

Universidade Federal de São Carlos  
Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

**O IDOSO NA AGENDA DE PRIORIDADES DE PESQUISA EM SAÚDE:  
UM ESTUDO NO CAMPO CTS**

Lídia Bonfanti Anitelli

São Carlos/ 2016

LÍDIA BONFANTI ANITELLI

**O IDOSO NA AGENDA DE PRIORIDADES DE PESQUISA EM SAÚDE:  
UM ESTUDO NO CAMPO CTS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre no mesmo Programa sob orientação do Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro.

São Carlos/ 2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar  
Processamento Técnico  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A599i Anitelli, Lídia Bonfanti  
O idoso na agenda de prioridades de pesquisa em  
saúde : um estudo no campo CTS / Lídia Bonfanti  
Anitelli. -- São Carlos : UFSCar, 2017.  
89 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de  
São Carlos, 2016.

1. Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em  
Saúde. 2. Idoso. 3. CTS. I. Título.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

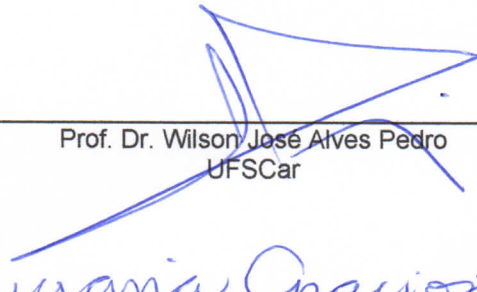
Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

---

**Folha de Aprovação**

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Lidia Bonfanti Anitelli, realizada em 26/02/2016:



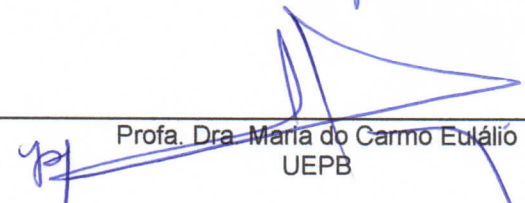
---

Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro  
UFSCar



---

Profa. Dra. Luciana de Souza Gracioso  
UFSCar



---

Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio  
UEPB

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais João e Maria Olga, aos meus irmãos Fábio, Sarah, Esther, Sofia e Arthur e aos meus sobrinhos Lucas, Lívia, Esther, Vitor, Thiago, Teodoro, Mariana e Otávio.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço ao Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro, meu orientador desde a graduação em Gerontologia, que me incentivou e cativou a vontade de continuar a vida acadêmica, desenvolvendo pesquisa sobre envelhecimento com o foco interdisciplinar que o Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade me proporcionou atingir neste momento.*

*Também agradeço aos meus pais João e Maria Olga, aos meus irmãos Fábio, Sarah, Esther, Sofia e Arthur, aos meus sobrinhos Lucas, Livia, Esther, Vitor, Thiago, Teodoro, Mariana e Otávio e à minha madrinha Ethmar que está sempre por perto. São quem me dão força e alegria para lutar e conquistar meus sonhos, sempre com honestidade, humildade, gentileza e amor.*

*Obrigada a todos os colegas de mestrado, especialmente à Turma 2014; aos colegas e amigos do PPPGCTS que fiz durante estes dois anos. A ajuda, atenção, carinho e gentileza que tiveram comigo foram especiais e essenciais para chegar até aqui. Sozinha eu nada conquistaria então, muito obrigada por tudo que fizeram pra mim e por mim! Registro também meus agradecimentos aos colegas do Grupo de Estudos CTS e aos colegas do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Gerontologia Social, que me apoiaram nos aprofundamentos teóricos e nas inquietações decorrentes deste trabalho.*

*Agradeço a CAPES, instituição que financiou a minha pesquisa de mestrado durante os 24 meses de trabalho e também aos sujeitos desta pesquisa, pela disponibilidade das informações.*

*De modo especial, agradeço também à banca de qualificação, Professora Dra Maria do Carmo Eulálio e Professor Dr. Cidoval Moraes de Sousa que atenciosamente corrigiram e deram contribuições muito importantes para a minha pesquisa. À banca de defesa, novamente Professora Dra Maria do Carmo Eulálio e Professora Dra Luciana de Souza Gracioso que prontamente aceitaram meu convite para participar da defesa desta dissertação.*

*Ao Paulo secretário do PPGCTS por nos atender com prontidão e gentileza sempre quando precisamos.*

*Eu agradeço sempre a Deus por ter iluminado meus caminhos e minha história aqui na UFSCar. Tenho um grande orgulho de fazer parte dessa história e dessa história fazer parte da minha vida.*

*Muito obrigada a todos que me ajudaram a chegar até aqui!*

*“O correr da vida embrulha tudo.  
A vida é assim: esquentada e esfria,  
aperta e daí afrouxa,  
sossega e depois desinquieta.  
O que ela quer da gente é coragem”*

*Guimarães Rosa*



## **RESUMO**

O presente estudo buscou investigar o conhecimento e utilização da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – Idoso no desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre gerontologia e envelhecimento, a partir dos aportes teóricos CTS e da Gerontologia, junto aos pesquisadores da região do Departamento Regional de Saúde III – Araraquara/SP. Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo desenvolvido em seis etapas utilizando-se de procedimentos plurimetodológicos: análise documental, levantamento de informações junto ao Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq e entrevistas semi-estruturadas. Pautando-se na Resolução 466/12, todos os aspectos da Pesquisa com seres humanos foram observados, tendo sido aprovado pelo CEP/UFSCar sob o número 1.062.001/2015. Após coleta de informações, os dados foram analisados, apontando-se como resultados a presença de grupos de estudos sobre envelhecimento e gerontologia cadastrados no Diretório de Grupos de Pesquisas do CNPq (n=14) com atuação junto às universidades públicas da região em estudo onde estão concentrados os Grupos. Os Líderes dos Grupos (n=11) têm formações acadêmicas distintas, revelando orientação à interdisciplinaridade. Apesar das evidências indicarem tendência sobre estudos e pesquisas na área da gerontologia e do envelhecimento, constatou-se que o conhecimento sobre a Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde (Idoso) é limitado dentre os pesquisadores, demandando priorizar a disseminação destas informações. O campo CTS revela-se um locus privilegiado para tais discussões, tanto pelo caráter interdisciplinar com que a Gerontologia tem se pautado, quanto pelas lacunas e dimensões sócio-históricas identificadas no presente estudo.

Palavras - chave: Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde; idoso; CTS.

## **ABSTRACT**

This study aimed to investigate the knowledge and use of the National Agenda for Research Priorities in Health - elderly, the development of studies and research on gerontology and aging, from the theoretical contributions of the CTS and Gerontology, together with researchers from the Regional Health Department III - Araraquara / SP. It is an exploratory and descriptive study carried out in six stages using plural methodological procedures: document analysis, collection of information by the CNPq Research Groups Directory and semi-structured interviews. Basing on te Resolution 466/12 all aspects of research with human beings were observed, was approved by CEP/UFSCAR number 1.062.001/2015. After gathering information, the data were analyzed pointing up as a result a strong presence of groups of studies on aging and gerontology registered in the CNPq Research Groups Directory (n=14) acting with the public universities of the study area where groups are concentrated. Leaders of groups (n = 11) have different academic backgrounds pointing trend toward interdisciplinarity. Despite the evidence shows strong tendency on studies and research in gerontology and aging, it was found that knowledge about the National Agenda for Research (Elderly) is limited from the human resources, requiring prioritize the dissemination of this information. The STS proves to be a privileged locus for such discussions both the interdisciplinary character with the Gerontology has been based, as the socio-historical dimensions and gaps identified in this study.

Key-words: National Agenda for Research (Elderly); elderly; STS.

## **Lista de Siglas**

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ANPPS: Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde

BVS: Biblioteca Virtual de Saúde

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CGR: Colegiado de Gestão Regional

CNCTIS: Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CTS: Ciência, Tecnologia e Sociedade

DECIT: Departamento de Ciência, Inovação e Tecnologia

DGP: Diretório dos Grupos de Pesquisa

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRS III: Departamento Regional de Saúde III – Araraquara

FAP: Fundação de Amparo à Pesquisa

FAPESP: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FINEP: Financiadora de Estudos e Pesquisas

IBECS: Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

OEI: Organização dos Estados Ibero-americanos

OMS: Organização Mundial de Saúde

P&D/S: Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde

PNCTIS: Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

PNSI: Política Nacional de Saúde do Idoso

PNI: Política Nacional do Idoso

PPSUS: Programa Pesquisa para o SUS

PSF: Programa Saúde da Família

SCIELO: *Scientific Electronic Library Online*

SCTIE: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SES: Secretarias Estaduais de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UATI: Universidade Aberta da Terceira Idade

UFSCar: Universidade Federal de São Carlos

UNESCO: Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

USP: Universidade de São Paulo

## **Lista de Figuras**

Mapa 1: Departamento Regional de Saúde III – Araraquara.....	20
Figura 1: Pirâmide Etária do Brasil década de 80.....	31
Figura 2: Pirâmide Etária do Brasil em 2008.....	32
Figura 3: Pirâmide Etária do Brasil Atual (2015).....	32
Figura 4: Pirâmide Etária do Brasil Projeção 2050.....	33
Figura 5: Fases do Estudo.....	48
Tabela 1: Bases de dados utilizadas e nº de artigos encontrados.....	49
Tabela 2: População do DRS III por CGR.....	52
Tabela 3: IES que abrangem a região do DRS III e algumas características.....	54
Mapa 2: IES localizadas em municípios que abrangem o DRS III.....	55
Tabela 4: Grupos de Pesquisa e algumas características.....	56
Tabela 5: Perfil dos Líderes dos Grupos de Pesquisa.....	59
Tabela 6: Conhecimento, participação e aproximações com a Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde.....	61

## Sumário

1. Introdução.....	13
2. Objetivos.....	24
3. Justificativa.....	25
4. Revisão bibliográfica.....	26
4.1. O Campo CTS.....	26
4.2. Gerontologia e envelhecimento.....	30
4.3. A Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde: a saúde do idoso em foco.....	39
5. Procedimentos metodológicos.....	48
6. Resultados e discussão.....	51
6.1. Caracterização do DRS III.....	51
6.2. Caracterização das IES: formação de recursos humanos e potenciais de pesquisa.....	53
6.3. IES que abrangem o DRS III.....	54
6.4. Produção e Prioridades de pesquisas na região em estudo.....	56
6.5. Perfil dos Líderes dos Grupos de Pesquisa.....	59
6.6. Conhecimento, participação e aproximações com a Agenda.....	61
6.7. Entrevistas com os Líderes dos Grupos de Pesquisa (fragmentos).....	62
7. Considerações finais: algumas evidências e reflexões.....	72
8. Referências Bibliográficas.....	75
9. Apêndice.....	82
9.1. Autorização.....	82
9.2. TCLE.....	83
9.3. Roteiro de entrevista.....	86
10. Anexo.....	88
10.1. Parecer.....	88

## 1. INTRODUÇÃO

A história populacional brasileira pode ser dividida em três fases que definem suas principais mudanças. A primeira fase, que vai do século passado até aproximadamente 1930, é caracterizada por taxas de natalidade e mortalidade relativamente altas, e, assim, taxas moderadas de crescimento vegetativo. Pode-se considerar a segunda fase dessa história a partir de 1940, quando os níveis de mortalidade começaram a cair rapidamente para todos os grupos etários. Essa queda da taxa de mortalidade foi responsável pela mudança no ritmo do crescimento da população até 1970, já que nas décadas de 50 e 60 o país atingiu o ápice do crescimento, também pelas altas taxas de natalidade. A partir de 1970 as taxas de fecundidade começam a declinar, contrabalançando a redução, ainda em processo, da mortalidade. Inicia-se então a terceira fase da história da população, determinado por uma rápida queda da taxa de crescimento populacional (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004).

O envelhecimento populacional é “um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios” (WHO, 2005, p. 8). A população idosa vem visivelmente crescendo de maneira acelerada no Brasil e no mundo, causando aumento das demandas sociais e econômicas, aponta a Organização Mundial de Saúde (OMS), observando que “são, geralmente ignoradas, como recurso quando, na verdade, constituem recurso importante para a estrutura das nossas sociedades” (WHO, 2005, p. 8). Dados do IBGE (2013) estimam que o Brasil apresente uma população total de 205.453.931 milhões de habitantes, sendo, destes, mais de 22 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2013, eram 22.077.318 idosos, representando 10,98% da população brasileira. Este crescimento ocorre devido ao considerável aumento de expectativa de vida dos brasileiros associado à queda da taxa de natalidade.

O estreitamento da base da pirâmide etária fica cada vez mais acentuado. A cada ano, 650 mil brasileiros passam a fazer parte da faixa etária idosa. De acordo com a projeção de população mais recente (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013), a proporção de jovens de 0 a 14 anos diminui progressivamente e a projeção é que atingirá a proporção de 13% da população brasileira em 2060. No grupo de 30 a 59 anos de idade (adultos), é possível observar que ao longo do tempo este grupo se manterá estável, variando de 41,3% em 2020 a 38% em 2060. Há uma tendência de que o grupo de pessoas idosas

umentará acentuadamente nas próximas décadas, passando de 13,8% em 2020 para 33,7% em 2060, significando um aumento de 20% desta camada da população. Em 2055 a participação de idosos na população total do país será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos de idade. As características mais relevantes para a população idosa são que a maioria é feminina (55,7%), branca (54,5%), urbana (84,3%) e inserida no domicílio como a pessoa de referência (64,2%), principalmente no caso dos homens como pessoa de referência (80,5%). Giddens (2001, p. 145) afirma que “observando as mudanças nas estatísticas demográficas, alguns se referem a este fenômeno como agrisalamento”. No Brasil, há uma tendência a identificar o país como um “jovem país de cabelos brancos” (VERAS, 2009, p.549).

O aumento da expectativa de vida marcou o século XX, principalmente em países industrializados, devido à erradicação de doenças como poliomielite, escarlatina, tuberculose e outras, resultantes da melhoria nos cuidados com alimentação, higiene e saúde. As causas de morte mais comuns passaram a ser as doenças crônicas não-infecciosas, como câncer, doenças cardíacas e diabetes. Desse modo, uma nova abordagem à saúde e aos cuidados médicos faz-se necessária (GIDDENS, 2001, p.140).

As rápidas transformações mundiais, geopolíticas e econômicas, sócio-históricas e culturais científicas e tecnológicas trazem consigo novos riscos e desafios que afetam a saúde, necessitando de cuidados específicos, que fornecem alternativas para escolher o modo de viver e de cuidar da saúde. Despontam no Brasil demandas na formação de profissionais, nos vários níveis de formação, com habilidades e competências voltadas para o emergente campo do envelhecimento e para os problemas sociais que este fenômeno causa. O sistema de saúde e a rede pública de saúde, em especial, necessitam prioritariamente de profissionais efetivamente capacitados para atender às demandas da população idosa (PEDRO, 2013).

Giddens (2001, p. 146) ao analisar os problemas do envelhecimento aponta que:

“embora o envelhecimento seja um processo que apresenta novas possibilidades, ele é também acompanhado por vários desafios desconhecidos. À medida que as pessoas envelhecem, elas enfrentam uma combinação de problemas físicos, emocionais e materiais difíceis de solucionar. Uma das principais preocupações da pessoa idosa é conseguir a independência, liberdade de movimento e habilidade para participar integralmente do mundo social. Mas, como é de se esperar, o envelhecimento não é um fenômeno experienciado uniformemente. Há grandes variações entre as pessoas mais velhas no tocante a seus recursos naturais e a seu acesso a auxílios psicológicos e à saúde. Essas diferenças podem



influenciar o modo como a idade avançada mantém a autonomia e bem-estar”. Afirma ainda que “a classe, o gênero e a raça são influências importantes na experiência do envelhecimento”.

Nestes novos cenários, surgiram no Brasil estudos na área da Gerontologia. Apesar de seus primórdios situarem no século XX, duas experiências inovadoras em universidades públicas brasileiras, no início do século XXI são implantadas pioneiramente ao nível de graduação (bacharelado): primeiramente na Universidade de São Paulo – USP em 2005, e posteriormente, na Universidade Federal de São Carlos – UFSCar em 2009. De modo geral, o objetivo da graduação em Gerontologia é capacitar e habilitar profissionais para integrarem equipes de saúde com um “olhar gerontológico”, pois a assistência à saúde do idoso é uma necessidade urgente e emergente em âmbito nacional. Estes cursos trazem uma grande contribuição para a educação e para o sistema de saúde brasileiro (EACH, 2008; UFSCAR, 2008).

Segunda a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006):

“O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.”

Com Pedro (2012) corrobora-se a compreensão da Gerontologia como um campo de estudos e intervenções multi e interdisciplinares, que vem se desenvolvendo tanto do ponto de vista acadêmico quanto profissional, que tem se dedicado à descrição e explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento, bem como na intervenção de seus determinantes: genético-biológicos, psicológicos e também sócio-culturais. Portanto, a Gerontologia avança enquanto campo científico e uma nova profissão, interessando-se pelas características das pessoas idosas, bem como as experiências de velhice e envelhecimento, ocorridas em diferentes contextos – históricos e sócio-culturais. Estes pressupostos reafirmam a relevância dos estudos sobre envelhecimento em campos interdisciplinares (adj.m. comum a duas ou mais

disciplinas, Koogan/Houaiss, 2000, p. 876) bem como a aderência das investigações sobre Gerontologia no contexto do campo CTS.

Há de se destacar que se os estudos interdisciplinares ganharam mais força em meados dos anos 60, especialmente na França e Itália com os movimentos a favor de universidades mais engajadas com a sociedade e que proporcionassem um ensino menos compartimentado e mais unificado, minimizando barreiras entre disciplinas (FAZENDA, 2008 pág. 165), pela qual perpassa a troca, movimento, interação entre duas ou mais disciplinas, proporcionando uma capacidade crítica no confronto das disciplinas; concomitantemente os estudos CTS surgem refletindo no âmbito acadêmico e educativo suas relações com dimensão social. CTS é um campo de trabalho recente e heterogêneo, de caráter interdisciplinar por convergir disciplinas como filosofia, história da ciência e da tecnologia, sociologia, teoria da educação e economia da mudança técnica. (PALÁCIOS, 2001)

Segundo Palácios (2001, p. 119), o termo Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS) surgiu para definir um campo de trabalho acadêmico que se volta aos aspectos sociais das ciências e da tecnologia, tanto no que concerne às mudanças científico-tecnológicas quanto às conseqüências socioambientais. O objetivo do estudo em CTS é desenvolver uma sensibilidade crítica dos impactos sociais e ambientais que ocorrem devido às novas tecnologias, oferecendo conhecimento básico e contextualizado sobre a questão da ciência e tecnologia aos estudantes, não só das engenharias, mas também de humanidades e ciências sociais (PALACIOS, 2001). Assim argumenta-se que o campo de estudos da Gerontologia tem grande aderência e relevância, no âmbito estudos interdisciplinares e do campo CTS, com potenciais contribuições para os avanços cautelosos dos aportes teóricos e metodológicos da Gerontologia, bem como de sua epistemologia.

