

**UNIJUÍ – UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

MARINEZ KOLLER PETTENON

**CONCEPÇÕES DE ENVELHECIMENTO E A ATENÇÃO A IDOSOS
EM UMA REDE DE SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL**

Ijuí (RS)

2009

MARINEZ KOLLER PETTENON

**CONCEPÇÕES DE ENVELHECIMENTO E A ATENÇÃO A IDOSOS
EM UMA REDE DE SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação nas Ciências – Mestrado, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí, requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação nas Ciências. Linha de pesquisa: Educação Popular em Movimentos e Organizações Sociais.

Orientador: Professor Doutor Walter Frantz
Co-orientador: Professor Doutor Antônio Inácio Andrioli

Ijuí (RS)

2009

A comissão abaixo assinada aprova a presente dissertação:

**CONCEPÇÕES DE ENVELHECIMENTO E ATENÇÃO A IDOSOS EM UMA
REDE DE SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL**

elaborada pela mestranda

MARINEZ KOLLER PETTENON

como requisito parcial para obtenção do grau de
MESTRE EM EDUCAÇÃO NAS CIÊNCIAS

COMISSÃO EXAMINADORA:

Professor Doutor Walter Frantz, Orientador (Unijuí)

Professor Doutor Antônio Inácio Andrioli, Co-orientador (Unijuí)

Professora Doutora Águida Wichrowski Kopf, Examinadora (Unijuí)

Professora Doutora Marines Tambara Leite, Examinadora (UFSM)

Às minhas saudosas e amadas avós,
Otília e Anita, e à minha tia Ida.

Mesmo depois de partirem, continuam presentes no pensamento e no coração de todos os familiares, pois o exemplo de coragem, dedicação, força e amor, serão sempre seguidos. Como anjos de cabelos brancos e andar lento emanavam sabedoria e maturidade. Abençoadas sejam pela eternidade!

AGRADECIMENTOS

Um trabalho sempre é feito com a colaboração de pessoas importantes e especiais. Agradeço:

- a **Deus**, Pai Celestial que guia, protege, acompanha e abençoa a minha vida;
- ao **meu esposo Cláudio**; à **minha filha Indianara**; ao **meu genro Tiago**. Obrigada pela presença, carinho, amor, apoio e compreensão em todos os momentos desta caminhada;
- ao meu companheiro, escudeiro e fiel amigo, sempre sentadinho do meu lado durante a construção deste estudo – **meu cãozinho Fredy**;
- aos **meus queridos pais, Antonio e Neldi Koller**, que sempre foram meus grandes incentivadores, apoiadores, acreditando nos meus sonhos e me apoiando sempre;
- ao **meu orientador, professor Walter**, que nesta caminhada, mesmo com dificuldades com sua saúde, soube estar presente quando solicitei. Sua experiência e seus ensinamentos foram muito importantes para o meu aprendizado;
- às **queridas colegas, professoras doutoras Marines e Águida**, que aceitaram o desafio de contribuir com a construção deste trabalho, compondo a Banca Examinadora;
- à **Unijuí**, Universidade que me acolheu como aluna e profissional ao longo da minha formação. Ao **Departamento de Ciências da Saúde (DCSa)**, pelo incentivo à qualificação oferecido aos profissionais vinculados a ela. A todos os **colegas professores** dos cursos vinculados ao DCSa, em especial aos colegas do Curso de Enfermagem, obrigada pelo carinho, incentivo e auxílio;
- ao **co-orientador professor Antonio** e aos demais **professores e colegas do Mestrado em Educação nas Ciências**, pela convivência, trabalhos compartilhados e aprendizado coletivo;
- à **Secretaria Municipal de Saúde de Ajuricaba**, que gentilmente me acolheu. E aos figurantes principais desta construção, todos os servidores, profissionais da equipe de trabalho desta Secretaria, que contribuíram aceitando e respondendo às entrevistas, dispondo do seu tempo de trabalho para contribuir com a pesquisa.

Muito obrigada a todos!

“Conheço um velho ditado que é do tempo dos agais, diz que um pai trata dez filhos, dez filhos não trata um pai.

Sentindo o peso dos anos sem poder mais trabalhar, o velho peão estradeiro com seu filho foi morar. O rapaz era casado e a mulher deu de implicar, você manda o velho embora, se não quiser que eu vá, e o rapaz coração duro com o velhinho foi falar:

Para o senhor se mudar, meu pai, eu vim lhe pedir, pois daqui da minha casa o senhor tem que sair, leve este couro de boi, que eu acabei de curtir para lhe servir de coberta, lá donde o senhor dormir. O pobre velho calado pegou o couro e saiu. Seu neto de oito anos que aquela cena assistiu correu atrás do avô, seu paletó sacudiu, metade daquele couro, chorando lhe pediu. O velhinho comovido para não ver o neto chorando, partiu o couro no meio e para o netinho foi dando. O menino chegou em casa, seu pai foi lhe perguntando, para que você quer este couro que seu avô ia levando? Disse o menino ao pai, um dia vou me casar, o senhor vai ficar velho e comigo vem morar, pode ser que aconteça de nós não se combinar esta metade do couro vou dar para o senhor levar”.

