos idosos que residem em conjuntos habitacionais do Banco da Previdência Social em Montevideú, Uruguai.

Conhecer as necessidades de saúde a partir da sua percepção permitiu-nos compreender as suas preocupações, interesses e dificuldades, como os diversos factores interagem nesta fase da vida, evidenciando a necessidade de mudanças para ter medidas preventivas, identificação e tratamentos de doenças ou condições crónicas, atenção directa a uma abordagem abrangente e não à sua divisão como continua a ser feita, o que torna evidente a atribuição de mais recursos para responder às necessidades actuais. São pessoas com vulnerabilidades de todos os tipos e que carecem ou são fracas na sua rede social de família, amigos, vizinhos e comunidade.

Existem políticas que visam de forma abrangente o envelhecimento, mas a situação mostra que funcionam separadamente em instituições ligadas à segurança económica e à saúde.

A abordagem dos cuidados deve ser personalizada, para prestar cuidados adequados, prevenir doenças, tratar condições crónicas e melhorar a sua qualidade de vida. É necessário repensar que os programas de cuidados aos idosos e os métodos de saúde devem enfrentar os desafios da velhice e as deficiências que estes devem enfrentar nos seus problemas de saúde.

Conhecer as necessidades de saúde e reconhecer os seus direitos implica ter em conta o acesso à educação, a compreensão adequada das suas necessidades e a participação. As políticas públicas para pessoas e ambientes idosos devem promover ambientes físicos dentro de casa, complexos e comunitários, serviços públicos, sociais e de saúde, mobilidade, autonomia, independência, segurança e cuidados, evitando o isolamento destes, contribuindo para a construção de relações sociais mais fortes e duradouras. redes na velhice.



REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Barreiras ao acesso aos serviços de saúde para idosos na Região Americana. Década do Envelhecimento Saudável nas Américas, Situação e Desafios. [Internet]. Washington: OPAS, 2023. [acessado em 8 de setembro de 2019] Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57355/9789275326985_spa.pdfsequence=1&isAlloed=y
2. Viscaya T, Gásperi R. Necessidades de saúde: uma revisão conceitual e metodológica. Revista Venezolana De Salud Pública [Internet] 2018 [acessado em 8 de setembro de 2019], 1(2): 55-60. Disponível em: <https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/1525>
3. Soares Oliveira et al. Percepção dos usuários sobre suas necessidades de saúde na área da atenção básica do sistema único de saúde. Revista Baiana de Saúde Pública [Internet] 2018 [acessado em 8 set. 2019], 42 (2): 340-352. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129913/rbsp_v42n2_8_2574_final.pdf
4. Aquino V, Lemões M, Lange C, Ocampo C, Hoffmann A, Dos Santos. Necessidades de saúde percebidas pelos idosos. Revista Uruguaia de Enfermagem [Internet] 2023 [acessado em 8 set. 2019], 18(1): 1-18. Disponível em: <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/397/499>.
5. Martínez B, Gallo M, Sanguinetti P, Alvarez T. Primeiros resultados da pesquisa do Programa de Soluções Habitacionais do Banco de Seguridade Social. [Internet]. Montevideu: BPS, 2021. [acessado em 8 de setembro de 2019]. Disponível em: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/18142/1/75.-encuesta-del-programa-de-soluciones-habitacionales.-1er.-resultados.-martinez.-gallo-sanguinetti.-alvarez-y-nunez.pdf>
6. De Souza Minayo C. Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2016.
7. Katayama R. Introdução à Pesquisa Qualitativa: Fundamentos, métodos, estratégias e técnicas. [Internet]. México: Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2014. [acessado em 8 de setembro de 2019]. Disponível em: <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/616f8a7df1823bd0b2a6db1bd1b621eb.pdf>
8. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde. Construindo Saúde ao longo da vida. Conceitos, implicações e aplicação em saúde pública. [Internet]. Washington DC: OPAS, 2021. [acessado em 8 de setembro de 2019]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53368/9789275323021_spa.pdfsequence=3&isAllowed=y
9. Sandoval N, Plaza V. Envelhecimento populacional no Chile: oportunidades e desafios para um fenômeno recente.[Internet]. Chile: RIL Editores, 2018. [acessado em 8 de setembro de 2019]. Disponível em: https://repositorio.uautonoma.cl/bitstream/handle/20.500.12728/3251Necesidades_emergentes.pdf?sequence=1#page=23
10. Vásquez N. Percepção da solidão subjetiva em idosos que moram sozinhos. Revista de informação científica [Internet] 2022 julho-agosto. [acessado em 8 de setembro de 2019]; 101 (4). Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v101n4/1028-9933-ric-101-04-e3746.pdf>
11. Silva A. et. para o. Indicadores de atributos de fragilidade em idosos e percepção de problemas na atenção primária à saúde: resultados do ELSI-Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet] 2021