Sendo a interdisciplinaridade constituída por um conjunto de conhecimentos formados em diferentes campos de saberes, na prática da pesquisa, do ensino e da extensão; a atividade interdisciplinar é via de regra concebida de uma proposta por e para um tema (em nosso estudo, o processo de envelhecimento), para a qual se voltam empenhos teóricos e metodológicos de pesquisadores e profissionais de várias áreas, teorias, modelos e linguagens. Para Thiesen, 2008 “a interdisciplinaridade é um movimento importante de articulação entre o ensinar e o aprender”. Observa-se o crescente surgimento de experiências inovadoras de forma interdisciplinar na formação (graduação e na pós-graduação) e no mundo do trabalho. A Gerontologia, com seu

emergente estatuto profissional, torna-se um emblemático campo interdisciplinar de investigação e intervenções nas demandas do envelhecimento humano.

(...) “a filosofia toma consciência da importância da dimensão social e do enraizamento histórico da ciência, ao mesmo tempo em que inaugura um estilo interdisciplinar que tende a dissolver as fronteiras clássicas entre as especialidades acadêmicas” (BAZZO, LINSINGEN E PEREIRA, 2003, p.18).

Nesta vertente, esforços vêm sendo conduzidos para o fortalecimento e disseminação da Gerontologia (PEDRO et al, 2012, p. 67), visando suprir lacunas e obstáculos com que importantes segmentos sociais contemplam atualmente o fenômeno científico-tecnológico, pois Ciência e Tecnologia nem sempre vinculam-se as questões sociais do envelhecimento (ANITELLI, PEDRO, 2014; ORLANDI, PEDRO, 2014).

Bazzo (1998, p. 114) comenta que:

“É preciso que possamos retirar a ciência e a tecnologia de seus pedestais inabaláveis da investigação desinteressada da verdade e dos resultados generosos para o progresso humano.”

Em estudos de iniciação científica (ANITELLI, PEDRO, 2014), investigou-se o tema “Prioridades da Produção de Conhecimentos em Gerontologia a Partir do Diretório dos Grupos de Pesquisas do CNPq”. Neste estudo rastream-se as prioridades explicitadas e as possíveis conexões com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Centrados no descritor “Gerontologia”, encontraram-se 65 grupos de pesquisas (sendo n=28, na região sudeste do Brasil). Constatou-se que a maioria dos Grupos de Pesquisa vinculava-se às instituições públicas de ensino superior. Constatou-se também uma tendência de crescimento significativo de grupos de pesquisa na região nordeste (n=2 em 2009 para n= 10 em 2011). A problemática da saúde do idoso no contexto da Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde em suas frentes: 1) Magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde do idoso; 2) Compreensão dos mecanismos das doenças associadas ao processo de envelhecimento; 3) Avaliação de políticas, programas, serviços e tecnologia. Constatou-se a concentração em algumas demandas e ausência e escassez de atenção em outras; constatou-se lacunas em algumas prioridades, aderência em algumas frentes e novas proposições complementares a esta. Destaca-se ainda a relevância do pressuposto da referida Agenda: respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a inclusão seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o

desenvolvimento das políticas sociais que são extremamente relevantes para os avanços de estudos e pesquisas no campo da gerontologia (BRASIL, 2006).

Demonstra-se assim uma preocupação e demanda urgente e emergente no país de produção de conhecimentos sobre a saúde do idoso, configurando um legado de produções, como é o caso do importante documento elaborado pelo Ministério da Saúde, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, ANPPS (BRASIL, 2006).

Na introdução do documento (BRASIL, 2006, p.5) afirma-se que

“(…) a construção e implementação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde é um processo político que busca, em todas as suas etapas, a ampla participação de atores com experiências e linguagens distintas tanto da pesquisa como da saúde. A articulação em torno da Agenda é a ação mais importante na legitimação deste instrumento na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no País, e permitirá que prioridades de pesquisa em saúde estejam em consonância com os princípios do SUS” (BRASIL, 2006, p. 5).

Nesta, sub-agendas são apresentadas para definir os temas de pesquisa, onde a saúde do idoso é contemplada e estruturada em três eixos (BRASIL, 2006, p.19):

- Magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas da saúde do idoso;
  - Compreensão dos mecanismos das doenças associadas ao processo de envelhecimento;
  - Avaliação de políticas, programas, serviços e tecnologias, sendo que esta última terá maior enfoque neste estudo, pois propõe:
1. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e do Estatuto do Idoso:
    - 1.1. Identificação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos;
    - 1.2. Avaliação do impacto de modelos de atenção e da utilização dos serviços de saúde:  
Programa Saúde da Família e de Agentes Comunitário de Saúde;
    - 1.3. Desenvolvimento de indicadores para monitoramento das políticas públicas.
  2. Avaliação periódica da qualidade da atenção ao idoso no sistema hospitalar e asilar do SUS e da saúde suplementar.

3. Avaliação dos programas e estratégias de orientação às famílias e aos cuidadores responsáveis por idosos dependentes.
4. Avaliação das práticas e políticas de prescrição, obtenção e utilização de fármacos por idosos.
5. Desenvolvimento e avaliação de mecanismos de vigilância à saúde da população idosa.
  - 5.1 Desenvolvimento e avaliação de estratégias de reabilitação:
    - 5.1.1 Gerotecnologia assistida;
    - 5.1.2 Acessibilidade universal;
    - 5.1.3 Reabilitação funcional no que se refere à fragilidade, imobilidade, instabilidade, iatrogenia, incontinências, disfunção cognitiva, infecções, desnutrição, edentulismo e outros agravos de saúde bucal.
6. Desenvolvimento e validação de instrumentos de aferição de saúde e
7. Qualidade de vida dos idosos.
8. Desenvolvimento de tecnologia de autocuidado.

Uma experiência no campo de prática profissional no último ano do curso de graduação em Gerontologia me mobilizou e despertou interesse em problematizar, sistematizar e aprofundar a presente proposta de estudo, ou seja, os aspectos da Agenda de Prioridade de Pesquisa em Saúde do Idoso na região de abrangência do Departamento Regional de Saúde, DRS III – Araraquara. No ano de 2012 realizei estágio eletivo de interesse junto ao DRS III localizado na cidade de Araraquara – SP, onde foram desenvolvidas atividades na área da saúde, incluindo saúde do idoso (BRASIL, 2015).

Pude então conhecer mais profundamente este universo. Vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, este Departamento é um dos 17 Departamentos Regionais de Saúde, conforme Decreto DOE nº 51.433, 2006. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2003): “Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa”, sendo os DRS responsáveis por coordenar ações de saúde em âmbito regional, de acordo com as necessidades e solicitações do Governo do Estado (BRASIL, 2015; BRASIL, 2003).

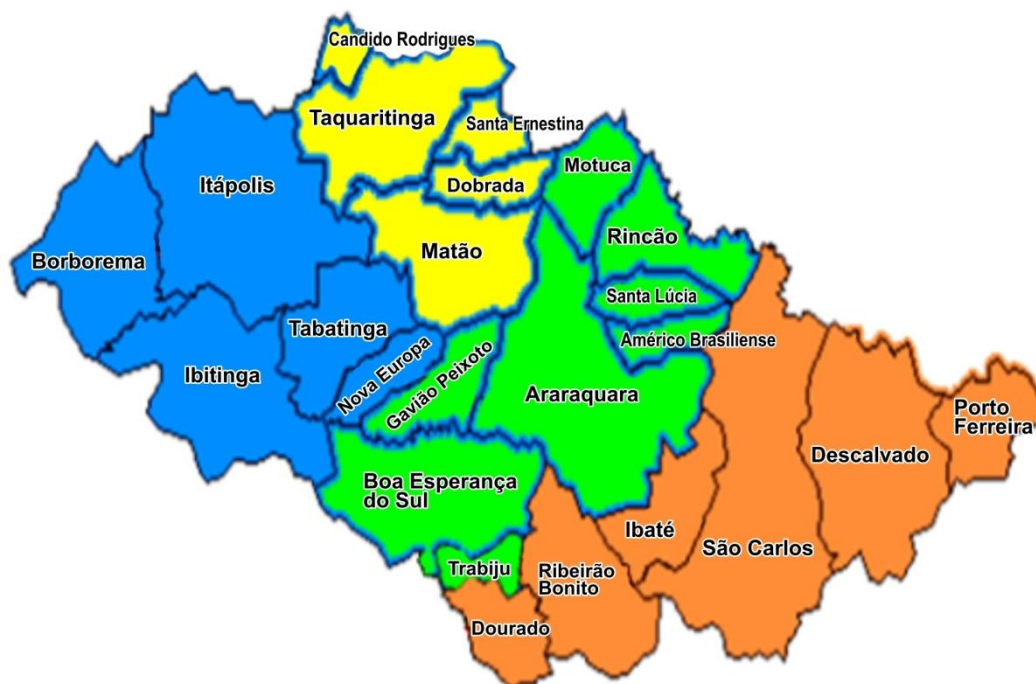
Localizado no interior do Estado de São Paulo, o DRS III – Araraquara abrange uma área de 24 municípios, atendendo uma população total de 974.410 habitantes, e população de idosos de 117.322 habitantes nesta mesma região, numa proporção de 12,04%, onde predominam populações de até 20 mil habitantes (sendo 14 municípios): quatro destes municípios somam menos de cinco mil habitantes cada; seis possuem entre cinco e 10 mil habitantes e quatro possuem entre 10 e 20 mil. Somente dois reúnem mais de 200 mil habitantes, sendo eles São Carlos e Araraquara. A média nacional de pessoas com 60 anos ou mais é de 10,98% enquanto na região do DRS III a proporção é maior; os 24 municípios que compõem a região oscilam entre 7,38% e 18,9% (PEDRO, 2013).

Para articular as ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação, as ações do DRS contavam, além da equipe técnico-administrativa, com a representação de pelo menos um articulador de saúde da pessoa idosa por município, cujo trabalho é promover ações ao nível municipal. No ano de 2012, os articuladores reuniam-se mensalmente, sob a responsabilidade de uma técnica do DRS (com assessoria de docente da UFSCar), visando organização intersetorial da rede de saúde da pessoa idosa, bem como a identificação de demandas e necessidades de gestores, profissionais, serviços e usuário. Meu papel enquanto estagiária da graduação em gerontologia consistia em apoiar o levantamento de necessidades e desenvolver ações integradas de gestão e educação permanente dos atores envolvidos.

Observa-se ainda que nesta região, dois dos municípios que apresentam maior número de população (São Carlos e Araraquara), possuem um número maior de articuladores (em média quatro) atuando na área de saúde da população idosa. Porém, estes números variam, em razão de questões administrativas locais e disponibilidade de recursos dos municípios.

O Departamento é subdividido em quatro Colegiados de Gestão Regional (CGR), nomeados: Região Central, Região Centro-Oeste, Região Norte e Região do Coração. Para uma melhor caracterização desta região, apresenta-se a seguir um mapa dos municípios da Região descrita, sendo que as cores delimitam os Colegiados de Gestão Regional.

Mapa 1: Departamento Regional de Saúde III – Araraquara.



Fonte: Departamento Regional de Saúde III – Araraquara, 2012.

Dentre as inúmeras ações que são realizadas nesta região, destacam-se atividades de ensino, pesquisa e extensão no campo do envelhecimento, especialmente as desenvolvidas pelo curso de graduação em Gerontologia e pelos grupos de pesquisas com ênfase na área do envelhecimento humano, da Universidade Federal de São Carlos, demandando constantemente conhecimento dos recursos disponíveis (PEDRO, 2013). Estas atividades vêm sendo desenvolvidas em vários contextos desde 2009, em sintonia com as demandas, legislação e avanços possíveis para a promoção da saúde e bem-estada pessoa idosa, nesta região.

O confronto entre a experiência da investigação científica e a realidade constatada no campo de prática demonstrou-se latente, sensibilizando a conhecer as lacunas existentes sobre a compreensão da Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde (Idoso) e demandas de pesquisa nessa região delimitada para o estudo. Se, de um lado, eu finalizava um processo de investigação científica caracterizando o contexto nacional de grupos de pesquisa e as lacunas da agenda; concomitantemente inseria-me num cotidiano macro-regional que apontava possibilidades, mas que também reproduziam algumas lacunas, potências e tendências.

Ao finalizar a graduação, me desperta o desejo e a necessidade em continuar minha formação, surgindo a possibilidade de aproximar-me do campo CTS através do Programa de Pós-Graduação Ciência, Tecnologia e Sociedade, onde apresento esta dissertação de Mestrado, possibilitando uma nova síntese, do encontro entre a Gerontologia e os estudos interdisciplinares, potencializando assim, compreender: o que se tem investigado sobre a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde nesta região? Quem são os atores envolvidos? Quais temas estão em evidência? Quais lacunas existem?

A pesquisa, então, ocupa-se da observação do contexto no qual é detectado o problema que passa a ser analisado, e, no momento seguinte, encaminhado para esclarecimentos por meio de métodos etécnicas, descritas a seguir (FACHIN, 2006).

Pedro e Ogata (2008, p. 283) analisaram que,

“O objetivo final de qualquer trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço é o compromisso e a responsabilidade de pautar as ações em saberes tecnológicos, de natureza material e não material na produção do cuidado individual ou coletivo que busque a cura da doença, a promoção da saúde, e a melhoria da qualidade de vida.”

Para Merhy (2003, p.23) *apud* Pedro e Ogata (2008, p.283), “as tecnologias em saúde que produzem o cuidado são configuradas a partir do arranjo entre as dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde.”

Existe uma necessidade permanente de gerar informações e desenvolver maneiras mais efetivas de proteger e promover a saúde. A pesquisa em saúde é indispensável ao crescimento e desenvolvimento do país. Sejam públicas ou privadas, contribuem para a saúde diretamente (terapias, intervenções, diagnósticos, tecnologias) e indiretamente por meio do impacto da melhoria da saúde na economia e outros setores (BRASIL, 2007).

Neste sentido, justifica-se e demonstra-se a relevância de investigar a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde do Idoso, considerando características específicas relevantes do processo de envelhecimento (e a interface com o conhecimento dos pesquisadores sobre esta Agenda e) sob os aportes teóricos interdisciplinares da Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Sob a luz das Ciências Humanas e Sociais, Pedro (2013, p.30) defende que

“(…) é preciso canalizar esforços num exercício interdisciplinar, visando à construção de condições objetivas e subjetivas para



um envelhecimento humano digno no Brasil, quando a Ciência e a Política têm muito que “dialogar”.

A presente dissertação está estruturada da seguinte maneira: após esta breve contextualização do tema-problema de pesquisa, apresentam-se os objetivos gerais e específicos, seguidos de justificativa e da revisão bibliográfica onde o tema-objeto de estudo é revisado. Apresentam-se os procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa, seguidos dos resultados, discussão e análise dos dados e conclusão.

## **2. OBJETIVOS**

### **Geral**

Analisar o conhecimento da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (Idoso) junto aos pesquisadores da região do DRS III – Araraquara.

### **Específicos**

- a) Caracterizar o perfil dos Grupos de Pesquisa sobre envelhecimento/gerontologia na região em estudo;
- b) Identificar prioridades de ações voltadas para saúde do idoso na região do DRS III - Araraquara;
- c) Descrever as lacunas e prioridades da Agenda na região em estudo.

### **3. JUSTIFICATIVA**

Considerando o crescimento irreversível da população idosa no Brasil – suas demandas e paradoxos, o país depara-se com a demanda por serviços e profissionais especializados na área de saúde do idoso. O desenvolvimento de pesquisas na área faz-se necessária para fortalecer o campo e direcionar os investimentos públicos.

Sendo o curso de graduação em Gerontologia pautado nos aportes interdisciplinares (UFSCar, 2009), o que me permitiu explorar as investigações sobre Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no campo no âmbito do campo Ciência, Tecnologia e Sociedade.

A formação do profissional em Gerontologia tem se estruturado em dois eixos transversais: pesquisa e gestão, reafirmando sua a relevância deste estudo.

Observa-se ainda que a natureza e o contexto interdisciplinar do campo CTS propiciam aproximações, diálogos e produções para os avanços dos estudos sobre o processo de envelhecimento, partindo-se do princípio epistemológico e saberes para a análise e compreensão dos avanços científicos e tecnológicos (ORLANDI, PEDRO, 2016)

A região em estudo - Departamento Regional de Saúde III – Araraquara, apresenta importante contingente e especificidades da população de idosos e desenvolve ações e projetos (inclusive de pesquisas) relevantes nessa área, carecendo, portanto, de estudos e intervenções e concentrando experiências inovadoras na formação de recursos humanos para a área do envelhecimento.

## **4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **4. 1. O Campo CTS: interdisciplinaridade**

O termo “ciência” deriva do latim “*scientia*”, que corresponde a “conhecimento”, “saber”. O ponto de vista tradicional vê a ciência como independente, objetiva e neutra, baseada em uma racionalidade alheia a qualquer tipo de interferência externa. O desenvolvimento científico é então considerado um processo que utiliza auto racionalidade com relação a fatores externos como situação social, política, condições psicológicas (PALACIOS et al, 2001).

Há de se destacar que a filosofia de Thomas Kuhn trouxe à tona a conscientização sobre a importância da dimensão social na ciência, instaurando então um estilo interdisciplinar que tendeu a derrubar barreiras tradicionais entre especialidades acadêmicas. Dentre as importantes contribuições de Kuhn está a análise de que há a necessidade de recorrer aos estudos sociais da ciência para explicar a produção, manutenção e troca de teorias científicas. Nem mesmo a diversidade da ciência na prática chega a dar conta de todos os usos do vocábulo ciência (PALACIOS et al, 2001).

O termo “Ciência, Tecnologia e Sociedade” (CTS) é utilizado para definir o campo de trabalho acadêmico que tem como objeto de estudo os aspectos sociais da ciência e tecnologia, as consequências sociais e ambientais e os fatores sociais que influenciam a mudança científico-tecnológica. Sendo a sociologia o estudo da vida social humana (comportamento em grupos e sociedades), na sociologia da ciência encontra-se a investigação da relação entre o conhecimento científico e o contexto social no qual é produzido. As questões da Ciência e Tecnologia extravasaram o meio acadêmico para transformar-se em centro de atenção e interesse da sociedade (PALACIOS, 1994; GUIDDENS, 2001; PALACIOS et al, 2001; ZAUITH, OGATA, 2009).

Durante muito tempo, predominantemente a sociologia do conhecimento ficou confinada ao campo das crenças do senso comum, dando um status particular ao conhecimento científico, que parecia “impermeável” aos estudos e teorias sociológicas. A ciência conduzia-se para o caminho da investigação histórica das descobertas científicas para explicar o surgimento de novas teorias ou o desprestígio de antigas disciplinas. A trajetória da ciência seguia uma lógica própria que era estabelecida pela natureza específica do conhecimento científico (PALACIOS, 1994).

O fim da Segunda Guerra Mundial marcou o “antes e depois” das relações entre ciência e sociedade. Os cientistas também reconheceram a importância de desenvolver pesquisas interdisciplinares. Os estudos CTS datam do final dos anos 60 e início dos anos 70, definindo atualmente um campo de trabalho (então) recente e heterogêneo, de caráter interdisciplinar por ter disciplinas como filosofia e história da ciência e da tecnologia, sociologia do conhecimento científico, e outras. Estes estudos procuram entender antecedentes sociais e consequências sociais e ambientais da mudança científico-tecnológica. Questões como valor moral, princípios religiosos, interesses profissionais, pressão econômica desempenham um papel essencial na conduta destes estudos. A institucionalização da sociologia da ciência (chamado Programa Forte da sociologia do conhecimento – Escola de Edimburgo) proporcionou a expansão dos limites fixados para a pesquisa sociológica da atividade científica e incentivou um esforço de delimitação teórica e metodológica diante às outras disciplinas envolvidas com o estudo do conhecimento científico (PALACIOS, 1994; PALACIOS et al, 2001; CUEVAS, 2008).