RESUMO

A presente investigação enfoca a temática do envelhecer e a atuação dos profissionais da saúde que trabalham de forma multiprofissional na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ajuricaba (RS). O estudo foi realizado com 49 profissionais, dos segmentos da Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Administração, motoristas e Agentes Comunitários de Saúde. Aplicou-se entrevista semiestruturada, contemplando a pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Os questionamentos tiveram referência em perguntas que abordaram sobre: sua atuação profissional junto à Secretaria Municipal de Saúde, relacionada ao atendimento ao idoso e sobre a percepção da política municipal do idoso e do Estatuto do Idoso. Esta investigação baseia-se no pressuposto da não-existência de políticas de saúde específicas para o idoso no âmbito municipal que permitam qualificar o atendimento prestado pelos profissionais da Secretaria para com os idosos que buscam esses serviços. Para tanto, alguns objetivos foram apontados: identificar o conhecimento que os integrantes da equipe de saúde possuem na área da geronto-geriatria; conhecer a formação profissional dos componentes da equipe de saúde e a ligação com as políticas de saúde do idoso. Emergindo desta forma uma categoria analítica: “A atenção ao envelhecer na rede de saúde pública municipal”, a qual foi desmembrada em duas subcategorias assim definidas: “Os diferentes olhares da equipe de saúde sobre as políticas públicas intersetoriais para os idosos” e “A atenção ao idoso no contexto e sua participação na atual conjuntura”. Nesta ainda se elencou “uma breve participação do idoso no contexto”. Durante a construção dissertativa, os dados permitem apurar que, embora não exista uma política de saúde específica para o idoso, pois conta somente com um programa de atenção aos idosos, a equipe demonstra com propriedade uma preocupação especial para com a temática do envelhecimento. Percebe-se que, mesmo não tendo muito conhecimento ou domínio da Política Nacional do Idoso e nem do Estatuto do Idoso, a equipe tem uma preocupação relevante com esta parcela da população que está envelhecendo. Percebe-se também que os trabalhadores não estão integrados de forma a constituir um trabalho no coletivo, o trabalho de equipe perpassa nos pequenos grupos de trabalho, onde se identificam por um assunto, momento ou cuidado. Ele passa a ser fragmentado, pontuado. A integralidade do coletivo fica prejudicada. Observa-se também que a pesquisa despertou o interesse dos profissionais pelo assunto, pois manifestaram o desejo de ler e conhecer mais sobre o Estatuto do Idoso, por exemplo. Também, no contexto, foi possível discorrer e observar como cada um realizava seu trabalho referente ao cuidado dispensado ao idoso. Ao rever esta temática e ao falar sobre o envelhecimento, percebe-se que o assunto é abordado com cautela, assim foi possível instigar cada profissional a pensar no seu próprio envelhecer.

Palavras-chave: Envelhecimento. Saúde pública. Rede de Atenção. Estatuto do Idoso.

ABSTRACT

This research focuses on the theme of aging and the performance of health professionals, who work in a multiprofessional way, at the Municipal Health Department of Ajuricaba (RS). The study was conducted with 49 professionals, being them from the segments of Nursing, Medicine, Physiotherapy, Pharmacology, Nutrition, Odontology, Management, drivers and community health agents. A semi-structured interview was applied, being addressed the qualitative, descriptive and exploratory researches. The questions were referent to the following addressing: their professional performance along the Municipal Health Department, being that related to attendance of the elderly and the perception of municipal policy for the elderly and the Elderly Statute. This research is based on the assumption that there are no specific health policies for the elderly at the municipal level to allow the qualification of the care provided by professionals of the Municipal Health Department for the elderly who seek these services. Therefore, some goals were mentioned: identifying the knowledge that the members of the healthcare team have in the area of gerontology-geriatrics; Know the professional formation of the members of the health team and their link with the health policies of the elderly. From these, an analytical category emerges: “The attention to the aging network of municipal public health” which was split into two sub-categories defined as it follows: “The different perspectives of the healthcare team on the intersectoral public policies for the elderly” and “The attention to aged in the context and its participation in the current conjuncture”. We also cast “a brief participation of the elderly in the context”. During the construction of this work, data were enough to establish that, although there is not a specific health policy for the elderly, cause they can count only on an attention program for the elderly, the team demonstrates a special concern for the issue of aging. We realized that, even though there is not much knowledge on the National Elderly Policy and neither on the Elderly Statute, the team has a relevant concern about this aging portion of the population. It is also evident that the professionals are not integrated to form a collective work, because teamwork happens in the small working groups, where they are identified by a subject, moment or care. It becomes fragmented and pointed. The completeness of the collective is impaired. We also observed that the research caught the attention for the subject among the professionals, because they wish to read and learn more about the Elderly Statute, for example. Also, in context, it was possible to discuss and observe how each one performed his work concerning the care dispensed to the elderly. When reviewing this issue and talking about aging, we saw that the subject was cautiously approached, so it was possible to instigate each professional to thinking about his age.

Key words: Aging. Public health care. Health care network. Elderly Statute.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – O ENVELHECIMENTO HUMANO E A TRANSFORMAÇÃO DA ÚLTIMA FASE DA VIDA MODIFICANDO PARADIGMAS	17
1.1 MUDANÇAS E TRANSFORMAÇÕES AO LONGO DOS ANOS.....	17
1.2 A TEMÁTICA SOCIAL DO ENVELHECIMENTO.....	22
1.3 O CUIDADO COMO PRIORIDADE NO PROCESSO DE ENVELHECER.....	31
1.4 A VELHICE FRENTE AOS NOVOS PARADIGMAS NA CONTEMPORANEIDADE.....	33
CAPÍTULO 2 – RESGATANDO HISTORICAMENTE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	38
2.1 ACOMPANHANDO AS TRANSFORMAÇÕES AO LONGO DOS ANOS	38
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO IDOSO COMO INTEGRANTE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	50
2.3 ESTATUTO DO IDOSO, UM DIREITO ADQUIRIDO	52
2.4 CONTEXTUALIZANDO O MUNICÍPIO DE AJURICABA	57
2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO MUNICIPAL DE AJURICABA.....	60
CAPÍTULO 3 – O CAMINHO METODOLÓGICO	69
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	69
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO E DOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	70
3.2.1 Caracterizando o perfil dos sujeitos	71
3.3 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	72
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	73
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	73
CAPÍTULO 4 – A ATENÇÃO AO ENVELHECER NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL	75
4.1 OS DIFERENTES OLHARES DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS INTERSETORIAIS PARA OS IDOSOS.	75
4.2 A ATENÇÃO AO IDOSO NO CONTEXTO E SUA PARTICIPAÇÃO NA ATUAL CONJUNTURA	91
4.2.1 A breve participação do idoso no contexto	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICES	124
ANEXOS	129

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
AIH	–	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	–	Ações Integradas de Saúde
APS	–	Atenção Primária a Saúde
BK	–	Bacilo de Koch
CGR	–	Colegiado de Gestão Regional
CIMS	–	Comissão Interinstitucional de Saúde
CISA	–	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CMS	–	Conselho Municipal de Saúde
CONASP	–	Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social
COTRIJUI	–	Cooperativa Agropecuária & Industrial
CRAS	–	Centro de Atendimento à Saúde
DDA	–	Doenças Diarréicas Agudas
FIDENE	–	Fundação de Integração, Desenvolvimento e Educação do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
FUNRURAL	–	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
IAPAS	–	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPB	–	Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	–	Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPM	–	Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IAPS	–	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IAPTEC	–	Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Empregados de Transportes e Cargas
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	–	Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social
INPS	–	Instituto Nacional de Previdência Social
IRA	–	Infecção Respiratória Aguda
LBA	–	Legião Brasileira de Assistência
LOPS	–	Lei Orgânica da Previdência Social