[consultado em 8 set. 2019]; 37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/w3yDBmdhHBNt5DLwd3zdCKN/abstract/?lang=es>

12. Astorquiza A, Chingal. Como estão nossos idosos? Uma exploração empírica da qualidade de vida dos idosos na Colômbia 0. CEPAL [Internet]2019 [acessado em 8 de setembro de 2019]. Disponível em:

https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45010/RVE129_Astorquiza.pdf

13. Macêdo, Giovanna Gabrielly Custódio, et al. Percepção da qualidade de vida de idosos com feridas crônicas. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social [Internet] 2020 [acessado em 8 set. 2019]; 8(3)Julho-Setembro: 359-369. Disponível em:

https://www.redalyc.org/journal/4979/497963985003/497963985003_1.pdf

14. Moles J, Lopez M, Clavero. Fragilidade e redes sociais em pessoas não institucionalizadas com mais de 75 anos: um estudo transversal RECIEN. Revista Científica de Enfermagem 2020; 20:3-20

15. Hernández Y, Orozco I. Reciprocidade entre os idosos indígenas. Visioni LatinoAmericane é a revista do Centro studi per l'America Latina [Internet] 2019 [acessado em 8 de setembro de 2019]; XI(20): 91-113. Disponível em:

https://www.openstarts.units.it/bitstream/10077/22533/3/VLA_20_2019_Delgado_Mares.pdf

16. Zapata-Herrera M, San Martín – Laverde CM, Hoyos-Duque TN. Compreendendo o vínculo idoso-animal de estimação como alternativa de promoção da saúde. MedUNAB [Internet] 2020 [acessado em 8 de setembro de 2019]; 24(2):193-202 doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4056>

17. Hernández R., et al. Solidão nos idosos. Desenvolvimento psicológico em idosos International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD. Revista Psicologia [Internet] 2019 [acessado em 8 de setembro de 2019]; 2(2): 195-206. Disponível em: https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/14283/1/0214-9877_2019_2_3_195.pdf

18. Tavera-Vilchis, Blanco-Trejo W. Prevalência de depressão em idosos inscritos em programa social de saúde. Aten Fam [Internet] 2022 [citado em 8 de setembro de 2019]; 9(3): 186-190. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.3.82838>

19. Marcet I I, Gimenez M. Avaliação sociofamiliar em idosos. Rev UniNorte Med [Internet] 2021 [acessado em 8 de setembro de 2019]; 10(1): 103-115. Disponível em: <http://investigacion.uninorte.edu.py/rev-uninorte-med-2021-01-06/>

20. Peñaloza V, Paula Sousa F, Araujo de Carvalho H, Denegri Coria M. Representações sociais da dívida do consumidor, diferenças por gênero, idade e grupos de rendimento. Polis [Internet] 2019 [citado em 8 de setembro de 2019]; 18(54): 200-222. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0718-65682019000300200

21. Ministério de Saúde Pública Uruguai. Objectivos Nacionais 2030. [Internet]. Montevideu: MSP; 2020. [acessado em 8 de setembro de 2019] Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-saludpais>

22. Lopez H, Rodriguez A, Alvarez L. Situação de saúde dos idosos atendidos na área de saúde II do município de Cienfuegos. Revista de Informação Científica para Gestão em Saúde [Internet] 2022 [acessado em 8 set. 2019]; 38:1-10. Disponível em: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/445/4453347003/4453347003.pdf>.



23. Uruguai. Ministério da Saúde Pública. Área Programática para Idosos. Guia de Fragilidade em Idosos: critérios práticos e instrumentos de pesquisa no primeiro nível de atenção. Recomendações de cuidados: prevenção, diagnóstico e intervenções. [Internet]. Montevideu: MSP; 2023. [acessado em 8 de setembro de 2019] Disponível em: <https://www.gub.uy/ministeriosalud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-fragilidadpersonasadultas-mayores>
24. Breton A, Corrales-Camacho I, Cordoba M, Acosta Hernandez M, Larancuet-Cueto O, De La Cruz Y. Pesquisa de casos em idosos em 2020 sobre atividades diárias e uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) em tempos de pandemia Sp 2020,9(2). <https://ojs.docentes20.com/index.php/revista-docentes20/article/view/156/417>
25. OPAS OMS 2023 <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-salud-2023-salud-para-todos>
Organização Pan-Americana da Saúde 2017 Saúde nas Américas +, Edição 2017 Resumo: visão geral regional e perfis dos países. Washington, DC: OPAS; 2017. Recuperado em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>
26. Organização Pan-Americana da Saúde. (2021). Série Direitos Humanos e Saúde 5. Idosos Uma abordagem baseada nos Direitos Humanos https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55203/OPSLEGDHdhs5210001_spa.pdfsequence=4&isAllowed=y
27. Torres Arreola, P., et al. (2006). Estudo das Necessidades de Saúde na Atenção Básica por meio do Diagnóstico de Saúde da Família. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13094054>