No campo da educação, em vários países, têm surgido programas e estudos em CTS em nível de ensino médio e universitário. O objetivo é despertar nos estudantes um senso crítico sobre os impactos sociais e ambientais que as novas tecnologias causam, assim como o papel político que estes estudos (e os pesquisadores) desempenham na sociedade. O impulso desta investigação acadêmica está vinculado às universidades, órgãos governamentais como a UNESCO ou a Organização de Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI). Um ensino mais reflexivo e contextualizado tem conseguido penetrar os processos educativos fazendo este campo cada vez mais promissor acerca da Ciência, Tecnologia e Sociedade, enfatizando a quebra de fronteiras inflexíveis e excludentes entre os saberes (PALACIOS et al, 2001; PINHEIRO, SILVEIRA, BAZZO, 2007).

Comparando com países da Europa e Estados Unidos, os estudos sociais em ciência e tecnologia ainda são incipientes no Brasil. O surgimento de pós-graduação, periódicos e congressos nessa área é recente. Os estudos em CTS têm uma multiplicidade de abordagens, tendo em vista compreender seus objetos de estudo na sociedade contemporânea: a ciência e a tecnologia. Entre os anos de 40 e 60, esses estudos ganharam maior expressão com autores como Robert K. Merton e outros influenciados pelas abordagens de Marx. O amadurecimento dessas pesquisas perdura até os dias atuais, destacando a institucionalização de grupos e linhas de pesquisa em

programas de pós-graduação. Alguns autores importantes que deram visibilidade aos estudos sociais em ciência e tecnologia são Latour, Bloor, Bourdieu, Collins, entre outros. As diversas abordagens e focos destes estudos têm em comum a tendência de refletir o conhecimento científico no âmbito do “mundo da práxis cotidiana”, não mais no âmbito mais tradicionalista decorrente da filosofia da ciência. Ou seja, como ciência “deveria ser” (PREMEBIDA, NEVES, ALMEIDA, 2011).

A faceta tecnológica marca o mundo contemporâneo, sendo que o termo tecnologia, antes ligado a uma aplicação da ciência, hoje se tornou parte integrante da vida das pessoas e ganhou diversas conotações, marcado por um caráter polissêmico. Shapin e Schaffer (2005) articulam três tipos de tecnologias à produção do conhecimento e objetos científicos: material, social e literária. As tecnologias materiais representam os aparatos laboratoriais, instrumentos e aparelhos necessários à produção de artigos experimentais, à simulação de fenômenos naturais e à criação de procedimentos de utilização destes equipamentos. As tecnologias sociais organizam as formas de legitimidade e credibilidade dos resultados de experimentos científicos. Por meio delas se ordena a comunidade científica. As tecnologias literárias ou tecnologias de inscrição são o modo como se representa (por meio de inscrições) os objetos do conhecimento, a forma de fazer circular o conhecimento por meio de um contexto fora do local e momento de produção (como laboratórios, por exemplo). As “três tecnologias” envolvem vários fatores tais como experiência acadêmica, tipos de equipamentos utilizados nos experimentos e a rede institucional à sua volta, métodos utilizados, acesso a recursos materiais, publicação em periódicos e quem os publica, não só envolve uma relação cognitiva de recíproco apoio entre teoria e manipulação experimental (PRAIA, CACHAPUZ, 2005; PREMEBIDA, NEVES, ALMEIDA, 2011).

A prática política sempre é influenciada de alguma forma pelo contexto sociopolítico, e não há observação empírica de cientistas buscando uma verdade somente pela vontade de conhecê-la, tendo em vista o grau de influências e complexidade da ciência e tecnologias atuais. “Ou seja, a ciência bem sucedida é aquela que soube utilizar o “social” a seu favor” (PREMEBIDA, NEVES, ALMEIDA, 2011).

Para os Estudos em Ciência, Tecnologia e Sociedade, a ciência não é um conjunto invariável de conhecimentos. Contextos materiais e discursivos são instâncias inseparáveis do conhecimento. Isso justifica porque alguns experimentos são inviáveis de se entender e se reproduzir somente com teorias, relatórios e manuais; é preciso um

aparato material e razoável domínio de inscrição feito entre natureza e suporte teórico das experiências científicas. De maneira simplista, a produção de conhecimento científico é estabelecida por apanhado de problemas e questões materiais, como por exemplo, aparato laboratorial, instrumentos para simulação de fenômenos naturais, produção de objetos experimentais e teóricos e a criação de procedimentos destes instrumentos e aparelhos (PREMEBIDA, NEVES, ALMEIDA, 2011).

As áreas temáticas expandidas pelo conhecimento científico e as revoluções tecnológicas são de amplo interesse para as ciências humanas. A dinâmica tecnológica e científica concretiza novas configurações de mundo, e é nesse cenário que as ciências humanas tornam-se ferramentas na busca de analisar e apurar esta expansão (PREMEBIDA, NEVES, ALMEIDA, 2011).

Premebida, Neves e Almeida, 2011, p. 39, afirmam que

“Já que as ciências humanas não participam ativamente da produção laboratorial, têm, ao menos, o papel de tornar pública a rotina de produção dos artefatos tecnológicos, dos interesses envolvidos, das tendências de conjunção da tecnologia, da produção discursiva e dos possíveis impactos socioambientais provenientes da sua disseminação.”

Pedro (2011) destaca que a integração de saberes científicos e tecnológicos é emergente para aprimorar as intervenções junto às pessoas idosas; no âmbito coletivo e individual de gênero, classe social, raça, etnia e outros aspectos, e que o campo CTS pode contribuir fortemente para este movimento. A complexidade das demandas e especificidades de saúde dos idosos na conjuntura brasileira é desafiadora para a integração ensino - pesquisa - extensão nas Universidades.

Em 2007, surge, na Universidade Federal de São Carlos, o PPGCTS – Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade e em 2012 teve aprovado o doutorado, cuja primeira turma iniciou-se em 2013. O objetivo deste Programa é formar mestres e doutores para desenvolver pesquisas, exercer docência e atividades profissionais nas áreas de atuação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, propagando novos conhecimentos e práticas relacionados às Dimensões Sociais da Ciência e da Tecnologia, da Gestão Tecnológica e Sociedade Sustentável, e Linguagens, Comunicação e Ciência (PPGCTS, 2016).

## 4.2. Gerontologia & Envelhecimento

Os fatores determinantes do envelhecimento de uma população são ditados pela conduta de suas taxas de fertilidade e de mortalidade. Uma população envelhece quando cai o índice de fertilidade (menor nascimento de crianças na população); se há concomitantemente ou posteriormente uma diminuição das taxas de mortalidade (e conseqüentemente um aumento da expectativa de vida – prolongamento da sobrevivência), o processo de envelhecimento vai se caracterizando e se tornando mais acentuado. Esse processo é normalmente conhecido como “transição epidemiológica”. O que tornou o Brasil um país longevo foram as transições resultantes de mudanças nas taxas de mortalidade e fecundidade, em ritmos antes nunca vistos. Em menos de 40 anos, a população foi de um cenário demográfico de altas taxas de natalidade e mortalidade para um com baixa mortalidade e em seguida, baixa fecundidade. Essas taxas se alteraram devido à ampliação das redes de água e esgoto, controle de doenças infecto-contagiosas, aumento da cobertura vacinal e da atenção à saúde, urbanização e transformações nos processos produtivos e de organização do trabalho e da vida. Até a década de 50, o país tinha características demográficas que demonstravam uma população bastante jovem, com altas taxas de fertilidade e taxas de mortalidade que estavam começando a cair. No Brasil, as taxas de fertilidade diminuíram em cerca de 30%, entre 1970 e 1980. As taxas de mortalidade no país diminuíram desde o início do século XX, assim, a expectativa de vida ao nascer passou de 33.7 anos em 1900 para 63.5 anos em 1980 (KALACHE, 1987; MINAYO, 2002; LEBRÃO, 2007; VERAS, 2009). Nesta perspectiva, os processos de envelhecimento ganham cada vez mais relevância nos estudos – individuais e coletivos.

O Brasil, composto atualmente por uma população de mais de 200 milhões de habitantes, tem sua história populacional iniciada há mais de 100 anos. As migrações resultaram na miscigenação e crescimento elevado da população no final do século XIX. No final da Segunda Guerra Mundial, a alta taxa de fecundidade e a redução da mortalidade infantil levaram a um grande crescimento populacional entre as décadas de 50 e 70, caracterizando o período como “baby boom”. Porém, a partir dos anos 70, iniciou-se um processo de queda da natalidade e redução da mortalidade. Essas importantes mudanças ocorridas evidenciam a revolução demográfica (MINAYO, 2012; CAMARANO, 2013).



No início do século XX, a esperança de vida no país era de 33,5 anos. Em 2013, as projeções demonstravam que os brasileiros tinham uma expectativa de vida de 78,5 anos para as mulheres e 71,3 para os homens, sendo a média para ambos os sexos 74,9 anos. Vive-se mais tempo e nascem menos crianças. Estes processos estão resultando na contração e envelhecimento da população, que já supera a população idosa de alguns países europeus como a França, Inglaterra e Itália (de acordo com a avaliação das Nações Unidas). Ou seja, o Brasil não é mais um país de jovens, ao mesmo tempo em que cresce a proporção de idosos no campo demográfico, diminui o número de crianças e jovens. As crianças nascidas durante o “baby boom” estão envelhecendo e transformando este período em “elderly boom” (MINAYO, 2012; CAMARANO, 2013; PEDRO 2013).

As figuras a seguir mostram as modificações das Pirâmides Etárias em três períodos: 1980, 2008 (quando o aumento foi de quase 700% em relação a 1960), 2015 e projeções para 2050.

Figura 1. Pirâmide Etária do Brasil na década de 80. Fonte: IBGE, 2015.

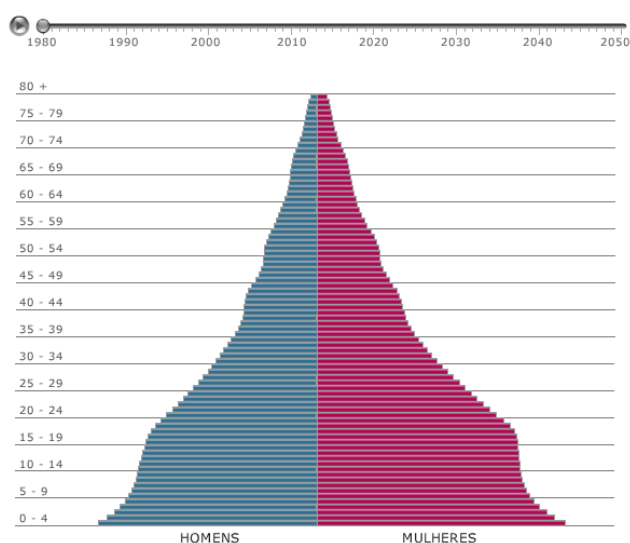


Figura 2. Pirâmide Etária do Brasil em 2008. Fonte: IBGE, 2015.

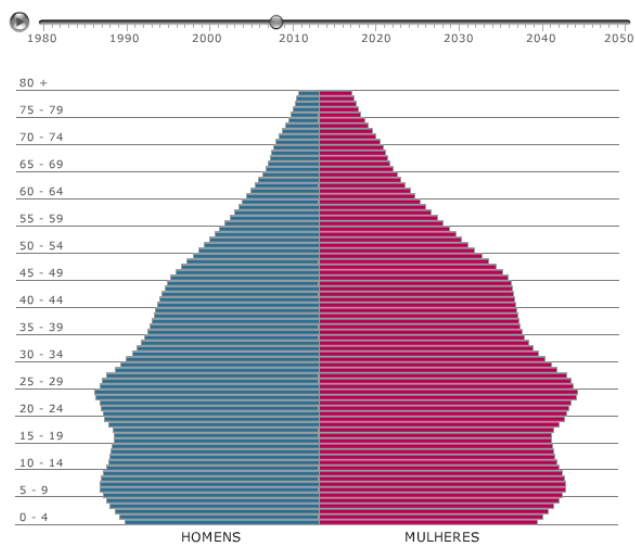


Figura 3. Pirâmide Etária do Brasil Atual (2015). Fonte: IBGE, 2015.



Figura 4. Pirâmide Etária do Brasil Projeção 2050. Fonte: IBGE, 2015



Como podemos observar nas figuras, até a década de 80, a base da pirâmide era “larga”; o que representa maior quantidade de crianças e jovens dentre a população, sendo o Brasil “um país jovem” (Figura 1). A partir de 1980, o Brasil já estava passando pela transição demográfica, demonstrada nas figuras seguintes (2 e 3), que mostram o panorama em 2008 e o atual da população brasileira. A figura 4 mostra a projeção da população no ano de 2050, onde podemos observar uma base mais estreita e o alargamento do topo da pirâmide. Estima-se que, em 2025, terá 32 milhões de pessoas idosas no Brasil, o que representa que o país será a 6ª população no mundo em número de idosos (BRASIL, 2015).

A camada de muito idosos, ou seja, pessoas com 80 anos ou mais é o segmento que cresce mais rapidamente, pois apresenta um crescimento maior do que as outras parcelas da população, cerca de 4% ao ano. Outro fenômeno característico do envelhecimento populacional no mundo é a feminização da velhice, ou seja, as mulheres vivem mais do que os homens. O Censo 2000 mostrou que, no Brasil, para as idades de 65 anos ou mais, existiam 82 homens para cada 100 mulheres (OMS, 2002; LEBRÃO, 2007).

Os desafios e impactos na nova “ordem demográfica” são grandes: o envelhecimento do Brasil, para grande parte da população, está acontecendo em meio a condições de vida ainda muito desfavoráveis. O idoso se tornou prioridade recente, o que não é observado nos países industrializados da Europa, e a posição que ele ocupa na

sociedade tem mudado de forma importante, pois “o envelhecimento já não é o que foi”. O objetivo na atenção à saúde do idoso que se faz cada vez mais necessária é de manter ativamente na comunidade o maior número de idosos, colaborando assim, para manter o grau de autonomia (e dignidade) pelo maior tempo possível (KALACHE, 1987; GIDDENS, 2001).

O envelhecimento só pode ser considerado uma real conquista se estiver associado à qualidade nesses anos a mais de vida. Chegar à velhice é, atualmente, uma realidade de países até mesmo mais pobres; é uma realidade que afeta o cenário mundial. “Envelhecer não é mais privilégio de poucos.” A velocidade com que ocorrem as mudanças demográficas preocupa gestores e pesquisadores do sistema de saúde, repercutindo para a sociedade como um todo, principalmente pensando nas questões de desigualdade, pobreza e fragilidade das instituições. Em 1960, o número de idosos no país era de aproximadamente três milhões, e mais que dobrou em um período de 15 anos, passando para sete milhões em 1975. Em 2002 eram 14 milhões (500% de aumento em 40 anos) e em 2008, esse número era de 20 milhões, representando um aumento de quase 700% em um período menor de 50 anos. Por exemplo, na Bélgica a população dobrou de tamanho em um período de cem anos (LIMA-COSTA, VERAS, 2003; VERAS, 2009).

Entretanto, o envelhecimento da população brasileira está ocorrendo antes de o Estado brasileiro se preparar adequadamente para este fenômeno. A maior carga de doenças crônicas na população gera mais incapacidades e aumento da demanda por serviços de saúde. Questões sociais básicas, como saúde e educação entraram em pauta nas agendas de políticas públicas. Ainda não se sabe ao certo como sobreviverão os longevos nas condições de saúde, autonomia e renda devido à precariedade dos investimentos públicos, enquanto é certo o crescimento acelerado da população idosa nos próximos 30 anos. É preciso investir em recursos humanos tanto em quantidade como em qualidade para que o país consiga atender as necessidades emergentes (VERAS, 2009; CAMARANO, 2013).

As transformações da população brasileira têm consequências para todas as faixas etárias e implicações em todo o ciclo de vida, sendo urgente a execução de novas formas de organização social e de políticas em conformidade com as novas demandas. A questão da aposentadoria terá de ser reavaliada e seu processo adiado, na medida em

quem aumenta o número de pessoas idosas, acima dos 60, 70, 80 até 100 anos(CAMARANO, 2013).

A concepção sobre velhice “envelheceu”, pois os padrões que anunciavam sua chegada se tornaram obsoletos. Existem muitos estereótipos errôneos de pessoas mais velhas, pois o envelhecimento é heterogêneo; existem variações significantes do estado de saúde e nível de dependência de pessoas idosas que tem a mesma idade; cada indivíduo vivencia a velhice de uma forma única, considerando características de gênero, etnia, classe social e história de vida (condições de saúde e educação). Os idosos não podem mais ser descartados; os anos mais longevos estão sendo cada vez mais vistos como fase de oportunidades e celebrações, pois eles podem e devem fazer parte do desenvolvimento social, econômico, político e cultural do país. A geração que envelhece está mais produtiva e criou outro significado para o envelhecimento, tornando-o mais ativo e prazeroso, o que permite continuar crescendo, aprendendo e explorando e representando um recurso vital para as famílias e sociedade. Muitos idosos continuam a trabalhar após aposentar-se. Porém, existe uma camada da população idosa que é debilitada, com autonomia comprometida, sem rendimentos próprios e que têm sérios problemas de saúde física e mental. O tratamento para estes idosos requer um grande dispêndio de recursos financeiros e de cuidados de profissionais especializados, o que requer a formação adequada de cuidadores e profissionais de saúde. É fundamental investir na promoção de saúde e autonomia da população idosa, assim como promover atenção e ações adaptadas às suas necessidades. Dessa maneira, essa revolução demográfica representa uma conquista e também uma responsabilidade para os gestores públicos e a sociedade (GIDDENS, 2001; MINAYO, 2002; OMS, 2002).

A Organização Mundial de Saúde, em 2002, lança um importante documento “Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas”, marco internacional disparador para subsidiar informações e contribuições sobre políticas e diretrizes do envelhecimento ativo e saudável. A Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento sucedido no mesmo ano em Madri, Espanha. Defendendo o envelhecimento como uma experiência positiva, a OMS adotou, no final dos anos 90, a expressão “envelhecimento ativo” para designar a conquista dessa experiência (OMS, 2002).

Dessa forma, a OMS (2002), define envelhecimento ativo como:

“(...) processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2002, p.13)

É fundamental que as pessoas mantenham o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida com proteção, segurança e cuidados específicos. O termo “ativo” refere-se não somente à capacidade de manter-se ativo fisicamente como também à participação em questões de cunho social, político, cultural, espiritual e civil, ou seja, há uma interconexão de fatores biopsicossociais na promoção da saúde. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida com qualidade para todos os indivíduos que estão envelhecendo, incluindo o que apresentam fragilidades e perda de capacidades em diferentes níveis. “Se as pessoas envelhecerem com uma saúde melhor, as despesas médicas, provavelmente, não aumentarão de modo tão rápido” (OMS, 2002; MARTIN, GILLEN, 2013).