MCB	–	Movimento Comunitário de Base
MPAS	–	Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
ONU	–	Organização das Nações Unidas
PACS	–	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PIM	–	Primeira Infância Melhor
PNH	–	Política Nacional de Humanização
PNI	–	Política Nacional do Idoso
PREV-SAÚDE	–	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SIAB	–	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINPAS	–	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISNEP	–	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SISPACTO	–	Sistema de Informação Pactuada
STR	–	Sindicato dos Trabalhadores Rurais
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCG	–	Termo de Compromisso de Gestão
UNIJUÍ	–	Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

*“Lá estavam minhas crônicas...
E se deram conta que elas não eram
só para velhos, mas para jovens que
não tiveram medo de envelhecer”.*

(Gabriel García Márquez)

A presente construção busca explicitar como é visto o envelhecer do ser humano na rede de Saúde Pública Municipal sob o olhar do grupo multiprofissional que trabalha na atenção assistencial ao contingente populacional de idosos, contribuindo com a prevenção, recuperação e a reabilitação da saúde dos mesmos. Objetiva-se visualizar como essa equipe está preparada para lidar com a população de idosos frente ao envelhecimento na sociedade atual.

Trazendo como tema principal de pesquisa as “Concepções de envelhecimento e a atenção a idosos em uma rede de Saúde Pública Municipal”, a partir dessa temática estudada é possível lançar mão de alguns questionamentos relevantes: como os profissionais atuam no atendimento dispensado ao idoso em uma Unidade Básica de Saúde? Como os mesmos preparam-se para o seu próprio envelhecimento? Qual o conhecimento das políticas públicas de saúde relacionadas ao idoso? Como o próprio idoso se percebe neste contexto? Como a sociedade e a família dispensam sua atenção aos idosos?

Diante destes questionamentos busca-se elucidar a temática por meio dos objetivos propostos: identificar o conhecimento que os integrantes da equipe de saúde possuem na área da geronto-geriatria; conhecer a formação profissional dos componentes da equipe de saúde e a ligação com as políticas de saúde do idoso. Baseando-se no pressuposto da não-existência de políticas de saúde específicas para o idoso no âmbito municipal, pode-se observar que a forma do atendimento dispensado ao mesmo ocorre de forma fragmentada em razão da formação e da concepção pessoal de cada profissional.

O presente trabalho também está alicerçado na discussão entre um tripé calcado em três conceitos básicos: saúde e envelhecimento vistos como temas da educação. Esta interligação acontece e é evidenciada, pois o termo “saúde” refere-se ao bem-estar físico, mental e social como definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Por isso, todo projeto referente ao envelhecimento ativo é composto de políticas e programas que promovem tanto a saúde mental como as relações sociais que são tão importantes quanto aqueles que melhoram as condições físicas dos indivíduos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Considerando que o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, objetiva-se melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Tudo isso perpassa por uma ação educacional, pois à medida que as pessoas envelhecem há necessidade de um treinamento contínuo que vai desde o ambiente de trabalho e oportunidades de aprendizado permanente na comunidade/sociedade para o enfrentamento do prolongamento dos anos de vida.

Envelhecer é um processo singular, complexo e dinâmico, com vivências e expectativas específicas construídas ao longo do tempo cronológico, mas que não isenta ou reduz a responsabilidade de manutenção e participação de uma vida ativa no contexto social. Por isso, o indivíduo idoso deve manter o exercício de sua cidadania, sem exclusão na sociedade.

Corroborando, Cícero (1997) caracteriza o envelhecer como uma arte, dizendo que a arte é encontrar o prazer que todas as idades proporcionam, pois todas têm as suas virtudes. Saber envelhecer é desafiar-se a enfrentar com otimismo as boas relações sociais deste processo.

Quando o assunto é velhice de certa forma está-se, de uma maneira mais próxima, ligado às palavras morrer, transcender, ir além – depende de como as pessoas caracterizam esses valores para realizar o fechamento do ciclo de vida em sua finitude. Cada indivíduo constrói uma trajetória e deixa as próprias marcas no Universo. É possível caracterizar a velhice ou o ser humano que envelhece como uma árvore que criou raízes imensas em sua jornada de vida e deixou pelo caminho frutos e flores, carregados de valores como dignidade, humildade, sabedoria, doação, amor, caridade. Quando o caminho é construído dessa maneira, poderá encerrar o ciclo de modo pleno e sereno, acreditando em uma passagem para a vida eterna. Mas, certamente nem todas as pessoas conseguem terminá-lo desse modo como se fosse mágico, transparente e bonito.

Com o avançar dos anos, as transformações corporais ficam evidentes; o lado psicológico de cada indivíduo é afetado pelas alterações provocadas por esse processo e, principalmente, questiona-se como vai lidar com essas transformações, como vai se posicionar na sociedade em que esta inserido, que tem uma valorização acentuada do jovem, ao novo, ou seja, àquele que está socialmente produtivo e ativo. A depender de como cada um determina esse momento, será a maneira como enfrentará o processo de envelhecimento. Nesse contexto, o envelhecer poderá ser de forma saudável, sem doenças, ou poderá ser acompanhado de problemas de saúde, quando enfrentará mais dificuldades pelo caminho com o avançar dos anos.

Observar que se deixa para trás os anos de juventude vividos de forma intensa, com grandes conquistas e aspirações, começar a envelhecer e apresentar dificuldades decorrentes desse processo pode fazer com que as pessoas entrem em conflito consigo mesmas. Lidar especificamente com o envelhecimento do corpo contém muitas recordações boas e ruins, traumas, e um sistema imunológico enfraquecido, bem como sintomas físicos que refletem a doença psicológica. O grande desafio é poder ver que esse corpo que envelhece também é capaz de ser fonte de criatividade, e liberação de uma nova energia vital e uma imaginação ativa. Quando o indivíduo percebe que é capaz disso, que pode criar novas maneiras de se relacionar com o seu eu físico que está se modificando, sua vida pode passar a ter outro sentido, e o processo de envelhecer não se torna tão difícil quanto parece – depende sim, de cada um encontrar esse novo modo de viver (PRÉTAT, 1997).