A região do DRSIII – Araraquara/SP pode ser considerada uma singularidade na promoção de experiências do envelhecimento ativo, a ser confirmada nos espaços públicos desta região: praças (inclusive praças do idoso), eventos, universidades e outros. Apesar destas confirmações, ainda é preciso caminhar muito quando o tema é envelhecimento (PEDRO, 2013).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa também é um exemplo de atenção às questões de promoção do envelhecimento ativo, ou seja, manter a capacidade funcional e a autonomia durante a velhice, baseando-se no reconhecimento dos direitos dos idosos e nos conceitos de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização que foram estabelecidos pela ONU (WHO, 2002). Cabe um destaque, neste trabalho, para as diretrizes: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Os primórdios da história da Gerontologia, enquanto ciência, têm como característica a crença de que velhice era um declínio físico e mental. Em 1903, Metchnikoff questiona essas características e a define (Gerontologia) como o “estudo científico da velhice”, conceito multifacetado que se estende para além da ciência biológica (Medicina) que até então prevalecia, trazendo à tona o eixo interdisciplinar da Gerontologia. A importância social do envelhecimento ganha força a partir de

Metchnikoff. Atualmente está institucionalizada e vinculada a organizações e associações que reconhecem sua importância (ALKEMA, ALLEY, 2006; MARTIN, GILLEN, 2013).

Os aspectos biopsicossociais são característicos dos estudos em Gerontologia e há três termos essenciais que norteiam este campo: envelhecimento, pessoas idosas e idade. Existem fatores que envolvem este estudo, tais como questões históricas, políticas, culturais, econômicas que podem influenciar a qualidade de vida da pessoa que envelhece. Considerando essas questões, o modo de pensar sobre o que significa envelhecer tem mudado constantemente, conseqüentemente, a maneira de agir também sofre e sofreu mudanças primeiramente nos países da Europa e tardiamente no Brasil (ALKEMA, ALLEY, 2006; FERRARO, 2007).

Compreende-se por Gerontologia o campo multi e interdisciplinar que tem como objetivo descrever e explicar as mudanças típicas do processo do envelhecimento em suas diversas dimensões e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. Também é qualificada pelo estudo das características dos idosos, bem como pelas várias experiências de velhice e envelhecimento ocorridas em diferentes contextos socioculturais e históricos, contemplando aspectos do envelhecimento normal e patológico. Outra definição cita a Gerontologia como “o estudo do envelhecimento como um processo biológico, psicológico e social, sobretudo porque cria problemas para pessoas idosas” (JOHNSON, 1997 *apud* PEDRO, 2011). Embora a Gerontologia seja um campo que envolve muitas disciplinas (multidisciplinar), a pesquisa repousa sobre um eixo formado pela biologia, pela psicologia e pelas ciências sociais. A Gerontologia também comporta interfaces com áreas profissionais dentre as quais se destacam a clínica médica, a psiquiatria, a geriatria, a fisioterapia, a enfermagem, o serviço social, o direito, a psicologia clínica e a psicologia educacional, das quais derivam soluções para problemas individuais e sociais, novas tecnologias, evidências e hipóteses para a pesquisa. Dessa forma, pode-se dizer que “a Gerontologia é um campo multiprofissional e multidisciplinar” e “transversal porque ela não pode ser explicada sob a ótica de um ramo específico da ciência” (MADDOX, 1987 *apud* NERI, 2005; PAVARINI ET AL, 2005; PEDRO, 2011).

Diante da velhice como tema-problema de estudos e intervenções na vida contemporânea, as universidades brasileiras foram convocadas a apresentar alternativas

na formação de profissionais capacitados a lidar com problemas sociais e de saúde dos idosos. Em 2004, a Universidade de São Paulo aprovou o curso de graduação em Gerontologia, sendo pioneira no Brasil. Em 2008, foi vez da Universidade Federal de São Carlos aprovar o curso e em 2009 receber a primeira turma de graduação em Gerontologia. O profissional formado em nível de graduação a capacitado a desenvolver habilidades e competências para integrar equipes de saúde com um “olhar gerontológico” e participar do cuidado à saúde do idoso. Essas iniciativas criaram um marco na história da gerontologia e da educação no Brasil. O curso de enfermagem da UFSCar foi um dos pioneiros, em 1986, na criação da disciplina “Enfermagem na Saúde do Idoso”, pois constatou as necessidades crescentes da população diante do envelhecimento. No ano de 1999, foi vez do curso de psicologia da mesma universidade incluir conteúdo sobre gerontologia na formação dos alunos (PAVARINI ET AL, 2005; PEDRO, 2011).

Neste contexto, o emergente campo da Gerontologia requer um diálogo interdisciplinar na construção e atuação dessa área. Os cursos de graduação em Gerontologia supracitados; surgiram com uma perspectiva inovadora de criar uma categoria profissional com essa formação interdisciplinar. O bacharel formado deve ser um profissional generalista na área, capacitado a compreender o processo de envelhecimento e atuar pautado nos conhecimentos das ciências biológicas, humanas e exatas. A gerontologia não deve limitar-se a “misturar” um pouco de cada profissão. O surgimento desse profissional não exime os demais cursos de continuar investindo em formar profissionais com um “olhar gerontológico” (PAVARINI ET AL, 2005; PEDRO 2011).

Pedro (2013) considera que apesar de avanços serem urgentes, devem ser cautelosos e que a Universidade tem papel fundamental neste processo: a formação de recursos humanos, a produção e a divulgação científica na promoção de um envelhecimento humano digno.



### **4.3. A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde: a Saúde do Idoso em foco**

A Constituição Federal de 1988, no Capítulo da Saúde, estabelece em seu Artigo 200, Inciso V, entre as competências do Sistema Único de Saúde– SUS, o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde. No que tange a Ciência e Tecnologia, o Artigo 218 define que “o Estado promoverá e incentivará o desenvolvimento científico, a pesquisa e a capacitação tecnológica.” (BRASIL, 1988, p. 130)

O Ministério da Saúde, buscando estruturar a ciência e tecnologia em saúde no país criou a Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico que organizou a I CNCTS realizada em outubro de 1994, que reiterava e deliberava que a Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde deveria ser parte integrante da Política Nacional de Saúde. Direcionando a preocupação e investimentos em Ciência e Tecnologia, em 2000 o Ministério da Saúde estruturou o Departamento (de Ciência e Tecnologia), o DECIT, e em seguida, no ano de 2003, criou a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, ampliando investimentos e intensificando ações de fortalecimento do processo de institucionalização do sistema nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – CT&I/S.

Um importante e marcante momento desse movimento foi a aprovação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – PNCTIS e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – ANPPS no ano de 2004 na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

“O período entre a primeira e a segunda conferência foi marcado pela interação entre o pensamento de atores envolvidos na Reforma Sanitária Brasileira — pesquisadores, acadêmicos, gestores, sociedade civil organizada, dentre outros — e as diretrizes divulgadas em documentos internacionais que influenciaram, de forma decisiva, a construção da PNCTIS” (OLIVEIRA, 2008).

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – ANPPS foi aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde em 2004. Originalmente foi elaborada no ano de 2005 pelo Ministério da Saúde e publicada em 2006, sendo revisada no ano de 2010. Através delas propõe-se a aumentar a capacidade de induzir pesquisas com base em uma escolha coerente de prioridades. Tem

como pressuposto respeitar as necessidades nacionais, regionais, estaduais e locais de saúde e aumentar a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento de políticas sociais. Foi a primeira atividade de definição de prioridades de pesquisa em saúde realizada no país. “Priorizar também é um ato político. Antes de tudo uma tomada de decisão necessária” (BRASIL, 2004, BRASIL, 2008; AKERMAN, FISCHER, 2014).

A 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (ocorrida em julho de 2004) partiu de uma iniciativa dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e Tecnologia. A maioria dos participantes eram pesquisadores da área de saúde, coordenadores de cursos de pós-graduação, gestores hospitalares, Universidades, representantes de comunidades científicas. Conferências e reuniões locais foram organizadas por Conselhos Estaduais de Saúde, inclusive aos finais de semana, com intenção de maximizar a oportunidade de participação da comunidade. A proporcionalidade de participação era de 50% de representantes de usuários do SUS, 25% de gestores de saúde e 25% de trabalhadores da área da saúde. Cada Estado era representado por delegados que tinham transporte, acomodação e alimentação custeados para tornar possível o deslocamento e a participação das delegações. A intenção do Governo era garantir a participação dos representantes da comunidade. Os principais temas abordados e discutidos na 2ª CNCTIS foram a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Diversas questões sobre esses temas foram amplamente debatidas em um evento que teve a duração de três dias, resultando na votação e aprovação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (GUIMARÃES et al, 2006).

A Agenda foi construída por um processo composto por cinco etapas que antecederam sua aprovação na 2.ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. A seguir: para verificar a situação de saúde e condições de vida, o primeiro passo para início da construção da ANPPS foi encomendar a especialistas textos que apresentassem aspectos importantes da situação de saúde e das políticas de saúde para oferecer dados suficientes para a tomada de decisão. A avaliação da situação de saúde é um momento de análise para descrever os perfis de saúde-doença da população e inteirar as respostas sociais dadas aos mesmos (CASTELLANOS, 1997). Por meio desses processos é possível: a) identificar necessidades, prioridades e políticas em saúde, bem como avaliar o impacto das intervenções; b) formular estratégias de

promoção, prevenção e controle de danos à saúde e avaliação da implementação; c) construir cenários prospectivos de saúde (OPS, 1999). Este conteúdo foi sistematizado na publicação Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa, lançado na etapa nacional da Conferência; definir as subagendas em Pesquisa: as subagendas passam a definir vastas áreas de pesquisa que envolvem diversos campos disciplinares; definição dos temas de pesquisa: compreende tópicos mais específicos e podem contemplar da pesquisa básica até a operacional de todas as áreas do conhecimento. “A resolução dos problemas de saúde nem sempre é uma variável dependente da pesquisa em saúde e nem sempre há, no campo dos saberes e das práticas científicas e tecnológicas, conceitos, metodologia ou ferramentas adequadas para a produção de soluções por meio da pesquisa” (BRASIL, 2006). A definição dos temas de pesquisa aconteceu no Seminário para Construção da Agenda, realizado em Brasília no mês de novembro de 2003. Com vista em experiências internacionais, foram adotados os seguintes critérios para definir as prioridades de pesquisa: a) carga de doença, medida por DALY (*Disability Adjusted Life Years* – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) ou outros indicadores; b) análise dos determinantes da carga de doenças segundo os diferentes níveis de intervenção: individual, familiar, comunitário; ministério, sistema e serviços de saúde; instituições de pesquisa; políticas governamentais e outros setores com impacto na saúde; c) estado da arte do conhecimento científico e tecnológico disponível; d) custo-efetividade das possíveis intervenções e a possibilidade de sucesso; e) efeito na equidade e justiça social; f) aceitabilidade ética, política, social e cultural; g) possibilidade de encontrar soluções; h) qualidade científica das pesquisas propostas; i) factibilidade de recursos humanos e financeiros. A metodologia utilizada no Seminário envolveu a realização de apresentações orais, trabalhos de grupo e plenárias para debate. Foram formados grupos de trabalho para discussão das subagenda, compostos por pesquisadores vinculados a instituições de ensino e pesquisa e gestores das três esferas político administrativas do SUS. O produto do Seminário foi a aprovação de uma Agenda composta por 20 subagendas prioritárias para pesquisa em saúde.

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil em 1990, a saúde foi galgando passos importantes, inclusive na área de saúde da pessoa idosa. A Lei 8.842/94, Política Nacional do Idoso, assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições de promover sua autonomia, integração e a participação efetiva na sociedade brasileira, reafirmando os diversos níveis de atendimento SUS. Ainda nos anos 90,

especificamente em 1999, a Portaria Ministerial n.1.395/99 estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso, na qual determina que os órgãos do Ministério da Saúde, relacionados saúde do idoso e envelhecimento promovam a adequação de planos, projetos e ações de acordo com diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. A Lei 10.741, do ano de 2003, é uma grande conquista da população idosa, pois foi sancionado o que chamamos e conhecemos como Estatuto do Idoso, documento onde está garantida a atenção de forma integral e em todos os níveis de atenção, referendando o papel do SUS. A Portaria n. 2.528/2006 do ano de 2006 aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, trazendo luzes ao novo paradigma de atenção à saúde. Esta considera que existem pessoas idosas independentes e uma parte da população mais frágil e que as ações governamentais devem ser pautadas de acordo com estas particularidades. Também faz parte dessa política a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável de acordo com o que recomenda a Organização das Nações Unidas, desde o início do século XXI (PEDRO, 2011).

A articulação da Agenda é importante para legitimá-la junto a PNCTIS no Brasil através da participação de atores com diversas experiências em pesquisa e saúde, que possibilitam que as prioridades de pesquisa em saúde estejam em consonância com os princípios do SUS. De acordo com esta Política, a construção da Agenda é um processo técnico-político em permanente construção e envolve um grupo de atores sociais: gestores e profissionais de saúde, pesquisadores, prestadores de serviço, usuários, agências de fomento, órgãos formadores, setor produtivo e sociedade civil (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008). A ANPPS deve associar-se com os princípios condutores da PNCTIS, comprometida com o SUS e considerar as peculiaridades regionais, fundamentada em conhecimentos científicos e tecnológicos apropriados e eficazes. Também deve considerar da pesquisa básica até a operacional, desde que sejam significativas para a saúde, além de ter um propósito abrangente e pluralista de abordagens teórico-conceituais e metodológicas; deve, com o objetivo de gerar novos conhecimentos e práticas voltados para o cuidado em saúde, incorporar pesquisas em todas as áreas científicas, integrando estudos de caráter multiprofissional e interdisciplinar; deve servir como diretriz para agências de fomento científico e tecnológico que atuem na área da saúde (BRASIL, 2005).

A PNCTIS também recomenda a elaboração de agendas municipais de prioridades de Pesquisa em Saúde em municípios onde a produção científica é expressiva (principalmente devido à presença de grandes Universidades), seguindo

alguns aspectos, como criação de fóruns de discussão entre gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e usuários voltados para as necessidades da população, seguindo princípios e diretrizes do SUS; criação de linhas prioritárias para pesquisa no município. Aprovada em julho de 2004 durante a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, a PNCTIS é parte integrante da Política Nacional de Saúde. Seu maior objetivo é colaborar para um desenvolvimento nacional sustentável, apoiado na produção de conhecimentos alinhados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País (BRASIL, 2005; GUIMARÃES et al 2006).

Os anos de 2003 a 2005 marcam as mudanças que envolvem a implantação da ANPPS no País. Foi um período de transição entre investimentos dispersos e o começo de investimentos mais focalizados, marcando assim, a influência que a Agenda começa a exercer. O volume de investimentos em diretos em Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde pelo Ministério da Saúde no triênio citado foi de aproximadamente R\$ 409,7 milhões (US\$ 153 milhões), sendo a média anual de R\$ 136,6 milhões. As principais fontes de financiamento desse período foram Fiocruz, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), que corresponderam a quase 80% do total de investimentos. A região Sudeste desponta com a maioria dos investimentos, seguida de Nordeste, Norte, Sul e Centro-Oeste. As 27 Unidades Federativas receberam algum recurso de P&D/S nesse período. Analisando as subagendas da ANPPS, a região de maior relevância na execução das pesquisas foi a Sudeste. Os recursos do Ministério da Saúde começaram a se fortalecer após a criação do DECIT em 2000 e estruturação da SCTIE em 2003, pois passou a existir orçamento específico e contínuo para a área de Pesquisa em Saúde, o que aumentou as perspectivas para o setor (SILVA, CAETANO, 2011).

As subagendas foram definidas para priorizar diversos temas de pesquisa, que são: (1) saúde dos povos indígenas, (2) saúde mental, (3) violência, acidentes e traumas, (4) saúde da população negra, (5) doenças não transmissíveis, (6) **saúde do idoso**<sup>1</sup> (7) saúde da criança e do adolescente, (8) saúde da mulher, (9) saúde dos portadores de necessidades especiais; (10) alimentação e nutrição, (11) bioética e ética na pesquisa, (12) pesquisa clínica, (13) complexo produtivo da saúde, (14) avaliação de tecnologias e economia da saúde, (15) epidemiologia, (16) demografia e saúde, (17) saúde bucal, (18) promoção da saúde, (19) doenças transmissíveis, (20) comunicação e informação em

---

<sup>1</sup>*Nosso grifo*

saúde; (21) gestão do trabalho e educação em saúde, (22) sistemas e políticas de saúde; (23) saúde, ambiente, trabalho e biossegurança e (24) assistência farmacêutica (BRASIL, 2006).

O Comitê Técnico Assessor, composto por especialistas da área da saúde e da ciência e tecnologia, debateu e aprovou esse conjunto de subagendas. A definição dos temas prioritários para cada subagenda ocorreu durante o Seminário para construção da Agenda em novembro de 2003 em Brasília e teve a participação de pesquisadores, gestores de saúde e de ciência e tecnologia. Porém, nem sempre a resolução de problemas de saúde é uma variável dependente da pesquisa em saúde e nem sempre existem conceitos, metodologias e ferramentas suficientes para produzir soluções por meio da pesquisa (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008). A Agenda foi submetida à consulta pública no período de 23 de março a oito de maio de 2004, cujo objetivo era conhecer a perspectiva de usuários de serviços de saúde e trabalhadores do Setor. Os resultados do Seminário foram divulgados nessa consulta para alcançar contribuições da população e aprimorar as prioridades definidas. Então, os temas de pesquisas foram disponibilizados para que todos os elementos sociais pudessem opinar e colaborar na construção desse documento. A consulta foi realizada por meio de um sistema informatizado desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (Datusus) e o acesso foi organizado em 19 subagendas (BRASIL, 2006).

Aponta-se que foram 1.937 cadastramentos de pessoas e instituições, que totalizaram 2.500 acessos, 239 contribuições e 600 sugestões que foram integradas ao texto da Agenda apresentado na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde para debate e apreciação. Esse trabalho de consulta pública foi realizado com intuito de mobilizar usuários, trabalhadores e gestores de saúde, pesquisadores, Ministério Público e poder judiciário, empresários do setor produtivo, e agentes internacionais em torno da consolidação da pesquisa em saúde no país. Mais da metade dos participantes (52%) da consulta tinham envolvimento com universidades, institutos de ensino e pesquisa, e fundações, o que demonstra importância e influência da Agenda no desenvolvimento e fomento de pesquisas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008).

A subagenda 6 (BRASIL, 2006, p. 19), objeto prioritário de estudo nesta dissertação, refere-se à Saúde do Idoso, foco e discussão deste estudo. Existem três subitens que dividem as prioridades de pesquisa em saúde do idoso, sendo eles:

- Item 6.1: Magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde do idoso;
- Item 6.2: Compreensão dos mecanismos das doenças associadas ao processo de envelhecimento;
- Item 6.3: Avaliação de políticas, programas, serviços e tecnologias.

O processo de revisão da Agenda foi entendido pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) como necessário para avaliar como fomento à pesquisa tinha se ajustado às subagendas. Inicialmente, foram feitos exercícios internos de revisão com objetivo de aprimorar este documento, buscando-se reduzir duplicações (AKERMAN, FISCHER, 2014).

Na base de dados BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), foi realizada uma pesquisa (Akerman, Fischer, 2014) para explorar artigos científicos que discutem sobre a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. A BVS é uma base de pesquisa separada em algumas fontes de informação da literatura científica e técnica, tais como Ciências da Saúde em Geral (LILACS, IBECS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO), Portal de Evidências (Revisões Sistemáticas, Ensaio Clínico, Sumários de Evidência, Avaliações Econômicas em Saúde, Avaliações de Tecnologias em Saúde), Áreas Especializadas (CidSaúde, DESASTRES, HISA, HOMEINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA), Organismos Internacionais (PAHO, WHOLIS), LIS – Localizador de Informação em Saúde, DeCS – Terminologia em Saúde e Acesso a Documentos (SCAD, Catálogo Coletivo de Revistas)

Para este estudo, a fonte de informação utilizada foi a das Ciências da Saúde em Geral, que é composta pelas bases de dados detalhadas a seguir:

- LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde): índice bibliográfico da literatura referente às ciências da saúde desde 1982. Faz parte da rede BVS. São mais de 600.00 artigos publicados em cerca de 1.500 periódicos na área citada. Contêm também indexadas teses, monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos de congressos e conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais regionais. O acesso ao LILACS é feito pelo Portal BVS, no seu próprio Portal ou no Google.

- IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde): produzido pela *Biblioteca Nacional de Ciencias de La Salud Del Instituto de Salud Carlos III – Espanha* – contém artigos científicos publicados em revistas espanholas de Ciências da Saúde, abrangendo Medicina, Enfermagem, Psicologia, Odontologia, Farmácia e Veterinária;
- MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde): base de dados de atualização mensal que contém artigos desde 1966, nas áreas da medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. Corresponde à área médica e biomédica da literatura internacional produzida pela *National Library of Medicina* (EUA) e apresenta mais de 6.000 títulos de revistas publicas nos EUA e em outros 70 países.
- Biblioteca Cochrane: apresenta uma coleção de fontes de informação sobre medicina baseada em evidências, integrando o Portal de Evidências da BVS. O acesso é exclusivo aos países da América Latina e Caribe.
- SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*): publicação eletrônica de periódicos científicos (*Open Access*) disponibilizados gratuitamente na Internet. Contém artigos de mais de mil revistas científicas do Brasil, Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, Espanha, México, Portugal e Venezuela.

O fomento à pesquisa teve um maior espaço e consolidação em 1951 com a importante criação do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Porém, houve um distanciamento entre o núcleo das pesquisas em saúde e as políticas de saúde, que culminou no afastamento das temáticas de pesquisa e as reais necessidades de saúde da população. Diante deste fato, houve uma reorganização em todo o mundo para enfrentar doenças emergentes e reemergentes que passaram a ameaçar a população. No Brasil, essas iniciativas resultaram nas Conferências Nacionais de Ciência e Tecnologia em Saúde (a primeira realizada em 1994). A Agenda surge no contexto destas Conferências, e para implementá-la, o Ministério da Saúde assinou convênio de agências de fomento (CNPq e Finep) que financia estudos e projetos, além de viabilizar a contratação de equipes responsáveis pelas pesquisas. As ações de fomento passaram então a ser orientadas pelas necessidades reais de saúde da população (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008).

O PPSUS – Programa de Pesquisa para o SUS é uma iniciativa do DECIT/SCTIE/MS de descentralizar o fomento à pesquisa em instâncias de saúde e de



ciência e tecnologia. O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério da Ciência e Tecnologia (CNPq/MCT) é a instituição responsável pelo comando administrativo do PPSUS em nível nacional. Em nível estadual, existem as Fundações de Amparo à Pesquisa (FAP) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Os principais objetivos do PPSUS são: contribuir para a diminuição das desigualdades regionais na produção de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - CT&I/S, por meio de uma política de desconcentração de recursos, de modo a favorecer a democratização do conhecimento e das atividades de pesquisa em saúde em todas as unidades federadas; e promover pesquisas em temas prioritários de saúde, capazes de dar resposta aos principais problemas de saúde da população brasileira que necessitam do conhecimento científico para sua resolução, respeitando as vocações regionais de pesquisa. Para atingir esses objetivos, a estratégia principal é a pactuação de responsabilidades entre os atores estaduais dos sistemas de saúde e de ciência e tecnologia (BRASIL, 2009).

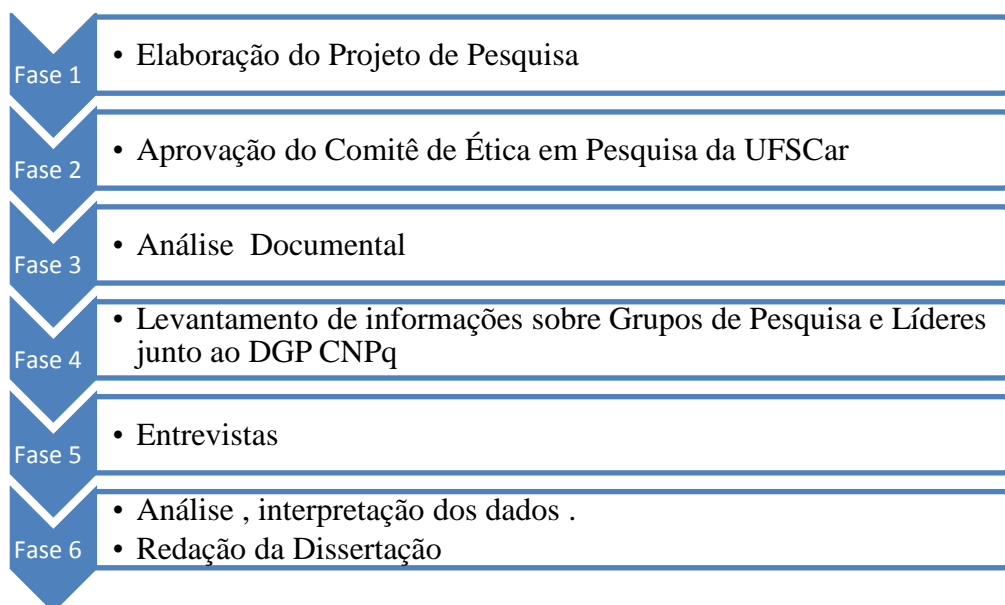
A definição de prioridades de pesquisa em saúde compõe uma das etapas de operacionalização do PPSUS. Para que aconteça, são realizadas oficinas de trabalho estaduais com a participação de gestores e técnicos do serviço de saúde, de representantes das instituições de ensino, da comunidade científica e de representantes do controle social. Estas oficinas devem ser planejadas pelas FAP em parceria com as SES, com o Decit/MS e com o CNPq/MCT e delas resultam os temas de pesquisa mais relevantes que compõem os editais de seleção de projetos que serão beneficiados com o financiamento do PPSUS (BRASIL, 2008).

A II CNCTIS aconteceu 10 anos após a I, em julho de 2004. A discussão sobre pesquisa em saúde aumentou, sendo que aconteceram mais de 300 conferências de âmbitos regionais e municipais e 24 fóruns estaduais. “A Política e a Agenda caracterizam-se como instrumentos de gestão para a SCTIE e servem para balizar as ações de fomento à pesquisa realizadas pelo Ministério da Saúde” (BRASIL, 2009).

## 5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva, quanto aos fins da pesquisa, e quanto aos meios realizou-se um estudo de campo. Segundo Vergara (2005) a investigação exploratória “é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno.” (VERGARA, 2005 p. 45). Complementarmente, “a pesquisa de campo é investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo” (VERGARA, 2005 p. 45). Neste sentido, optou-se pela realização de entrevistas. Alinhada aos objetivos do presente estudo, a pesquisa foi realizada em seis fases distintas e complementares.

Figura 5: Fases do estudo.



A etapa de elaboração e revisão do Projeto de pesquisa propiciou também uma etapa de revisão bibliográfica sobre o campo CTS e a gerontologia, por ocasião do ingresso no PPGCTS. A segunda fase contemplou a apresentação e apreciação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSCar, observando todos os aspectos da Pesquisa com seres humanos, conforme Resolução 466/12 tendo sido aprovado em sob o número 1.062.001, em 12/05/2015; análise documental da Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde e documentos afins; e finalmente foram realizadas

entrevistas junto a líderes de Grupos de Pesquisa cadastrados no Diretório dos Grupos de Pesquisa da Plataforma Lattes, como interesse em nosso tema-objeto de estudo (envelhecimento, gerontologia), vinculados à instituições de ensino superior sediadas na região geográfica do Departamento Regional de Saúde III – Araraquara/SP.

A etapa de análise documental se deu a partir da identificação dos documentos das Conferências Nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e das Conferências Nacionais do Idoso. Estas Conferências foram realizadas após a Constituição Federal de 1988, tendo ocorridas entre 1994 a 2014. Complementarmente, visando subsidiar esta etapa realizou-se também revisão bibliográfica a partir da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) sobre publicações referentes à Agenda Nacional de Prioridade em Pesquisa em Saúde (Brasil, 2008) da seguinte maneira: acesso virtual ao BVS Brasil, clicando no tema “Literatura Científica e Técnica” e em seguida clicando em “Ciências da Saúde em Geral”, que oferece cinco bases de dados (LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO) mais detalhadas a diante. Nessas bases de dados foi utilizada como palavra-chave a “Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde” para localizar os artigos de interesse, obtendo-se o seguinte resultado:

Tabela 1: N° de artigos encontrados nas bases de dados.

BASE DE DADOS	N° DE ARTIGOS ENCONTRADOS
LILACS*	52
IBECs	1, sendo sobre Comunidades da Espanha
MEDLINE	0
BIBLIOTECA COCHRANE	3
SCIELO	5, sendo preciso selecionar Brasil no campo “onde”

(Fonte: BVS, 2015)

\*A base de dados LILACS direciona alguns de seus resultados para os artigos da SciELO ou para documentos (Ministério da Saúde) que envolvem a Agenda. Os cinco artigos encontrados na base SciELO também são encontrados na base LILACS.

Dando continuidade, foi realizada a busca dos Grupos de Pesquisa junto ao Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq (Plataforma Lattes), explorando Grupos de Pesquisa e Pesquisadores vinculados/sediados a Instituições de Ensino Superior com atuação na região em estudo (DRS III), visando identificar ações de pesquisa na área da saúde do idoso. O portal do Diretório foi acessado via Plataforma Lattes, e os descritores utilizados foram primeiramente e Envelhecimento em seguida Gerontologia. Após digitar o termo de busca, filtrava-se a busca selecionando região Sudeste, Unidade Federal São Paulo e Instituição (selecionava-se uma a uma que abrange a região do

estudo). Foram encontrados 14 Grupos, porém um não havia se atualizado há mais de dois meses e os outros dois, ambos da UNESP, apresentavam pesquisa sobre envelhecimento, mas se distanciam do tema desta pesquisa. Então, a realização de entrevistas com deu-se com Líderes de 11 Grupos de Pesquisa.

Mediante a identificação dos líderes, contatos iniciais foram estabelecidos por email e/ou telefone, apresentado a proposta de trabalho e agendando uma entrevista inicial junto a líderes dos Grupos de Pesquisa que atuam na região de abrangência do estudo, visando identificar e caracterizar ações voltadas para a promoção de saúde do idoso, bem como as lacunas e demandas, em conformidade com a Agenda Nacional de Prioridade em Saúde. Nesta etapa propõe-se, portanto, compreender quem são os grupos e pesquisadores, as áreas de atuação, o que fazem, o que priorizam e como lidam com a Agenda a nível regional. (Ver Anexo 9.4 – Roteiro de Entrevista). As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora nas instalações da própria universidade, conforme agenda definida. Os dados foram gravados e transcritos na íntegra para fins de análise.

Visando enfim a sistematização e análise dos dados da presente dissertação, as entrevistas foram transcritas e os dados organizados em textos e tabelas, o que se caracteriza como pré-análise (Martins, Theophilo, 2007, p.96) visando identificar e descrever lacunas e prioridades da ANPPS (sub-agenda saúde do idoso), identificados na região em estudo, caracterizando a sexta e última fase deste estudo.

Analisou-se o conteúdo apreendido, observando-se as três etapas descritas por (Martins, Theophilo, 2007): pré- análise, descrição analítica e interpretação inferencial.

- Pré-análise: coleta e organização do material a ser analisado;
- Descrição analítica: estudo aprofundado do material orientado pelas hipóteses e referencial teórico. Escolha das unidades de análise (a palavra, o tema, a frase, o símbolo, etc).
- Interpretação inferencial: com os quadros de referência, os conteúdos (manifestos ou latentes) são revelados em função dos propósitos do estudo (MARTINS, THEOPHILO 2007).

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **6.1. Caracterização do DRS III – Araraquara**

Dados de São Paulo demonstram que o Estado, além de ser o mais populoso do país, é também na proporção de pessoas idosas. São 64 Regiões de Saúde agrupadas em 17 Departamentos Regionais de Saúde, os DRS (PEDRO, 2013).

O Departamento Regional de Saúde - DRS III fica localizado no interior do Estado de São Paulo e sediado na cidade de Araraquara. Abrange 24 municípios que juntos possuem quase um milhão de habitantes, 974.410 de pessoas e destas, 117.322 são idosas, numa proporção de 12,04%, sendo superior à média nacional de 10,98%. O Estado é o que apresenta o maior contingente populacional do país, inclusive de idosos e é um dos pioneiros em ações e programas voltados para saúde e envelhecimento. (PEDRO, 2013).

Os municípios de São Carlos e Araraquara são os dois maiores do DRS III. São Carlos apresenta 236.457 habitantes e 12,14% da população é idosa (28.696 habitantes). Em Araraquara são 222.036 habitantes e a população idosa é de 13,11% (29.103 habitantes). Contando em números absolutos, são 57.799 idosos nestes dois municípios, representando 49,26% da população idosa da região em estudo (PEDRO, 2013).

É uma região predominantemente urbana e de atividades agroindustriais, coexistindo outros tipos de atividades produtivas. Promove condições favoráveis de vida e envelhecimento, que merecem e devem ter atenção do setor público. A Universidade Federal de São Carlos (campus São Carlos), pertencente a esta área de abrangência, é a primeira universidade pública localizada no interior do Estado que tem um curso de formação de bacharéis em Gerontologia, realizando atividades de ensino, pesquisa e extensão. O curso está vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, o CCBS, o que lhe atribui características interdisciplinares. (PEDRO, 2013).

Segue tabela com a população do DRS III subdivididos por Colegiado de Gestão Regional (Central, Centro-Oeste, Norte e Coração).

Tabela 2: População do DRS III por CGR.

REGIÃO DRS III (CGR)	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	PROPORÇÃO POPULAÇÃO IDOSA
CENTRAL	Américo Brasiliense Araraquara Boa Esperança do Sul Gavião Peixoto Motuca Rincão Santa Lúcia Trabiju	303.742	31,01%
CENTRO-OESTE	Borborema Ibitinga Itápolis Nova Europa Tabatinga	139.484	14,92%
NORTE	Candido Rodrigues Dobrada Matão Santa Ernestina Taquaritinga	153.632	15,54%
CORAÇÃO	Descalvado Dourado Ibaté Porto Ferreira Ribeirão Bonito São Carlos	377.632	38,54%

Fonte: (PEDRO, 2013)

A Região Central congrega oito municípios com uma população total de 303.742 habitantes. Gavião Peixoto, Motuca e Trabiju possuem menos de cinco mil habitantes cada. Santa Lucia está na faixa entre cinco e 10 mil habitantes. Boa Esperança do Sul e Rincão estão na faixa entre 10 e 20 mil habitantes. Américo Brasiliense está na faixa entre 20 e 50 mil habitantes e Araraquara na faixa de mais de 200 mil habitantes. As pessoas idosas deste Colegiado são 36.377 habitantes, 31,01% do total de idosos do DRS III. A região Centro-Oeste tem cinco municípios, totalizando uma população de 139.484 habitantes. Borborema, Nova Europa e Tabatinga possuem população entre 10 e 20 mil habitantes, Itápolis tem entre 20 e 50 mil habitantes e Ibitinga mais de 50 mil habitantes. O número absoluto da população idosa neste Colegiado é de 17.503, ou então, 14,92% da população. A região Norte apresenta também cinco municípios, com uma população total de 153.632 habitantes, sendo que Cândido Rodrigues tem menos de cinco mil habitantes, Dobrada e Santa Ernestina tem entre cinco e 10 mil habitantes, e Matão e Taquaritinga possuem entre 50 e 100 mil habitantes. Em números absolutos, a população idosa é de 18.225 habitantes, 15,54%. E, por fim, a região do Coração do DRS III tem seis municípios, totalizando uma população de 377.632 habitantes. Dourado tem entre cinco e 10 mil habitantes,

Descalvado, Ibaté e Ribeirão Bonito tem entre 20 e 50 mil habitantes, Porto Ferreira tem entre 50 e 100 mil e São Carlos tem mais de 200 mil habitantes. Dentre esta população, 45.217 são pessoas idosas, ou seja, 38,54% da população total deste Colegiado (SEADE, 2011; PEDRO 2013).

## **6.2. Caracterização das IES: formação de recursos humanos e potenciais de pesquisa**

As IES – Instituições de Ensino Superior brasileiras são públicas, mantidas pelo poder público a nível Federal, Estadual ou Municipal, não cobrando matrícula ou mensalidade; ou são privadas, administradas por pessoas físicas ou jurídicas, com ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2015).

Quanto à classificação acadêmico-administrativa, as IES podem receber diferentes denominações. A mais estrita é a Universidade, sendo uma instituição acadêmica pluridisciplinar, autônoma para criar cursos e sedes acadêmicas e administrativas. Similar à Universidade em termos estruturais, existe o Centro Universitário, instituição pluri-curricular que abrange uma ou mais áreas do conhecimento científico. Já o termo Faculdade tem dois significados: um de Instituição de Ensino Superior que não é autônoma para conceder diplomas, outro se refere às unidades de uma Universidade, como por exemplo, Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Existem também os Institutos Federais, direcionados à formação técnica profissional em variadas áreas. Ofertam ensino médio integrado ao técnico, cursos técnicos, cursos superiores de tecnologia, licenciaturas e pós-graduação (BRASIL, 2015)

As IES podem oferecer cursos de graduação: nível superior aberto a candidatos que tenham concluído o ensino médio e que sejam classificados por meio de processo seletivo. Confere diploma nos graus de Bacharelado, Licenciatura ou Tecnologia; pós-graduação *stricto sensu*: compreendem os programas de mestrado e doutorado acadêmico ou profissional. Confere diploma aos concluintes; pós-graduação *lato sensu* ou especialização: é aberta a candidatos que tenham diploma de graduação e confere certificados aos concluintes; residência médica: especialização na área médica (pós-graduação *lato sensu*), sendo caracterizada como um treinamento em serviço; residência multiprofissional em saúde: especialização (pós-graduação *lato sensu*) nas áreas de saúde distintas da medicina, também caracterizada como treinamento em serviço; extensão: programa de formação da educação superior, cujo objetivo é aproximar a

universidade da realidade social por meio de projetos, programas e cursos voltados ao público externo. Confere certificado aos estudantes concluintes (BRASIL, 2015).

### 6.3. Instituições de Ensino Superior (IES) cadastradas no site do MEC que abrangem a região do DRS III – Araraquara e Grupos que cada Instituição apresenta cadastrados como Grupos de Pesquisa no Diretório do CNPq na Plataforma Lattes.

Um levantamento inicial foi realizado junto ao site do MEC. Verificando município por município, identificou-se 18 IES, localizadas em sete cidades da região em estudo. A distribuição das IES por cidade encontra-se localizada: Araraquara n=3, Ibitinga n=3, Itápolis n=1, Matão n=2, Porto Ferreira n=1, Ribeirão Bonito n=1, São Carlos n=4 e Taquaritinga n=3. Dentre as 18 IES, encontraram-se instituições públicas: UNESP em Araraquara, Senai, UFSCar e USP, em São Carlos; Fatec em Taquaritinga.