Entende-se que as questões relativas ao envelhecimento são vistas como um processo amplo, globalizado e com um crescimento acentuado em que se emprega atualmente a preocupação de toda a humanidade. Por isso, também a importância de conhecer como as pessoas, em especial os profissionais da área da saúde, prestam atendimento à população idosa.

O fato de envelhecer muitas vezes é tomado de surpresa para muitas pessoas. Elas são educadas e condicionadas a viver para o trabalho, a lutar para conquistá-lo, constituindo-se assim em uma noção e percepção de vida a partir do trabalho e de sua produtividade. As pessoas raramente se dão conta que um dia o vigor passará, naturalmente, e que essa produtividade já não mais será a mesma, e a velhice chegará, diminuindo as forças físicas e o lugar nos espaços de trabalho, os quais constituíram a noção e percepção de toda uma vida. Quando essa fase chega, o indivíduo é surpreendido e, muitas vezes, não consegue entender porque é posto de lado ou porque encontra dificuldades antes não presentes. Muitas vezes,

nessa fase, entra em conflito consigo mesmo. Junto com a chamada “aposentadoria”, o avanço da idade, o tempo ocioso e as dificuldades, não poucas vezes as pessoas não conseguem se reconhecer como tais. São tomadas por questionamentos como, por exemplo, qual o lugar do velho na sociedade? Também sobre o ambiente humano, tendo como fundamentos o trabalho produtivo, a valorização do estado “novo” do sujeito, o belo, o jovem. Qual o lugar para a velhice na sociedade da produção?

Como profissional e ativo na função de produzir, o indivíduo não pensa que um dia vai envelhecer. A aspiração das pessoas, em princípio, é chegar à velhice. Portanto, sob esse aspecto a velhice pode ser considerada a coroação do ciclo vital. Pode ser considerada uma conquista, depois de ter passado pelos riscos das doenças ou de morte prematura. No entanto, essa noção da velhice não é o que se pode verificar, normalmente, na sociedade atual, condicionada pelo trabalho produtivo ou pelo sentido econômico da vida.

O prolongamento dos anos de vida leva o envelhecimento humano a ser caracterizado como política de interesse e responsabilidade de toda a sociedade, envolvendo o estado, o município e as famílias para atendimento e cuidados a este contingente populacional de idosos, bem como os profissionais da área da saúde. O universo múltiplo desse público torna o presente objeto de estudo de grande relevância social.

A temática do envelhecimento humano na sociedade permeia o despertar dessas questões e como elas estão sendo tratadas, as quais passam a ser objeto das políticas públicas de saúde, constituindo-se assim a presente pesquisa.

O propósito da discussão dessas questões foi observar como as pessoas compreendem isso do lugar que ocupam como profissionais junto à Secretaria de Saúde e como são qualificadas para tratar disso, visualizando-se duas frentes: uma com o olhar lançado para o envelhecimento, e outra sobre a preparação existente para se cumprir uma política municipal do idoso.

O estudo também constituiu-se de um momento diferenciado, em que após a realização da coleta de dados com os profissionais de saúde percebeu-se a necessidade de buscar algumas idéias de outros figurantes mencionados no processo: o idoso. Para tanto, foram ouvidos cinco idosos que buscavam atendimento junto à Secretaria.

Em resposta ao já mencionado anteriormente, fez-se necessária a construção do trabalho dissertativo estruturado da maneira que segue.

O primeiro capítulo apresenta uma abordagem teórica sobre a temática do envelhecimento humano e a transformação da última fase da vida, modificando paradigmas. Objetiva-se rever as mudanças e as transformações ao longo do passar dos anos, bem como a temática social do envelhecimento, inserindo, nesse contexto, o cuidado como uma prioridade no processo de envelhecer e, como fechamento da primeira seção, estuda-se o desafio do enfrentamento de novos paradigmas na terceira idade.

O segundo capítulo contempla um resgate histórico das políticas públicas de saúde, acompanhando as transformações ao longo dos anos. Trata da Política Nacional do Idoso, bem como faz uma breve contextualização do Estatuto do Idoso como um direito adquirido. A seguir, traz a contextualização do município de Ajuricaba (RS) e das políticas públicas de saúde municipais ao longo dos anos até o tempo presente.

Para melhor situar o leitor no terceiro capítulo se faz necessária uma abordagem do caminho metodológico percorrido para a construção da presente pesquisa.

No quarto capítulo destaca-se a análise e interpretação das categorias analíticas advindas como resultado do trabalho realizado com a população estudada. Verifica-se a partir do processo uma categoria analítica intitulada: “A atenção ao envelhecer na rede de Saúde Pública Municipal”, a qual foi desmembrada em duas subcategorias. A primeira aborda os aspectos relativos à: “Os diferentes olhares da equipe de saúde sobre as políticas públicas intersetoriais para os idosos” e a segunda: “A atenção ao idoso no contexto e sua participação na atual conjuntura”. Nesta segunda subcategoria desmembra-se mais uma intitulada: “A breve participação do idoso no contexto”.

E, finalizando a construção dissertativa desenvolvem-se as considerações finais em que são apresentadas as reflexões sobre a temática estudada, após interpretação e avaliação do contexto, levando em consideração as informações e os dados apurados.

O tema abordado na presente construção dissertativa, relacionado à problemática existente do não-conhecimento das políticas públicas de saúde relacionadas ao idoso e, conseqüentemente, a falta de qualificação dos profissionais está ligado também à experiência profissional da autora desta construção, como se pode ver a seguir.

Assim, sob esse aspecto, o estudo também teve razões especiais. A autora nasceu e reside em Ajuricaba e, portanto, tem familiaridade com a problemática local. Porém, com o olhar de quem não esteve até há alguns meses inserida na Secretaria Municipal de Saúde, entende que essa pequena distância do objeto não se constituiu em problema para a pesquisa.

Entretanto, pela mesma proximidade e por meio da investigação, percebe-se que os trabalhadores, em especial da área de saúde, possuem dificuldades e limitações em termos de conhecimento e habilidade para prestar atendimento qualificado aos idosos que buscam o serviço ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ajuricaba. Não se trata de um julgamento das pessoas em si, mas de um olhar sobre as atividades que desenvolvem com esforço e dedicação. Entende-se que a base do manejo de um envelhecimento bem-sucedido encontra-se calcada na ideia de que o envelhecimento é um processo complexo, e precisa ser compreendido de modo global.