A partir da identificação destas IES, passou-se a levantar informações junto ao Diretório de Grupos de Pesquisas do CNPq, visando identificar dentre as instituições, quais possuíam pesquisadores e pesquisas que propiciaram o levantamento de dados do presente estudo. Utilizou-se para fins de busca, os termos “envelhecimento” e em seguida “gerontologia”. Na tabela demonstra-se a cidade, as instituições de ensino superior e os grupos de pesquisa cadastrados no CNPq.

Tabela 3: IES que abrangem a região do DRS III e algumas características.

Cidade	IES/MEC	GRUPOS CADASTRADOS NO DIRETÓRIO DO CNPQ
Araraquara	UNIARA	Nenhum
	FARA	Não é cadastrada
	FIAR	Não é cadastrada
	UNESP (*)	2, sendo que 1 deles não corresponde ao “envelhecimento” que é focado nesta pesquisa
Ibitinga	CESI	Não é cadastrada
	FAIBI	Não é cadastrada
	FITI	Não é cadastrada
Itápolis	FACITA	Não é cadastrada
Matão	ANHANGUERA	Não é cadastrada
Matão	IMMES	Não é cadastrada
Porto Ferreira	ESPF	Não é cadastrada
Ribeirão Bonito	TEM	Não foram encontradas informações
	UNICEP	Nenhum
	SENAI	Não é cadastrada
	FADISC	Não é cadastrada
	UFSCAR	14, sendo que 2 não correspondem ao envelhecimento que



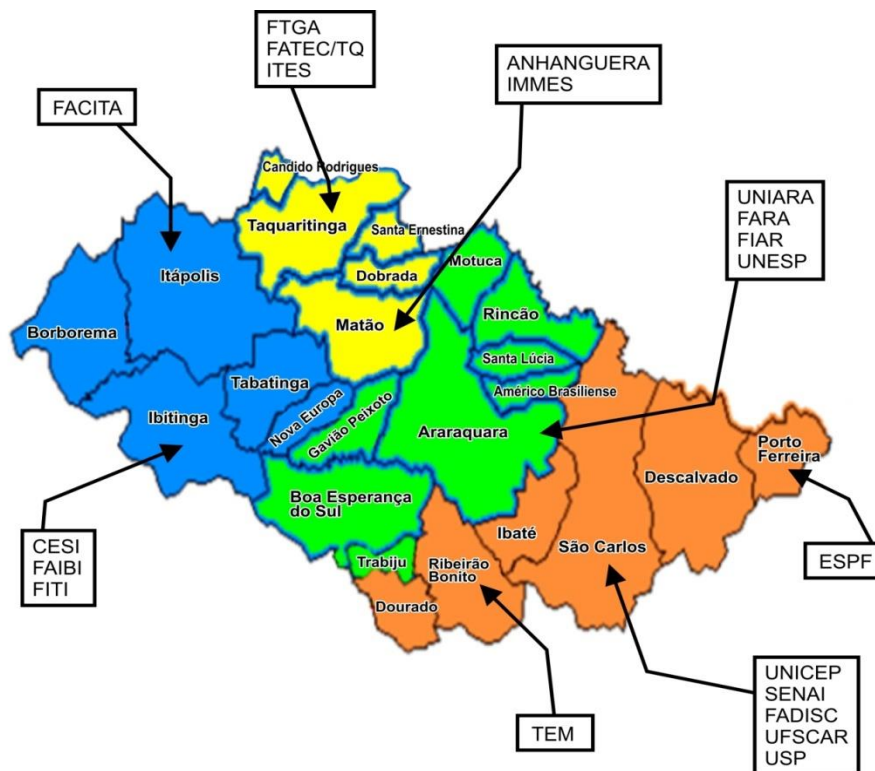
São Carlos		é focado nesta pesquisa (com o termo de busca “envelhecimento”) e 1 que está desatualizado há mais de 12 meses 6 (com o termo de busca “gerontologia”), sendo que 3 deles também aparecem quando procurados com o termo envelhecimento
	USP	1, sendo que não corresponde ao termo “envelhecimento” utilizado nesta pesquisa
Taquaritinga	FTGA	Não é cadastrada
	FATEC/TQ	Não é cadastrada
	ITES	Não é cadastrada

Fonte: (MEC, 2015).

Na tabela acima, destaca-se ainda a inserção de informações sobre duas Instituições nas cidades de Araraquara, uma privada e uma pública estadual, e duas na cidade de São Carlos, uma pública federal e uma pública estadual pela relevância de sua inserção regional; não localizadas na base de dados consultada, mas sendo de conhecimento público, foram inseridas a critério da pesquisadora.

A seguir apresenta-se o mapa da região em estudo, destacando-se os municípios e as instituições.

Mapa 2: DRSIII - municípios e as respectivas IES.



\*Figura adaptada pela autora.

Dentre os oito municípios da região do DRS III (n=24) que possuem IES, porém, somente São Carlos e Araraquara têm Instituições cadastradas na Plataforma Lattes. Constatou-se que dentre os 24 municípios localizados na região, somente dois maiores municípios – Araraquara e São Carlos abrigam instituições que desenvolvem estudos e pesquisas na área do envelhecimento. As instituições identificadas são UNESP/FAO/Ar, UFSCar/São Carlos e USP/São Carlos.

#### 6.4. Produção e prioridades de pesquisas e ações na região em estudo:

A etapa seguinte oportunizou-nos a identificação dos grupos de pesquisa, a área de concentração, as linhas de pesquisa e os recursos humanos envolvidos. Constatou-se que todos os grupos de pesquisa cadastrados no CNPq que realizam estudos e pesquisas (n=11) estão vinculados a docentes e pesquisadores da Universidade Federal de São Carlos, com n=214 (indicadores de RH).

Conforme se demonstra a seguir, o primeiro Grupo de Pesquisa foi criado em 1994 e os demais entre 2010 e 2014, tendo diversas áreas de concentração predominantes, e no conjunto evidencia-se a prevalência das áreas de ciências da saúde.

Tabela 4: Caracterização dos grupos de pesquisa sobre envelhecimento DRSIII.

Grupo de Pesquisa	Instituição Localidade	Área de concentração do Grupo	Linhas de Pesquisa	Ano de formação do Grupo	Indicadores de RH
Gerontologia e Qualidade de Vida	UFSCar/São Carlos	Ciências da Saúde; Saúde Coletiva	Instrumentos de medidas e variáveis associadas à qualidade de vida; Qualidade de vida de grupos específicos relacionados com a Gerontologia	2014	n=27
Estratégias de Marketing e Operações em Gerontologia – EMOG	UFSCar/São Carlos	Ciências da Saúde; Enfermagem	Estratégias de Marketing para o Público Sênior: comunicação e consumo; Estratégias de Operações e Configurações Organizacionais	2014	n=6

			em Gerontologia		
Saúde e Envelhecimento	UFSCar/São Carlos	Ciências da Saúde; Saúde Coletiva	Idoso e família; Recursos humanos em gerontologia; Saberes e práticas em gerontologia; Tecnologia de cuidado para idosos com alterações cognitivas	1994	n=49
Saúde Coletiva, Atividade Física e Envelhecimento	UFSCar/São Carlos	Ciências da Saúde; Educação Física	Aspectos biopsicossociais de atividade física para adultos e idosos; Avaliação de programas de promoção de atividade física para adultos e idosos; Intervenções na Atenção Básica de Saúde	2013	n=10
GEnv: Gestão em Envelhecimento	UFSCar/São Carlos	Ciências da Saúde; Enfermagem	Educação em Gerontologia; Gestão em Gerontologia; Intervenção em Gerontologia	2010	n=17
Direito, Cidadania e Envelhecimento	UFSCar/São Carlos	Ciências Sociais Aplicadas; Planejamento Urbano e Regional	Aspectos Jurídicos Relacionados ao Envelhecimento; Planejamento Urbano, Acessibilidade e Mobilidade Urbana; Políticas Públicas Habitacionais e Políticas de Atenção ao Idoso	2013	n=14
Biologia do Envelhecimento	UFSCar/São Carlos	Ciências Biológicas; Bioquímica	Câncer e Envelhecimento; Marcadores Biológicos do Envelhecimento	2011	n=15
Laboratório de Avaliação e Intervenção em Gerontologia (LAIG)	UFSCar/São Carlos	Ciências da Saúde; Saúde Coletiva	Atenção ao cuidador (formal ou informal) do idoso fragilizado; Avaliação de intervenções em	2013	n=15

			saúde ao idoso frágil; Promoção da saúde e prevenção de riscos em idosos frágeis		
Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Gerontologia Social – NIEPGS	UFSCar/São Carlos	Ciências Humanas; Sociologia	Aportes teóricos e metodológicos da Gerontologia Social; Políticas e práticas de promoção do envelhecimento ativo e saudável; Tecnologia assistiva para moradia e independência no envelhecimento	2012	n=16
Treinamento Físico: Saúde e Alto Rendimento	UFSCar/São Carlos	Ciências da Saúde; Educação Física	Adaptações neuromusculares ao treinamento de força; Envelhecimento; Respostas inflamatórias agudas e crônicas ao exercício físico	2013	n=22
Fisioterapia Geriátrica	UFSCar/São Carlos	Ciências da Saúde, Fisioterapia e Terapia Ocupacional	Relação entre dupla tarefa e desempenho cognitivo em idosos não sedentários da comunidade; Revitalização de Adultos – Musculação; Revitalização Geriátrica: Qualidade de Vida e Desenvolvimento Físico de Idosos; Síndrome da Fragilidade	2005	n=23

\*Tabela elaborada pela autora com fonte DGP/CNPq.

Neste levantamento deve-se destacar que não foram incluídos grupos que apresentavam status “não-atualizado” há mais de 12 meses, conforme critérios do CNPq, porque são grupos não reconhecidos pelas instituições de origem.

Merece destaque também que o “Grupo de Pesquisas em Prótese Parcial Fixa Convencional e sobre Implante” localizado na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP campus Araraquara (Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese), identificado na busca no Diretório dos Grupos de Pesquisa quando utilizado o termo “envelhecimento”, não está aqui considerado, pois tem como objetivo principal investigar as propriedades físico-químico-mecânicas dos materiais odontológicos utilizados para próteses fixas convencionais ou implantes, observando que a Agenda, no 3º eixo, item 5.1.3 comenta sobre “agravos de saúde bucal”, porém não especificamente sobre composição de materiais odontológicos (DGP, 2015, BRASIL, 2006).

O Grupo “Bioquímica e Biologia Molecular” localizado na Universidade Federal de São Carlos campus São Carlos (Departamento de Ciências Fisiológicas), identificado na busca no Diretório dos Grupos de Pesquisa quando utilizado o termo “envelhecimento”, também não está aqui considerado pois o estudo de novos fármacos para terapia anticancerígena, antimetastática e pró-angiogênica se encaixam melhor nos temas do 2º eixo da Agenda (compreensão dos mecanismos das doenças associadas ao processo de envelhecimento) que não estão aqui neste trabalho contemplados com aprofundamento (DGP, 2015, BRASIL, 2006).

Portanto, na etapa seguinte passou-se a explorar Grupos de Pesquisa (n=11), visando apreender o perfil dos líderes, que se tornaram sujeitos deste estudo, bem como as prioridades de pesquisa, o modus operandi dos respectivos grupos, o conhecimento da agenda e as prioridades e lacunas desta, nas investigações realizadas.

A fim de preservar a identidade dos informantes, os dados a seguir são apresentados com indicação alfa-numérica, eliminando a identificação do sujeito que participou da entrevista.

#### 6.5. Tabela 5: Perfil dos Líderes dos Grupos de Pesquisa.

SUJEITO	SEXO	IDADE	ANO DE MAIOR TITULAÇÃO
A	♂	38	2014
B	♀	34	2012
C	♀	34	2011
D	♂	60	2005

E	♀	36	2010
F	♀	55	2015
G	♀	40	2008
H	♀	48	2012
I	♀	37	2011
J	♀	49	2005
K	♂	49	2011

\*Tabela elaborada pela autora com dados das entrevistas.

Ao todo foram realizadas 11 entrevistas com os líderes dos Grupos de Pesquisa, sendo oito do sexo feminino e três do sexo masculino, com média de 43,6 anos de idade.

A formação acadêmica dos líderes é educação física (n=2), fisioterapia (n=2), enfermagem (n=2), terapia ocupacional (n=1), farmácia bioquímica (n=1), biologia (n=1), direito (n=1), engenharia química (n=1) apontando para formação nas diversas áreas do conhecimento, com maior tendência na área das ciências biológicas e da saúde. Na trajetória da formação destes evidencia-se uma tendência à formação interdisciplinar, sendo que parcela significativa realizou os estudos pós-graduados em áreas distintas das formações de origem.

As maiores titulações estão entre doutorado (n=7), requisito mínimo para a Liderança de Grupo de Pesquisa; e pós-doutorado (4). Todos os participantes do estudo vinculam-se com Professores, sendo 10 Adjuntos e 1 Associação.

A maior titulação obtida após o ano de 2010 (n=8) para a maioria dos Líderes bem como o início das atividades dos grupos de pesquisa demonstram o caráter recente inserção e/ou fixação dos pesquisadores na área do envelhecimento.

O perfil etário é também significativo, apontando uma tendência de jovens-pesquisadores, tanto do ponto de vista da formação, como pelo critério idade com 60+ anos (n=1).

A partir das entrevistas realizadas com pesquisadores de grupos cadastrados no CNPq (n=11), tendo o roteiro (Anexo 9.3), avança-se na sistematização apresenta-se a seguir uma síntese sobre as principais atividades desenvolvidas atualmente nos respectivos grupos de pesquisa, seguido da declaração de conhecimento e participação na construção da ANPPS, e percepção dos sujeitos sobre as possíveis aproximações da Agenda com as atividades de ensino e pesquisa.

Ao serem questionados sobre as principais atividades realizadas pelos grupos de pesquisa, a totalidade dos Líderes indicam a produção de conhecimentos nas

respectivas áreas. Destaca-se ainda a intervenção no âmbito da cognição (prevenção e estimulação cognitiva); no âmbito da funcionalidade (através da revitalização geriátrica, de treinamento físico e da caminhada), a validação de instrumentos (qualidade de vida e outros) e tecnologias do cuidado.

**Tabela 6: Conhecimento, participação e aproximações com a Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde (ANPPS).**

SUJEITO	CONHECE A AGENDA?	PARTICIPOU DA CONSTRUÇÃO?	APROXIMAÇÕES COM AS DIMENSÕES DA AGENDA
1	Não	Não	Ações de promoção da saúde e prevenção de agravos
2	Sim	Não	Desenvolvimento e avaliação de mecanismos de vigilância à saúde da população idosa
3	Sim	Sim, indiretamente	Avaliação periódica da atenção ao idoso no sistema hospitalar e asilar
4	Não	Não	Ações de promoção da saúde e prevenção de agravos
5	Não	Não	Ações de promoção da saúde e prevenção de agravos
6	Não	Não	*Magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde do idoso
7	Não	Não	Acessibilidade universal
8	Não	Não	Qualidade de vida dos idosos
9	Não	Não	*Magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde do idoso
10	Sim	Sim, indiretamente	Desenvolvimento e avaliação de mecanismos de vigilância à saúde da população idosa
11	Sim e não	“Sim e não”	Ações de promoção da saúde e prevenção de agravos

Quanto questionados sobre o conhecimento da ANPPS, três participantes declaram conhecimento prévio à pesquisa e participação, mesmo que indireta na construção desta.

A percepção declarada do desconhecimento, fez com que a pesquisadora contextualizasse minimamente a ANPPS para avançar a coleta de dados o que propiciou a reflexão sobre as aproximações do Grupo de Pesquisa com as Dimensões da Agenda.

### **6.7. Fragmentos das entrevistas**

Tal como nos aponta Alves-Mazzotti, Gewandsznajder (1999, p.170) as pesquisas qualitativas “geram um enorme volume de dados que precisam ser organizados e compreendidos” num processo complexo que implica um trabalho de redução, organização e interpretação dos dados.

Neste sentido, nossa opção nesta etapa do estudo, foi apresentar fragmentos de narrativas dos sujeitos da pesquisa, considerando singularidades destacadas pelos sujeitos e ao mesmo tempo, aspectos recorrentes e comuns entre as informações obtidas, com a intenção de evidenciar prioridades e lacunas. Evidentemente, não se esgota os dados obtidos, mas aponta-se o que se definiu como objetivo desde o princípio do estudo.

Didaticamente observa-se que em *“itálico”* e entre aspas são as narrativas dos sujeitos da pesquisa, acompanhadas pela participação e/ou articulação da autora desta dissertação. Apresentam-se fragmentos das entrevistas, que conforme procedimentos metodológicos descritos nos propiciaram a pré-análise: coleta e organização do material a ser analisado; seguida de descrição analítica: estudo aprofundado do material orientado pelas hipóteses e referencial teórico e da interpretação inferencial: com os quadros de referência, os conteúdos (manifestos ou latentes) são revelados em função dos propósitos do estudo. (THEOPHILO, MARTINS, 2007, p. 96)

Optou-se, com a prevalência do gênero feminino, a adoção das expressões: pessoa entrevistada e/ou entrevista, com variações ao longo da apresentação das narrativas. Em todas as entrevistas o *“rapport”* foi um momento imprescindível e utilizado visando não apenas a apresentação das propostas e assinatura do TCLE, mas para fortalecimento de vínculo e confiança na relação pesquisador-sujeito, valorizando a trajetória de cada pesquisador (a) participante do estudo.



## **Fragmentos da Entrevista 2**

Após *rapport*, inicio a entrevista perguntando sobre as atividades que realizam e qual a relevância dessas atividades. A pessoa entrevistada aponta que *“basicamente é um grupo de pesquisa, a gente tem projetos de extensão e ensino ligados a essa atividade, mas o foco é a pesquisa, dividida em três linhas principais: os aportes teóricos e metodológicos da gerontologia social, políticas e práticas de promoção do envelhecimento ativo e saudável e tecnologia assistiva para moradia e independência no envelhecimento”*.

Contextualizo apontando que desde a minha graduação, na minha iniciação científica, eu trabalho com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (Idoso) e nessa pesquisa de mestrado o objetivo é estabelecer se existe vínculo entre os Grupos e a Agenda – se os Grupos estão em consonância com o que a Agenda preconiza. Então, a partir disso, a pergunta é perguntar se o Grupo tem o conhecimento da Agenda e se utiliza e como. *“Utiliza em discussões, algum projeto, extensão, alguma coisa assim?”* A entrevistada aponta que afirmativamente, indicando que *“sim, utiliza a Agenda, mas cada pesquisador tem um foco diferente e para mim, quando a Agenda foi firmada, eu não tinha adentrado nem ao mestrado ainda, então ao longo do tempo foram dados diferentes focos a despeito do cronograma, no país em si. Eu sei que o Professor que atua no nosso grupo é bastante atento à Agenda e para mim especificamente teve um impacto maior quando a parte de tecnologia assistiva e tecnologia social começaram a ter mais foco e começaram a sair então grandes editais do CNPq voltados para essa temática que é minha área de pesquisa. Com isso a gente abriu a 3ª linha dentro do Grupo que é a linha de tecnologia assistiva. O Líder, desde a abertura do Grupo, tem atentado para essas questões da Agenda”*.

## **Fragmentos de Entrevista 4**

Pergunto sobre as atividades que o Grupo realiza e a relevância dessas atividades. A resposta inicial aponta que *“o Grupo de Pesquisa realiza algumas ações específicas para o idoso. Existe um Grupo de Estudos onde os alunos apresentam artigos relacionados à promoção de atividade física e envelhecimento. Então esse é um ponto. O outro é a aplicação da intervenção voltada à promoção do envelhecimento ativo e saudável que através de um programa de caminhada, que é apenas uma ferramenta onde os alunos aprendem a parte de gestão e a parte de pesquisa (como se realiza uma*

*pesquisa de intervenção, como analisa dados, como avalia em momento pré e em momento pós, o que faz a intervenção dar certo e o que não faz – então analisam tanto o funcionamento da intervenção quanto os efeitos biopsicossociais para a saúde daquelas pessoas e para as condições de envelhecimento).*

Avanço questionando sobre a ANPPS que é o meu foco na pesquisa. *“Eu gostaria de saber o conhecimento do Grupo, porque o Grupo é composto por docentes e discentes, como conheceu (contexto), se utiliza, ou se utiliza algum outro tipo de documento como, por exemplo, pautar os trabalhos na PNI.”* A informante afirma que *“Os documentos que a gente utiliza são: Política Nacional de Atenção Básica, Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável e as Recomendações Mundiais de Atividade Física da Organização Mundial de Saúde. Esse instrumento que você me perguntou, a Agenda de Prioridades, a gente não utiliza, não conheço, mas nesses documentos que a gente busca tem as diretrizes que tem a importância de trabalhar com prioridades na saúde do idoso e tem como diretrizes também a atividade física”.*

Pergunto se a Agenda apresenta dimensões e debate aspectos que se aproximam do trabalho do Grupo, cuja resposta manifesta foi *“Talvez de forma intuitiva a gente tenha construído um grupo que tenha esse nome ou esse formato que busca ter o idoso como parte da pesquisa por causa disso, já existe uma Agenda que diz que é importante e a gente vai seguindo essa linha”.*

### **Fragmentos da Entrevista 5**

Também na Entrevista 5 pergunto sobre as atividades que o Grupo realiza e qual a relevância. A resposta indica que *“Fundamentalmente a gente atua com intervenção, com treinamento físico (exercício físico realizado de maneira sistematizada) em população jovem, meia-idade e idosos. Então, os idosos são uma população que a gente tem investigado dentro das perspectivas do grupo. Para ser um pouco mais específico, dentro do treinamento físico, a gente investiga mais o treinamento de força que é popularmente conhecido como musculação e como variável dependente, ou seja, as variáveis que vão ser afetadas pelo treinamento de força são as neuromusculares que envolvem sistemas nervoso e o musculoesquelético. Os idosos sofrem ao longo dos anos uma perda de funcionalidade em decorrência de alterações nesses dois sistemas, tanto neural quanto muscular. Então a gente usa estratégias de treinamento de força para*

*minimizar as perdas e tentar reverter alguns processos. Pergunto como essas faixas etárias são recrutadas... “Na verdade, após aprovado pelo Comitê de Ética, a gente divulga em sites, mídia especializada que atinge mais a população de modo geral que são rádio e TV e agora páginas de rede social”.*

Avanço perguntando sobre a ANPPS: “O Grupo ou o líder sendo você, conhece a Agenda” e objetivamente a resposta foi “Não. Agenda Nacional...?”, que me mobilizou a uma breve explicação sobre a Agenda, seguindo novamente da pergunta – “Então, utiliza?”, cuja resposta foi negativa.

Pergunto a seguir “Qual documento vocês utilizam? Tem algum documento relacionado?” A resposta também foi “Não, só em termos de Comitê de Ética, a Resolução a qual a gente segue os cuidados para pesquisa com seres humanos. Esse é o único documento que a gente utiliza. Óbvio que as estratégias de treinamento são em estudos científicos que sustentam essa intervenção. Mas documento, não”.

### **Fragmentos da Entrevista 8**

Perguntando sobre as atividades que o Grupo realiza e a relevância delas, o entrevistado afirma que “esse grupo começou em novembro de 2014, temos duas linhas de pesquisa, uma que está relacionada com a construção e avaliação de instrumentos de qualidade de vida, então são instrumentos específicos para condições do envelhecimento, por exemplo, a Profa. F está trabalhando e validando um instrumento de qualidade de vida para idosos institucionalizados (que estão em Instituições de Longa Permanência). Nós temos também alguns estudos de qualidade de vida de grupos específicos, então nós estudamos a qualidade de vida de idosos em situações específicas, com doenças específicas. A atividade do grupo também depende dos componentes; nós temos o interesse dos estudantes. Pergunto se fazem encontros com alguma periodicidade. Afirma que “nesse momento a gente não está realizando encontros; a gente tem encontros sim, mas a gente não está realizando com uma frequência como acontece com o Grupo X da Profa Y que acontecia sistematicamente toda semana, depois espaçou, depende da época, se tem coleta ou não, e se tem uma pesquisa que abarca um número x de alunos que leva à necessidade de reuniões. Então a gente faz conforme a demanda.” Quanto a existência de bolsa ou fomento de alguma Instituição, afirma que “algumas pesquisas que estão dentro do Grupo de Pesquisa, realizada por integrantes do grupo, tem bolsa sim, inclusive o trabalho que acabou de acabar que é do Z, tinha

*FAPESP, não só para ele, mas era um auxílio pesquisa que a Y conseguiu pro grupo de pesquisa pra fazer a validação do instrumento para avaliar a qualidade de vida de idosos institucionalizados. E é um excelente instrumento, foi validado e agora estão tentando publicar”.*

Mais especificamente quando perguntado sobre a ANPPS, se o Grupo e os Líderes conhecem a Agenda, a resposta foi negativa quanto à utilização e construção.

### **Fragmentos da Entrevista 10**

Também inicio perguntando as atividades que o Grupo realiza e a relevância delas. A resposta imediata é que *“O Grupo de Pesquisa está cadastrado na área da saúde coletiva, é um grupo com algumas décadas, na verdade ele foi formado em 1994 e ele tem quatro linhas de pesquisa atualmente que são “Idoso e Saúde”, “Recursos Humanos em Gerontologia”, “Saberes e Práticas em Gerontologia” e “Tecnologias de Cuidado para Idosos com Alterações Cognitivas”. As atividades que este Grupo procura desenvolver na verdade a gente envolve alunos de graduação e pós-graduação, alunos bolsistas de extensão, onde a gente procura produzir conhecimento para fortalecer e consolidar essas linhas do Grupo. Atualmente a gente tem investido bastante – as nossas pesquisas mais recentes vêm focando na área do idoso que cuida, então o idoso cuidador e todas as nossas pesquisas tem produção da linha da cognição. Atualmente a gente está estudando a cognição (fatores associados à cognição) do idoso que cuida. É constituído por pesquisadores de diferentes áreas, médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, farmacêutico, e etc., com alunos na área de pós-graduação em psicologia, enfermagem, na área de fisioterapia, já tivemos pessoal da área de engenharia de produção. O que o Grupo faz? As nossas atividades, talvez a gente possa resumir em: criação de instrumentos que avaliam idosos cuidadores, investigações para compreender a maneira como agem e pensam os idosos e seus cuidadores, avaliações e intervenções em saúde e envelhecimento, recursos humanos em gerontologia e criação de tecnologias de cuidado de idosos com alterações cognitivas. Uma ação importante é que o Grupo de Pesquisa tenta sempre desenvolver as suas atividades relacionando com o compromisso social. Então a gente desenvolve as atividades de pesquisa procurando fazer com que essa produção, esse conhecimento fique acessível à comunidade. E nesse sentido a gente integra com as atividades de extensão. Então, por exemplo, a gente tem produzido conhecimento na*

*área de cognição com biomarcador, com perfil cognitivo de cuidador, enfim. Aí a gente tem, por exemplo, dia Mundial de Alzheimer, Centro de orientação do idoso e seu cuidador que procura orientar esses cuidadores de idosos com demência. Aquilo que a gente vai produzindo a gente procura trazer nas atividades de extensão um vínculo com isso. Além disso, tanto os alunos quanto os docentes procuram levar essa produção para os eventos científicos. A gente tem participado de eventos científicos, tanto nacionais quanto internacionais e criando parcerias internacionais. Atualmente a gente está com uma parceria que eu considero bastante significativa que seria com a Universidade de Cambridge, onde a gente tem um aluno de mestrado fazendo um estágio no exterior, nessa Universidade, estudando a questão da cognição e da funcionalidade desses idosos cuidadores. Então a gente já fez parceria com Cambridge, parceria com Aveiro, parceria com a Universidade de Madri. A gente procura estar no cenário internacional para produzir e afinar as nossas atividades. Outra atividade que o Grupo também faz: nós somos sócios da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, que é uma sociedade de caráter científico – a gente procura participar das discussões dessa Sociedade, dos eventos científicos e alguns membros do Grupo muitas vezes participam da comissão científica, participam de avaliação dos trabalhos do evento. São atividades que a gente procura fazer em parceria com uma sociedade científica. Além disso, também o Grupo procura desenvolver atividades na produção de conhecimento, então nós, nessa linha de “Saberes e Práticas”, elaboramos os protocolos de avaliação gerontológica que são usados no curso, então tem integração com o ensino e essa foi uma produção científica publicada pela EdUFSCar, e também a produção de capítulos de livros, em geral com parceria com outras Universidades. Nacionalmente, as nossas parcerias têm sido com a UNICAMP, USP de Ribeirão, USP de São Paulo (EACH) e UFMG. Outra atividade bastante importante do Grupo é a motivação e interesse da participação dos estudantes na iniciação científica, então os professores incentivam e tem sempre alunos de iniciação científica vinculados aos projetos de pesquisa - além da orientação de alunos de mestrado e doutorado - a gente tem um incentivo aos alunos de iniciação científica e também o Grupo tem alunos de pós-doutorado. Atualmente o Grupo tem dois alunos de pós-doutorado desenvolvendo suas pesquisas.*

Ao refletir sobre a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde, se o Grupo conhece, a resposta foi “Sim, o Grupo conhece a Agenda, a gente não participou da

*elaboração da Agenda. Na verdade nós não participamos diretamente, nós participamos indiretamente. Por quê? Porque na época em que essa Agenda estava sendo construída, quando foi feita toda consulta a gente estava vinculado ao Programa de Pós - graduação em Gerontologia da UNICAMP, a Professora A e a Professora B levaram as questões da saúde do idoso para essa Agenda de Prioridades porque a Agenda prioriza e olha um pouquinho as necessidades e os grupos em que a gente deveria focar. Na verdade por estar fazendo parte do Grupo de Pós – graduação em Gerontologia, esses Grupos levaram a demanda da questão da saúde do idoso. Eu participei disso via programa de pós – graduação, mas eu como pessoa – pesquisadora individualmente, não. Avanzo investigando se em grupos ou discussões o Grupo utiliza a Agenda e tenho: “Então, na verdade quando a gente utiliza, normalmente é assim: fica sempre atento à Agenda de Prioridades de Pesquisa porque enquanto pesquisador primeiro precisamos olhar que direção nossas pesquisas devem ter e as prioridades de pesquisa nos ditam o caminho, não só da necessidade como o caminho da investigação, do financiamento. Então o que acontece? Os órgãos de fomento se atentam à Agenda de Pesquisa para alocar o recurso, então nesse sentido nós ficamos atentos principalmente quando a FINEP lançou um edital específico de financiamento para tecnologia, tanto é que uma das linhas que a gente tem é “Tecnologia de cuidado a idosos com alterações cognitivas”. Por quê? Porque dentro da Agenda de Saúde as doenças crônicas estavam sendo priorizadas, e dentre as doenças crônicas, nós tínhamos destaque para as questões das demências que têm uma influência grande na área da cognição. Então nós encaminhamos uma solicitação para a FINEP para fazer uma pesquisa na área de tecnologia de cuidado para idosos com alterações cognitivas. Enquanto Grupo de Pesquisa, eu acho que tem dois objetivos estar atento para as Agendas: um é para olhar o que o país está olhando como prioridade para que a gente possa alinhar isso com as nossas linhas de pesquisa. E outro é saber onde que o Governo está querendo investir para que a gente possa buscar os recursos e financiamentos para desenvolver as pesquisas”. Finalizo questionando se a Agenda apresenta dimensões e debate aspectos que se aproximam do trabalho do Grupo, cuja resposta foi afirmativa.*

### **Fragmentos da Entrevista 11**

A entrevista a seguir tem-se o indicativo de que “alguns projetos voltados pra área do idoso, certo? Então isso tudo está dentro de um contexto que chama Portal do Idoso

*Ativo. Então tem um Grupo de Pesquisa em Revitalização Geriátrica que foi o objeto inicial do meu pós – doc. Nós temos um curso voltado para o envelhecimento e saúde da pessoa idosa, um aperfeiçoamento em fisioterapia geriátrica. Declara que “temos, antes de mais nada, um trabalho que nós começamos na região de São Carlos que não existia antes, que foi uma decorrência direta do meu pós – doutorado. Como é que foi essa história? Nós havíamos identificado que não tínhamos no âmbito da fisioterapia uma formação específica para nossos alunos, na Universidade Federal eu “tô” falando, para que nossos alunos lidassem com as pessoas com mais de 60 anos. Com base nisso, nós vimos a necessidade de alguém sair do país para verificar, naquelas populações onde o envelhecimento populacional já tinha acontecido há bastante tempo, o que estas pessoas no campo do movimento humano estavam fazendo para lidar com essas pessoas para ver o que daquilo que eles estavam fazendo pudesse ser adaptado para a realidade brasileira. Esta pessoa fui eu; eu fui para Espanha, Salamanca especificamente, para fazer o pós-doutorado e fiquei em Salamanca aproximadamente três anos entre idas e vindas para verificar este Programa chamado de Revitalização Geriátrica lá em Salamanca. Eu fiquei com o responsável lá na área de fisioterapia e o ajudei a gerenciar este programa durante este tempo. Depois disso eu voltei para São Carlos e implementamos com as devidas adaptações este programa aqui no município. Então nós criamos um programa bastante parecido com aquele que já existia há muitos anos lá em Salamanca aqui em São Carlos. Este programa se constituiu em um convênio entre a Universidade Federal de São Carlos e a Prefeitura Municipal envolvendo a Universidade Aberta da Terceira Idade. O que este programa se propôs a fazer? Em primeiro lugar foi criar um serviço que lidasse com uma intervenção junto a 450 idosos que nós temos hoje lá na UATI para melhoria das condições de vida destas pessoas. Então nós entramos com um programa específico de atividades físicas para os idosos e paralelamente a estas atividades físicas nós fomos controlando um conjunto grande de variáveis; variáveis que iam desde força muscular, pressão arterial, flexibilidade, condicionamento aeróbio e etc. até variáveis voltadas para qualidade de vida, acessibilidade e um conjunto de variáveis envolvidas na questão do idoso. E aí nós começamos, portanto, a produzir uma quantidade significativa de conhecimento relativo à influência de algumas dessas variáveis na qualidade de vida das pessoas idosas e muitos trabalhos foram feitos em âmbito de dissertações de mestrado ou teses de doutorado em relação a isso. Nós já temos este trabalho em continuidade há sete anos, é claro que isso tudo visando lidar melhor com os idosos e produzir conhecimento*

*novo, mas também, em paralelo, visando à formação dos profissionais, fisioterapeutas inicialmente da Universidade neste processo. Então tudo isso era feito em conjunto com os alunos que quisessem participar. Este foi o mote inicial. É claro que decorrentes disso outras necessidades começaram a surgir. Então nós identificamos que muito embora a gente já estivesse criando boas condições para os alunos que estavam fazendo o curso de fisioterapia, nós tínhamos um contingente grande de fisioterapeutas já formados que não tinham tido esta capacitação. Então nós pensamos em um curso de especialização e de aperfeiçoamento para capacitar aqueles profissionais fisioterapeutas já formados, já atuando e que não tivessem tido esta oportunidade. Nós formatamos estes dois outros cursos para formação destes profissionais. Mais recentemente, nós começamos a ampliar este leque, deixamos de pensar exclusivamente na formação do fisioterapeuta, até por algumas orientações do Ministério da Educação e Ministério da Saúde e começamos a ampliar esta oportunidade de capacitação para todos os profissionais das equipes de saúde. Então incluímos gerontólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e etc. Para isso nós tivemos que alterar a formatação inicial do curso; tivemos que mudar o conteúdo, o método e etc. Então este processo hoje está voltado para formação daqueles profissionais da equipe de saúde e está centrado, portanto, em um conhecimento mais amplo que ultrapassa a fisioterapia e que possa ser objeto de interesse de todos esses profissionais.*

*Refletindo mais especificamente sobre meu objeto de estudo, “o que eu procuro saber é se o Grupo conhece e utiliza este documento ou outros documentos para pautar o trabalho” (breve fala sobre a Agenda e sua construção), tem-se “a resposta é sim e não. Sim, no aspecto pessoal. Eu pessoalmente participei desta construção, até por conta de estar na gestão do Ministério da Educação (de algumas áreas do Ministério da Educação) no decorrer deste período. Então eu participei de algumas Conferências Nacionais de Saúde e, já que estava nestas Conferências Nacionais de Saúde, eu aproveitei para atuar e colaborar naqueles aspectos que tinham mais a ver com a minha atuação como pesquisador, o idoso. Mas se você perguntar se o nosso Grupo participou ativamente de todo este processo, se utiliza toda esta documentação como um orientador para todas as suas atividades daí a resposta é não porque este Grupo é na realidade começava a identificar o problema e lidar com ele muito antes destas Conferências, ou seja, tudo isso que essa documentação pressupõe ou orienta, de certa maneira, nós já vínhamos fazendo. Então há um pouco o entendimento de que o grupo*



*até tinha um acúmulo maior de conhecimento nessa área do que essas orientações pudessem adicionar ao grupo. Talvez não seja o melhor entendimento do mundo não, mas de qualquer maneira essa documentação é importante, claro que as pessoas conhecem, mas o grupo tem, eu diria pra você, até por conta de toda essa história que eu te contei, uma vida própria já há um determinado tempo que utiliza de todas essas informações, mas não utiliza como a única orientação ou como melhor orientação esta documentação.*

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS: ALGUMAS EVIDÊNCIAS E REFLEXÕES**

Através do presente estudo, se cogitou algumas possibilidades: que os Grupos, por abrangerem uma região que possui diversas universidades públicas de grande e relevante impacto e importância social, ao menos conhecessem a ANPPS, porém são poucos que a conhecem, e menos ainda os que a utilizam; que os trabalhos sobre Gerontologia e Envelhecimento estivessem descentralizados, porém estão concentrados na Universidade Federal de São Carlos, onde existe o curso de graduação em Gerontologia.

Constatou-se a escassez de conhecimentos, pesquisas, estudos e a disseminação de conhecimento de forma mais ampliada entre os Grupos de Pesquisa sobre ANPPS, objeto da presente investigação, apontando que apesar de acessível, há necessidade de maiores aprofundamentos no processo de formação e o fomento nas pesquisas. O rastreamento e as interfaces da Agenda Nacional de Prioridade em Saúde do idoso na região em estudo corroboram lacunas identificadas e as principais preocupações e prioridades de ações voltadas para saúde do idoso na região do DRS voltam-se prioritariamente para estratégias da saúde do idoso preconizadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. Há a auto-referência de conhecimento da minoria dos Grupos sobre a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, de dois modos: a) líder do Grupo; b) grupo como um todo incluindo líderes, estudantes (em nível de graduação e pós-graduação), técnicos e colaboradores. A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde não entra como foco de discussão dos Grupos e alguns utilizam e pautam-se em outros documentos para desenvolver os trabalhos. A literatura apresenta dados relevantes, demonstrando a necessidade de maior apropriação e reflexão, especialmente na temática idoso/envelhecimento, bem como sua disseminação entre pesquisadores, trabalhadores e usuários de saúde.