O estudo também se baseou em aspectos da experiência profissional da autora, por meio da qual se construiu conhecimentos específicos. Além da motivação que a própria vivência no campo de trabalho trouxe para a realização da pesquisa, dela nascem também os olhares, as perguntas e as dúvidas que se constituíram em referências para a efetivação deste trabalho acadêmico.

Na condição de profissional da área da saúde vinculada ao curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), a autora dedica parte do tempo ao estudo do envelhecimento humano. Essa experiência profissional suscita algumas preocupações decorrentes do tratamento dispensado aos idosos, tanto por pessoas leigas ou profissionais, esses em especial, da área da saúde. O acompanhamento das atividades práticas, na condição de enfermeira docente, permite observar como se dá o cuidado com pessoas idosas. Nessas ocasiões, percebe-se que os profissionais não possuem conhecimento adequado de como atender à demanda formada por idosos. Além desses aspectos locais peculiares, estudos relativos ao campo da saúde, em geral, apontam para a constante necessidade de qualificação dos profissionais que atuam no campo da Geriatria e Gerontologia, para que possam prestar atendimento qualificado e atualizado, acompanhando a evolução da sociedade em termos de conhecimento e tecnologia.

CAPÍTULO 1 – O ENVELHECIMENTO HUMANO E A TRANSFORMAÇÃO DA ÚLTIMA FASE DA VIDA MODIFICANDO PARADIGMAS

*“As coisas velhas são como os velhos amigos.
A gente gosta de tê-los sempre junto da gente”.*

(Roberto Carlos)

Neste capítulo discorre-se sobre notas de literaturas que contemplam a temática do envelhecimento humano no âmbito universal, e sobre essa fase da vida – as mudanças e transformações que levam à diferentes olhares e formas do enfrentamento da velhice.

A maturidade concentra as energias tanto da mente quanto do corpo, mas dependendo muito de que forma ela é aproveitada no contexto do envelhecer, ela disponibiliza a cada dia novas fontes de criatividade, percepção e intensidade espiritual (NULAND, 2007). Para isso, basta que cada indivíduo idoso busque no seu interior o resgate do presente e do passado para viver intensamente os momentos de plenitude que a velhice lhe oferece, rompendo e criando novos paradigmas para encarar de modo dinâmico o processo de envelhecimento humano.

1.1 MUDANÇAS E TRANSFORMAÇÕES AO LONGO DOS ANOS

Na cultura atual de pouca tolerância, de ações imediatas, carros velozes, existe pouco espaço para o lento amadurecer do envelhecimento. Em vez de a sociedade sentir-se orgulhosa e enaltecida por seus cabelos grisalhos, pela sabedoria da experiência de vida e até mesmo pelos seus reflexos mais lentos, ela é cobrada e bombardeada por si mesma e pela mídia a ocultar a verdadeira idade, a disfarçar os cabelos grisalhos e a ter vergonha desses reflexos mais demorados (PRÉTAT, 1997). O que estará por trás disso tudo? Por que a mídia faz questão de que as coisas sejam encaradas de forma diferente pela sociedade, dificultando a vivência dos velhos e a aceitação do processo de envelhecimento?

Para melhor compreender o processo de envelhecer, Tolotti (2005, p. 25) esclarece:

utiliza-se o termo processo justamente por demonstrar a dinamicidade física, psíquica e social do envelhecer, ou seja, é um procedimento contínuo, um somatório daquilo que foi sendo vivenciado na infância, na adolescência e na maturidade com suas ressignificações fundantes do psiquismo e do interagir social.

E exatamente por ser considerado um processo, é importante conhecer as diversas áreas do saber. Nesse sentido, Costa (2001, p. 18) afirma que:

[...] o envelhecimento é um processo definido de maneiras diferentes, dependendo do campo da pesquisa e do objeto de interesse: um biólogo define-o como conjunto de alterações experimentadas pelo organismo vivo, do nascimento à morte. Já os sociólogos e psicólogos chamam a atenção para o fato de que, além das alterações biológicas, outras alterações sociais e psicológicas são observadas, e estas são tão importantes quanto as alterações biológicas. Portanto, o processo de envelhecimento abrange aspectos biológicos, psicológicos, sociais e até fisiopatológicos.

Ruipérez e Llorente (2001) corroboram dizendo que o envelhecimento é um conjunto de alterações que os seres vivos sofrem com o decorrer ou o passar do tempo e que em algumas populações é considerado um fenômeno sem precedentes na história da humanidade. Para Eliopoulos (2005), o envelhecimento tem se constituído em um mistério que preocupa as pessoas em geral. Algumas com a esperança de atingir a juventude eterna, outras em atingir a chave da imortalidade. Mas considera o mesmo um processo biológico diferente não apenas de espécie para espécie, mas também de um ser humano para outro.

Caracterizado realmente como um processo complexo contínuo e de mudanças, mas exclusivo, pois cada pessoa é única e não existem dois indivíduos que envelheçam de forma idêntica – mesmo que em todos aconteçam as alterações fisiológicas, incapacidades e limitações, elas acontecem com uma intensidade diferente entre um indivíduo e outro – a velocidade do envelhecimento entre os sistemas orgânicos é distinta, sendo também considerados os fatores externos do ser humano.

Envelhecer é uma das tarefas mais difíceis do ser humano, principalmente porque hoje se vive em um país e numa sociedade que valoriza muito a cultura jovem, eternizando a juventude, tornando assim mais difícil a civilização entender e compreender dignamente o processo de envelhecer e valorizar o idoso.

As chamadas mudanças ou transformações começam a despertar a atenção das pessoas no decorrer do ciclo da vida. Entre a meia idade e a velhice, tem-se aquela considerada como uma fase intermediária em que os indivíduos não se encontram mais na “flor da idade”, mas também ainda não são considerados velhos. Quase todos, ao deparar-se com essa situação, passam por uma transição ou por um período de conflito com seu eu interior. Entre os 50 e 60 anos passa-se por essa transformação, pois o corpo e a alma encontram-se no limiar da idade e a vida vai mudando radicalmente tanto nos aspectos psicológicos, mentais e espirituais. Nesse período aparecem, conseqüentemente, o medo e a esperança (PRÉTAT, 1997).

Quando percebemos que não mais medimos nossa vida em função dos anos transcorridos desde o nascimento, mas que agora calculamos cuidadosamente o número desconhecido de anos que se estendem antes da morte, nosso entusiasmo pela vida pode desaparecer e o desejo e a determinação evaporar (PRÉTAT, 1997, p. 11).

Isso remete a pensar na vida como um ciclo de passagens que tem início, meio e fim. E que se envelhece gradativamente – a menos que se morra antes – este é, pois, o desejo de uma grande parte da humanidade.

Para além de pensar na vida, também é imprescindível refletir sobre as mudanças atribuídas sobre o prolongamento dos anos do indivíduo.

Depois dos 40 anos, a cada década mais ou menos, ocorre uma diminuição de cerca de 5% no peso e no volume do cérebro. O que tem de real não é a perda de substância em termos de tecido, mas a perda de substância em termos de funcionamento. Por essa razão, a discussão concentra-se mais em como se opera o cérebro que envelhece do que em quais de suas partes modificam-se em volume (NULAND, 2007). Além disso, pode-se citar outros aspectos de mudanças e transformações como alterações na elasticidade da pele, olfato, paladar, modificações na deambulação e outros, gerados no processo de envelhecimento e que agem, muitas vezes não tão positivamente assim, fazendo com que cada um tente realizar a forma de enfrentamento a seu modo.

Observa-se que os jovens são mais aptos a inventar do que a julgar, mais aptos à execução do que para o conselho e para projetos novos do que para negócios já estabelecidos. Já no idoso, a vivacidade intelectual fica prejudicada, isso também ocorre com o tempo de reação. O envelhecimento aumenta esse tempo de reação porque o processo de cognição e percepção e o processo instantâneo de informações ficam bastante lentos, assim como ocorre com a resposta motora periférica aos estímulos (NULAND, 2007).

A queixa cognitiva feita com maior frequência por homens e mulheres mais velhos é a perda da memória. Embora a memória remota, assim com a memória sensorial, de cheiros, gostos e sons não seja significativamente perturbada, a memória recente é mais suscetível de se tornar um problema, mesmo sob as condições fisiológicas de envelhecimento saudável. Mas, mesmo assim, alguns nonagenários continuam com memórias comparáveis às de um adulto jovem.

Também na parte vital do organismo – o coração – ocorrem modificações com o passar do tempo. A cada ano que passa após os 70 anos, o organismo passa a bombear uma

parcela menor de sangue, pois o órgão fica mais lento e menos eficiente na pulsação. Ao envelhecer, quantidades crescentes de tecido fibroso começam aos poucos a surgir entre as células musculares do coração, as quais vão diminuindo em número, de modo que, aos 70 anos, cerca de 1/3 delas foi perdido (NULAND, 2007).

Em nossos anos “prolongados”, somos exploradores de um estágio de vida diferente do das gerações anteriores. Os anos que começamos a envelhecer representam agora um novo desafio e, como a maioria dos desafios, trazem consigo o estresse de abandonar caminhos familiares. Passar pelas mudanças desse período pode ser tão estimulante e difícil quanto qualquer outra jornada. Nós, que estamos agora começando a envelhecer, somos desbravadores e marcamos esperançosamente o caminho para que outros possam segui-lo (PRÉTAT, 1997, p. 13).

Envelhecer e entrar nessa fase de transformação e de conflito faz mexer no inconsciente de cada um e ouvir a voz interior. O indivíduo encontra-se num paradoxo, como se as portas do passado se fechassem atrás de si e as portas do futuro ainda continuassem fechadas. Constantemente esquece-se que é somente suportando o tempo no espaço liminar entre essas portas, esperando uma abertura, que se pode avançar livre através do limiar e ingressar no futuro (PRÉTAT, 1997).

O fazer da ciência e o processo de aprendizagem devem ter uma continuidade na realização de pesquisas e estudos referentes ao processo de envelhecer, pois conhecer o mesmo garante que a população de idosos, cada vez mais crescente, tenha condições de um envelhecimento saudável e que a sociedade em geral possa tomar consciência e perceber que velhice não é sinônimo de doença, mas que é nessa fase da vida que se tem a oportunidade de crescer e de amadurecer, garantidos assim também os seus direitos de cidadão. Entender a velhice como uma etapa da vida e não como desgraça faz parte da educação para a velhice.

Pode-se perceber que cada vez mais a população vem envelhecendo. Segundo Terra (2001), o envelhecimento populacional vem se constituindo numa preocupação para muitos governantes, inclusive do Brasil, país que não pode ser considerado uma nação jovem. Os idosos que representavam 3,2% da população geral em 1900, e 4,7% em 1960, poderão atingir 13,8% no ano de 2025. Hoje há aproximadamente 11 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, e as projeções indicam que o Brasil será o sexto país no mundo em número de idosos, chegando a 32 milhões no ano de 2025. O mesmo autor afirma que esse envelhecimento demográfico tem efeito direto em todos os campos ou áreas de atuação, considerando o indivíduo, a família, a comunidade, sendo que as implicações atingem os níveis psicológicos, biológicos, econômicos, sociais e políticos.

A preocupação com o envelhecimento é constante. Para Barros (1998, p. 35),

[...] a velhice é um dos temas brasileiros que mais ganharam importância nos últimos anos, tendo-se assistido, a partir da década de 80, a uma proliferação acentuada de iniciativas voltadas para o seu atendimento. Em boa parte das cidades brasileiras formaram-se conselhos de idoso junto a administrações municipais e estaduais, constituindo o idoso a parcela da população cujas demandas são cada vez mais incorporadas às campanhas eleitorais e às plataformas partidárias.

Com isso, a Gerontologia e a Geriatria transformaram-se, nos últimos 20 anos, em áreas especializadas do saber, contribuindo no crescente aumento de profissionais dedicados ao estudo da velhice.

Conforme Costa (2001, p. 17),

a gerontologia pode ser definida como sendo o ramo da ciência que estuda o processo de envelhecimento e os múltiplos problemas que envolvem a pessoa idosa. A geriatria é o ramo da medicina que trata dos aspectos médicos, psicológicos e sociais da doença nos idosos.