Quanto aos Grupos de Pesquisa do Diretório do CNPq, as instituições públicas de ensino superior desenvolvem maior quantidade de pesquisas do que as universidades privadas em todas as áreas de conhecimento, sendo que as pesquisas sobre envelhecimento e gerontologia são mais desenvolvidas recentemente na Universidade Federal de São Carlos. Nenhuma universidade particular que contempla a região do estudo está atualmente cadastrada na Plataforma Lattes com algum Grupo de Pesquisa, quer seja em envelhecimento/gerontologia ou tema correlato. Em conversas informais

ou troca de e-mails com os responsáveis pela pesquisa ou com alunos de universidades particulares foi confirmado que não existem grupos, e os que existiram não tiveram continuidade. Os temas mais evidenciados entre os Grupos de Pesquisa são na área das Ciências da Saúde (n=8), depois Ciências Sociais Aplicadas (n=1), Ciências Biológicas (n=1) e Ciências Humanas (n=1), sendo a promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças o foco principal da maioria. O número de participantes dos grupos é variado, sendo o menor n=6 e o maior n=49. Observa-se que os Grupos mais recentes têm um número reduzido de participantes e que, proporcionalmente, os Grupos mais antigos têm um número maior de participantes. Isso se deve ao fato de que Grupos recentes estão em processo de consolidação e obtenção de recursos e financiamento dos órgãos de fomento, principalmente CNPq e FAPESP. O financiamento de todos os grupos (seja um projeto ou mais) demonstra que as pesquisas em saúde do idoso e envelhecimento estão de acordo e consonância com a Agenda e o PPSUS.

Este trabalho colabora, mesmo que minimamente, a desenvolver um olhar crítico-reflexivo sobre o envelhecimento no campo CTS, principalmente no que tange os aspectos e impactos sociais do envelhecimento que influenciam e determinam a produção de conhecimento e serviços para atender a população idosa. Inserir esta problemática no campo de estudos CTS é de fundamental importância, considerando os objetivos e aportes, especialmente no que tange às lacunas e dimensões sócio-históricas do processo. A aderência deste tema-objeto é inquestionável, requerendo cada vez mais estudos e pesquisas que propiciem para além do aprofundamento desta questão, intervenções efetivas junto a pesquisadores, profissionais em formação, gestores, trabalhadores de saúde, usuários e cidadãos, para que de forma efetiva possa capilarizar o que foi pactuado há mais de uma década na ANPPS.

A heterogeneidade da formação acadêmica dos líderes dos Grupos demonstra que, mesmo recente, a formação multi e interdisciplinar do campo da Gerontologia está em andamento. Porém, ainda existe dissonância com a prática, pois, como as práticas interdisciplinares são recentes, o pesquisador e o profissional tendem para sua área de formação.

Recentemente, por ocasião da XV Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2015), nos mais diversos níveis – municipais, estaduais e nacional o tema “ciência e

tecnologia” foi objeto de debate e identificação de demanda, reafirmando a relevância do tema, que precisa ser perscrutado e analisado em novos estudos.

Considerando as colocações de Minayo (1992), as conclusões de uma pesquisa, por mais brilhantes que sejam, são produtos finais provisórios, pois na ciência as afirmações podem ser superadas e substituídas por outras. Dessa forma, essa pesquisa colaborou para que sucessivos trabalhos possam apresentar boas novas sobre a pesquisa em saúde do idoso.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES-MAZZOTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. O Planejamento de Pesquisas Qualitativas. In:\_\_\_\_\_. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa.**2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999. 147-178 p.

AKERMAN, M; FISCHER, A. Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (ANPPS): foco na subagenda 18 – Promoção da Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 180-190, Mar. 2014.

ANITELLI, PEDRO, 2014.“Sobre a Produção de Conhecimento em Gerontologia: Análise das Prioridades de Pesquisa em Gerontologia a partir do Diretório de Grupos de Pesquisas do CNPQ e a Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde (Idoso)”. **Simpósio de Desenvolvimento, Tecnologia e Sociedade.** UNIFEI. Itajubá, MG. 2014.

ALKEMA, GE, ALLEY, DE, Gerontology’s future: na integrative model for disciplinary advancement. **The Gerontologist**, v.46, n.5, p.574-582, 2006.

ALVES, APM; OGATA, MN; PEDRO, WJA. Breve Análise de Periódicos da Área de Ciências da Informação sobre as Teorias de Identidade e Representações Sociais. **Revista Uniara.** v. 12, n.2, dez. 2009

BAZZO, W. A. **Ciência, Tecnologia e Sociedade: e o contexto da educação tecnológica.** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1998.

\_\_\_\_\_, WA; Linsingen, IV; Pereira, LTV. **Introdução aos estudos CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade).** Cadernos de Ibero - América. Madrid/Espanha, 2003. P.118-154.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988– 35.ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.454 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura, **MEC.** Disponível em:<[www.mec.gov.br](http://www.mec.gov.br)> Acesso em abril/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa**

**em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. P.19

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil - **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**/Ministério da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – 2. ed.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Por que pesquisa em saúde?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.20 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. **Resultados da consulta pública da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.** Departamento de Ciência e Tecnologia. Esplanada dos Ministérios, Brasília-DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.42, n.4, pp. 773-775.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 74 p.

\_\_\_\_\_. **Divisão de Temas Educacionais.** Denominações das Instituições de Ensino Superior (IES). Disponível em:<[http://www.dce.mre.gov.br/nomenclatura\\_cursos.html](http://www.dce.mre.gov.br/nomenclatura_cursos.html)>

Acesso dezembro/2015.

\_\_\_\_\_. Plataforma Lattes. **Diretório dos Grupos de Pesquisa**. Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/>> Acesso 2015.

\_\_\_\_\_. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2013. Disponível em <[www.ibge.org.br](http://www.ibge.org.br/)> Acesso em 2015/2016.

\_\_\_\_\_. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acesso em 2015.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **Portal de Pesquisa**. Disponível em: <<http://bvsa.org/>> Acesso abril/2015.

CACHIONI, M; NERI, AL. Educação e gerontologia: desafios e oportunidades. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**; Passo Fundo, p.99-115. 2004.

CAMARANO, AA. A demografia e o envelhecimento populacional. In: Borges APA, Coimbra AMC, organizadores. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2008. p.111-134.

\_\_\_\_\_, AA. O novo paradigma demográfico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3446, Dez. 2013.

CASTELLANOS, PL. 1997. **Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida: Considerações conceituais**. In: Barata, R. (org.). Condições de vida e situação de saúde. RJ.

CUEVAS, A. **Conocimiento científico, ciudadanía y democracia**. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad - CTS, vol. 4, núm. 10, enero, 2008, p. 67-83

EACH. ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES DA USP. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Gerontologia**, 2008.

FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia**. 5ª ed. – São Paulo: Saraiva, 2006.

FAZENDA, I. **O Que é interdisciplinaridade?** / Ivani Fazenda (org.). — São Paulo:

Cortez, 2008.

FERRARO, KF. Is Gerontology Interdisciplinary? **Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES**. 2007, Vol. 62B, No 1.

GIDDENS, A. **Sociologia**. (4ª ed.). Porto Alegre, Artmed, 2001

GUIMARÃES, et al. Defining and implementing a National Policy for Science, Technology, and Innovation in Health: lessons from the Brazilian experience. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1775-1785, Set. 2006.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 217-220, Set. 1987.

KOOGAN/HOUAIIS. **Enciclopédia e Dicionário Ilustrado**. 4ª ed. Rio de Janeiro, Seifer, 2000, 1808 p.

KREIMER, P. Estudios sociales de La ciencia y La tecnologia en América Latina: ¿para qué? ¿para quién? **Redes**, vol. 13, núm. 26, pp. 55-64, Universidad Nacional de Quilmes, Argentina, diciembre, 2007.

LEBRÃO, ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, vol. 4, núm. 17, pp. 135-140, 2007.

\_\_\_\_\_, ML. Epidemiologia do envelhecimento. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 47, abr. 2009.

LIMA-COSTA, MF; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, Junho 2003.

MARTIN, DJ; GILLEN, LL. Revisiting Gerontology's scrapbook: from Metchnikoff to the spectrum model of aging. **The Gerontologist**. V. 54, p. 51-58.

MARTINS, G.A. & Theophilo, C.R. **Metodologia da Investigação Científica para as Ciências Sociais Aplicadas**. São Paulo (SP): Atlas. 2007.



MINAYO, MCS (org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento.** / Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Jr. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 212p.

\_\_\_\_\_, MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-210, fev. 2012.

NERI, AL. **Palavras Chave em Gerontologia.** Editora Alínea. 3ª ed. Campinas; 2008. P.94.

OLIVEIRA, M. M. de. **Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde – PPSUS: construção de modelo lógico e da matriz de medidas avaliativas.** 2008. 132 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)–Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

OPS. **Boletim epidemiológico.** Vol. 20. No.3. 1999.

ORLANDI, B. D. M; PEDRO, W.J.A. Uma análise sobre o processo e uso de informações em saúde via internet pelas pessoas idosas / Brunella Della MaggioriOrlandi. – São Carlos: **UFSCar**, 2014. 105 p.

ORLANDI, B. D. M; PEDRO, WJA. A Gerontologia e o campo CTS. In: HOFFMAN, W.A.M.; MIOTELLO, V.; PEDRO, W.J.A. **Diferentes conexões em Ciência, Tecnologia e Sociedade.** São Carlos, Pedro & João Editores, 2016 (no prelo)

PALÁCIOS, M. **O programa Forte de Sociologia do Conhecimento e o princípio da causalidade.** In: PORTOCARRERO, V. (Org.). Filosofia, história e sociologia das ciências I: abordagens contemporâneas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p.175-198.

\_\_\_\_\_, EMG; Galbarte, JCG; Cerezo, JAL; Lujám, JL; Gordillo, MM; Osorio, C; Valdés, C. **Ciencia, Tecnología y Sociedad: una aproximación conceptual.** Cuadernos de Iberoamérica. Madrid/Espanha, 2001. P. 11-30, 119-150.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost et al . A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 14, n. 3, p. 398-402, Set. 2005 .

PEDRO, W. J. A. **Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo.** Revista Kairós Gerontologia, 2013. P. 09-32.

\_\_\_\_\_, W. J. A; Ogata, MN. **Ciência, tecnologia e inovação em saúde: Um estudo de caso junto a profissionais de saúde.** Ciência, Tecnologia e Sociedade: Enfoques teóricos e aplicados. São Carlos: Pedro e João Editores, 2008. P. 267-289.

\_\_\_\_\_, W. J. A; Orlandi, BDM; Silva, MC; Perseguino, AS. **Interfaces CTS e gestão pública: “o estado da arte”.** Simpósio de Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade (3º:2012: Itajubá, MG) P.67.

\_\_\_\_\_, W. J. A. **Gênero, tecnologia e envelhecimento: compartilhando experiências e reflexões.** In. Galindo, D; Souza, L.L de (org). Gênero e Tecnologias. Tecnologias do Gênero. Estudos, pesquisas e poéticas interdisciplinares. Ed. EdUFMT, 2012, 117-136.

PINHEIRO, NAM; SILVEIRA, RMCF; BAZZO, WA. Ciência, Tecnologia e Sociedade: a relevância do enfoque CTS para o contexto do Ensino Médio. **Ciênc. educ. (Bauru)**, Bauru, v. 13, n. 1, p. 71-84, abril 2007.

PRAIA, J; CACHAPUZ, A. Ciência – Tecnologia – Sociedade: um compromisso ético. **Revista CTS**, n.6, vol.2, 2005, p.173-194.

SES. **Secretaria de Estado da Saúde.** Disponível em <[www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude](http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude)> Acesso: janeiro/2015.

PREMEBIDA, A; NEVES, FM; ALMEIDA, J. Estudos sociais em ciência e tecnologia e suas distintas abordagens. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 13, n. 26, p. 22-42, 2011.

SHAPIN, S; SCHAFFER, S. **El Leviathan y la bomba de vacuo:** Hobbes, Boyle y la vida experimental. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes. Editorial, 2005.

SILVA, RM da; CAETANO, R. Um exame dos fluxos financeiros do Ministério da

Saúde em pesquisa e desenvolvimento (2003-2005), segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 687-700, abril 2011.

THIESEN, JS. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 39, p. 545-554, dez. 2008.

UFSCar. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Gerontologia**, 2008.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, junho 2009.

VERGARA, SV. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo. Editora Atlas, 6ª ed. 90 p. 2005.

\_\_\_\_\_, SV. **Métodos de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

ZAUITH, G; OGATA, MN. Intercom – **Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação**. XXXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Curitiba – PR. Set. 2009. Disponível em <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2009/resumos/R4-2290-1.pdf>> Acesso em janeiro 2016.

WHO. **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): OPAS; 2005.

## 9. APÊNDICE

### 9.1. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Esta Instituição foi selecionada para participar da pesquisa intitulada “O Idoso na Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde: Um Estudo no Campo CTS”, pois se encaixa no perfil de profissional da saúde e/ou pesquisador da região em estudo.

Eu, \_\_\_\_\_,  
diretor/coordenador responsável pelo desenvolvimento de Pesquisas nesta Universidade, autorizo a pesquisadora Lídia Bonfanti Anitelli, do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos, a desenvolver a pesquisa citada acima sob orientação do Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro.

Esta instituição está ciente de sua participação como co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos nela recrutados.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura e carimbo do Responsável pela Instituição

## **9.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

1. Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O Idoso na Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde: Um Estudo no Campo CTS”.

2. O crescimento da população idosa vem ocorrendo de forma acelerada no país. Em 2025 seremos a sexta população de idosos no mundo com mais de 32 milhões de pessoas acima de 60 anos. A Gerontologia vem se configurando como “multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo do envelhecimento.” O campo de trabalho acadêmico CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade) está constituído pelos aspectos sociais das ciências e da tecnologia, tanto no que concerne às mudanças científico-tecnológicas e as conseqüências sócio-ambientais. Em estudos de iniciação científica realizado, investigou-se o tema envelhecimento junto à gestão pública, que já demonstra preocupação com esta demanda no país, configurando um legado de produções como é o caso da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Em processo de formação profissional na Graduação em Gerontologia, engajamos em cenários de Prática Profissional. Trata-se de uma experiência de atuação no Departamento Regional de Saúde III localizado em Araraquara – SP, onde são desenvolvidas atividades na área da saúde do idoso. O confronto entre a experiência da investigação científica e a realidade trabalhada no campo de prática demonstrou-se latente, justificando-se a relevância de analisar o conhecimento da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (Idoso) junto aos profissionais de saúde do idoso e pesquisadores da região em estudo. Trata-se de um estudo de campo de caráter exploratório e descritivo.

3. Você foi selecionado a participar, pois se encaixa no perfil de profissional da saúde e/ou pesquisador da região em estudo e sua participação não é obrigatória.

4. Você será convidado a responder uma entrevista semiestruturada cuja primeira etapa é a identificação do sujeito de pesquisa e a segunda parte é a investigação sobre o conhecimento sobre a Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde.

5. A pesquisa apresenta riscos mínimos. As perguntas não são invasivas à intimidade do participante. Caso as perguntas causam algum desconforto ou estresse, você, participante, pode interromper ou suspender a entrevista a qualquer momento.

6. Sua participação é voluntária, sendo possível desistir de participar a qualquer momento.

7. Sua participação tem como benefício a troca de informações sobre o conhecimento e a importância da Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde e auxiliará na obtenção de dados sobre a mesma para fins científicos na área da saúde do idoso e da Ciência, Tecnologia e Sociedade.

8. Todas as informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo de sua participação neste estudo. Caso nomes sejam citados, a eles serão atribuídos letras, sendo garantido o anonimato nos resultados e publicações.

9. Solicito autorização para gravação de áudio no momento da entrevista. As gravações serão transcritas o mais fidedignamente possível para validar as informações fornecidas.

10. Esta pesquisa não incorrerá gastos ao participante, porém, se isso ocorrer, o ressarcimento será feito pelo pesquisador.

11. Uma cópia deste documento será fornecida para esclarecimento de dúvidas a qualquer momento. Constam de telefone, endereço pessoal e e-mail da pesquisadora.

---

Lídia Bonfanti Anitelli – pesquisadora principal  
Rua Constantino Afonso Pinck, 52. Jardim Santa Rita. Leme/SP.  
[lidia.geronto@gmail.com](mailto:lidia.geronto@gmail.com)/ telefone (19) 98916-3103

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

**O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)**

Nome do participante de pesquisa:

Documento do participante:

Local e data:

---

Assinatura do Sujeito da pesquisa

### 9.3 Roteiro de Entrevista

#### Título da Pesquisa

O Idoso na Agenda de Prioridade de Pesquisa em Saúde: Um Estudo no Campo CTS

#### Perfil

Nome \_\_\_\_\_

Sexo: F( ) M( )

Idade: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Atuação: \_\_\_\_\_

Maior Titulação: ( ) Pós Doutorado

( ) Doutorado

( ) Mestrado Profissional

( ) Mestrado Acadêmico

( ) Especialização

( ) Graduação

( ) Outro                      Ano último título: \_\_\_\_\_

#### Nome do Grupo de Pesquisa

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Atividades que realizam e relevância

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Perguntas

Conhece a Agenda? S( ) N( )

Como conheceu? Contexto.



---

---

Utilizou/ utiliza? Como?

---

---

Participou da construção? N( ) S( ) {Consulta pública ( ) Debate presencial ( )}

A Agenda apresenta as dimensões e debate aspectos que se aproximam do seu trabalho?  
S( ) N( )

---

---

## 10. ANEXOS

### 10.1. Parecer

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O IDOSO NA AGENDA DE PRIORIDADES DE PESQUISA EM SAÚDE: UM ESTUDO NO CAMPO CTS.

**Pesquisador:** Lídia Anitelli

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 42348715.7.0000.5504

**Instituição Proponente:** CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.062.001

**Data da Relatoria:** 12/05/2015

##### Apresentação do Projeto:

O projeto visa analisar o conhecimento da Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde do Idoso junto aos articuladores de saúde da pessoa idosa do Departamento Regional de Saúde III - Araraquara.

##### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar o conhecimento da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (Idoso) junto aos articuladores de saúde da pessoa idosa dos 24 municípios do DRS III – Araraquara. Identificar e explorar as principais preocupações e prioridades de ações voltadas para saúde do idoso dos mesmos.

**Objetivo Secundário:**

a) Revisar a literatura sobre a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, com ênfase na saúde do idoso; b) Rastrear e analisar as interfaces da Agenda Nacional de Prioridade em Saúde do idoso a nível macro regional; c) Identificar e explorar as principais preocupações e prioridades de ações voltadas para saúde do idoso; d) Sistematizar e analisar as informações a fim de identificar e descrever as lacunas e prioridades de Agenda na região em estudo.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.062.001

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios estão adequadamente descritos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante, os riscos e benefícios estão adequadamente descritos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE contém todas as informações necessárias aos possíveis participantes da pesquisa.

O Termo de Autorização da instituição em que serão selecionados os participantes da pesquisa está adequado.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há lista de pendências ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO CARLOS, 13 de Maio de 2015

---

Assinado por:  
Ricardo Carneiro Borra  
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
UF: SP Município: SAO CARLOS  
Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br