Lisboa (2004, p. 22) reforça essas definições dizendo que

[...] a palavra gerontologia introduzida por Elie Metchnikoff, em 1903, significa o estudo científico do processo de envelhecimento, não só de seres humanos, mas de qualquer ser vivo. Estuda não apenas os aspectos biológicos como também sociais, psicológicos, entre outros. Já a geriatria denota a ciência médica que estuda as patologias, as doenças, os problemas do âmbito médico, associados ao processo de envelhecimento.

A ciência busca compreender o processo de envelhecimento por meio da Gerontologia, que é considerada uma ciência multidisciplinar, possibilitando criar novas intervenções para melhorar a qualidade de vida das pessoas, aumentando a expectativa de vida das mesmas.

A partir do momento em que se considera a pessoa em sua plenitude, como totalidade não fragmentada, poder-se-á planejar e gerenciar aspectos econômicos e sociais não de idosos, mas de sujeitos e cidadãos com direitos e deveres, mediante investimentos, ações e serviços específicos que refletirão na qualidade de vida e, conseqüentemente, no aspecto psicológico da pessoa (NORMANHA FILHO, 2000).

Sem dúvida alguma, o contexto que se vislumbra abrirá um novo campo em gestão de serviços, tanto no que se refere à pesquisa e ao ensino, quanto às enormes oportunidades em

trabalho na área de gestão de serviços ligados ao processo de envelhecimento (NORMANHA FILHO, 2000).

O crescimento acentuado da expectativa de vida torna o processo de envelhecer e a palavra “idoso” objeto de estudo científico muito importante. Conforme Lisboa (2004, p. 23),

[...] nos países desenvolvidos, os governos estão investindo recursos na fundação de institutos nacionais de pesquisa em âmbito universitário ou não. Organizações privadas estão sendo fundadas com o objetivo de angariar fundos para financiar pesquisas sobre o envelhecimento. Empresas de biotecnologia buscam entender este processo, inclusive procurando determinar porque as células mais velhas são mais suscetíveis às doenças. Este interesse na compreensão do processo de envelhecimento criou condições e possibilitou a formação de grupos científicos específicos. Profissionais de diferentes áreas do conhecimento congregam-se em sociedades científicas. Há mais de 60 anos foi criada a International Association of Gerontology. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Geriatria e a Associação Nacional de Gerontologia reúnem os profissionais com os mesmos objetivos da Associação Internacional.

Importantes avanços no campo da saúde vêm ocorrendo no Brasil, em especial na área da saúde do idoso. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta

como propósito basilar à promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1998).

A assistência aos idosos com comprometimento funcional demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso e depende, essencialmente, do suporte familiar mesmo que informal. Destaca-se, assim, como um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional, garantindo a promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

1.2 A TEMÁTICA SOCIAL DO ENVELHECIMENTO

Deve-se pensar e refletir acerca da inclusão das pessoas idosas, o que requer esforços grandiosos para proporcionar condições de saúde, dignidade e respeito àqueles que, responsáveis por duas ou três gerações, estão na expectativa de uma real inserção social para viverem e desfrutarem da melhor forma possível este momento de suas vidas.

É de suma importância conhecer a situação dos velhos, historicamente, desde a era primitiva, quando não havia a escrita, até os dias atuais, o que dará uma visão das circunstâncias que envolvem o idoso hoje.

Segundo relatos antropológicos, nos povos primitivos existiam demonstrações de comportamentos variados, tanto nas sociedades nômades como nas sedentárias. Em qualquer situação, as sociedades sem escrita eram dominadas pela pobreza, e a idade avançada era raridade, nesse caso também a produtividade do velho era nula. Com a Revolução Burguesa, a velhice passou a ser valorizada e os velhos passaram a merecer respeito na medida em que tinham posses materiais como perspectiva de herança, e se dava valor à sua experiência. Mas foi durante o século XIX que, provavelmente, surgiu a questão social dos velhos. A Revolução Industrial, o êxodo rural, o desenvolvimento demográfico, a ascensão da burguesia, o surgimento das ciências modernas e o aumento da perspectiva de vida foram alguns dos acontecimentos que caracterizaram a produtividade. Então, o velho que crescia em tempo de vida, diminuía em importância. A necessidade de mãos vigorosas para o trabalho levou a uma situação em que se reduziu o poder patriarcal, os filhos tornaram-se economicamente independentes, criando condições para um maior isolamento do velho, tornando-o socialmente dispensável (DORNELES, 2005).

A longevidade é uma característica do mundo atual. O envelhecimento da população, que ocorreu ao longo de muitas décadas nos países desenvolvidos, tornou-se rapidamente uma realidade nos países menos desenvolvidos, caracterizando uma transição demográfica. O impacto previsto sobre os setores econômico, social e de saúde transformou a velhice em um problema social. Diante disso, a Gerontologia, tendo como referência a cidadania, vem investindo na construção de um novo lugar social e uma nova mentalidade de cuidado para a velhice, por meio de um discurso apoiado na educação, no trabalho e na família (MAFFIOLETTI, 2005).

Na busca por descobrir novos caminhos para o sentido da vida, o ser humano procura pelo conhecimento de sua interioridade, entender o próprio espaço e lugar em que está inserido no contexto social. Essa é, acima de tudo, uma questão vital para as pessoas mais idosas ou para aqueles que se encontram em processo de envelhecimento (PRÉTAT, 1997). Porém, de certo modo, é também um desafio a todos os seres humanos.

Vive-se em uma sociedade que a cada dia que passa, envelhece mais. O declínio da fecundidade e da taxa de mortalidade infantil, o aumento da expectativa de vida, o controle de

doenças e os avanços tecnológicos na área da saúde, são fatores que contribuem para o aumento dos anos de vida da população, fazendo com que cada vez mais as pessoas envelheçam, e aumente muito a população de idosos nos níveis local, regional e mundial. As projeções são de aumento significativo para os próximos anos em todos os países do mundo, com destaque para aqueles que economicamente são considerados em desenvolvimento.

Verifica-se uma mudança gradativa na pirâmide da idade das pessoas, tornando-se mais acentuado o número de pessoas idosas. Essa é uma questão. Porém, independentemente disso, todos envelhecem de forma processual e constante, pois desde a concepção, a cada dia, subsequentemente, as células vão se modificando e envelhecendo. Nesse processo, os seres humanos sofrem interferências de fatores externos que prolongam os anos de existência ou que, de outra forma, contribuem para um declínio mais acentuado da expectativa de viver. Portanto, sob esse aspecto, a vida em si e a sua qualidade dependem de fatores múltiplos e paradoxais. Os seres humanos vivem em uma sociedade de diferentes espaços e tempos, e sofrem a ação dos mesmos, especialmente condicionados pelos processos produtivos de trabalho como fonte de seu sustento.

A contribuição dos saberes médico e psicológico, ao identificarem a velhice como um processo de degeneração natural e irreversível, ao longo dos anos, propiciou a construção de um discurso gerontológico que tem subvencionado a gestão da velhice – nos níveis familiar e social –, um discurso que sustenta a ilusão de uma homogeneidade entre os indivíduos e entre os saberes, condenando as diferenças ao silêncio e promovendo a alienação frente às contradições presentes nas condições de existência (HADDAD, 1986).

O sentido que os homens conferem à existência e seu sistema global de valores define o sentido e o valor da velhice. Inversamente, a verdade de seus princípios e de seus fins se revela através da maneira pela qual uma sociedade se comporta com seus velhos (BEAUVOIR, 1990).

As categorias de idade com as quais o mundo ocidental moderno está familiarizado, baseadas na medição da vida em períodos cronológicos, delimitaram, organizaram e legislaram etapas que se sucedem em ciclos biológicos, e apresentam características exclusivas a cada uma, sendo o resultado de um desenvolvimento longo e nem sempre regular.

Cada sociedade humana, desde o grupo dito “primitivo e rudimentar”, ancorada em sua história, organização e cultura, constrói seus próprios critérios, simbolizações, significados e valores aos quais seus membros são submetidos, não sendo a idade, necessariamente, um deles. Atribui a cada grupo que nomeia características, funções e necessidades exclusivas; estabelece um saber especializado sobre eles e, de acordo com seu grau de evolução, transforma-os em alvo de condutas assistenciais, políticas e mercadológicas específicas (BEAUVOIR, 1990; DEBERT, 1998).

As pessoas são educadas e condicionadas a viver para o trabalho, a lutar para conquistar um lugar no mundo laboral, constituindo-se uma noção e percepção de vida a partir do trabalho e de sua produtividade. As pessoas não se dão por conta que um dia esse momento passará, naturalmente, que essa produtividade ativa já não mais será a mesma, e a velhice chegará, diminuindo as forças físicas e seu lugar nos espaços de trabalho, a partir dos quais constituíram a noção e percepção da existência. Quando essa fase chega, o indivíduo é surpreendido e, muitas vezes, não consegue entender porque é deixado de lado, ou porque encontra dificuldades, antes não presentes. Muitas vezes, é nesse momento que começa a entrar em conflito consigo mesmo. Junto com a chamada “aposentadoria”, o avanço da idade, o tempo ocioso e as dificuldades, não poucas vezes, nessa etapa da vida, as pessoas não conseguem se reconhecer como tais. São tomadas por questionamentos sobre o seu lugar na sociedade. Qual o lugar do velho na sociedade? A sociedade, tendo como fundamentos o trabalho produtivo, a valorização do estado “novo” do sujeito, o belo, o produtivo, o jovem. Onde fica o lugar para a velhice na sociedade da produção? A sociedade que valoriza a individualidade e a competitividade, o novo e o atual, cujo mote é a produtividade e o lucro tende a não gostar de seus velhos.

Para se chegar à chamada aposentadoria é necessário um período de preparação de no mínimo dois anos. Conforme afirmam Both e Carlos (2004), a preparação é a construção de um projeto a ser realizado, preconizado mentalmente e/ou em ações. Na preparação para a aposentadoria, o trabalhador, ao avaliar as suas condições financeiras, de saúde e os elementos integrantes do modo como organiza sua vida, pode estabelecer diretrizes que o orientem na ausência do trabalho. É um momento de reflexão do que está por vir, ou seja, pensar em possibilidades de agir diante da falta de práticas que delinearam o seu cotidiano.

Diante da situação a que cada ser humano está condicionado, é preciso mudar a percepção que se tem da vida, as pessoas devem se preparar para o próprio envelhecimento.

Não se trata de uma questão que possa ser postergada para quando chegar a fase da “aposentadoria”. Trata-se de um processo mental que deve ser construído no decorrer, ou seja, ao longo da vida. Trata-se de algo inerente à vida: só envelhece quem vive. Portanto, é preciso dar atenção a esse fenômeno que, enfim, é condição natural do ser humano. Porém, isso coloca o desafio da preparação, seja das pessoas ou dos profissionais que venham a se ocupar do processo de envelhecimento ou da velhice em si. Preparar-se para essas mudanças é fundamental para sua aceitação, da melhor forma possível. Assim, o envelhecimento pode passar a ser um “caminho” tranquilo, equilibrado e com aceitação das transformações normais dos ciclos da vida, inclusive, de seu declínio.

Diante do desafio da preparação para a velhice, em termos pessoais ou profissionais, pode-se afirmar que a educação passa a ser fundamental, desde cedo, constituindo-se em componente importante da saúde preventiva. Educação e saúde são dois conceitos e duas práticas que não podem ser separados sob o risco de não se produzir qualidade de vida na velhice. O processo de educação para a longevidade, isto é, para a velhice como uma aspiração de todo ser humano, acontece nas diferentes etapas da vida. É algo que acontece também fora do espaço de sala de aula. A educação também é conceituada como um elemento de saúde, diante do desafio de saber envelhecer e de conhecer esse processo fisiológico. Envelhecer exige conhecimentos múltiplos, exige formação e, conseqüentemente, para isso se faz necessário o processo educacional.

O grande desafio da educação a respeito do indivíduo pode estar se vendo em outra dimensão, não somente no âmbito do que envolve o ser produtivo e consumista diante da sociedade, mas também de ser alguém que transcenda tudo isso e deixe para a humanidade algo mais e que possa aprender com a velhice.

Uma pessoa é tão velha quanto julga ser. A velhice não pode ser vista como um fato total; ninguém se sente velho em todas as situações, nem se sente assim em todos os contextos. As formas de pensar e agir se diversificam de acordo com as histórias de vida e o modo como são vivenciadas (BOTH; CARLOS, 2004).

A seguir constam alguns questionamentos considerados importantes para a prática reflexiva dos profissionais da área da saúde, para repensarem sobre o progressivo aumento do número de idosos, de a saúde ser caracterizada como estado de vida, não somente pelo desgaste do organismo, mas também como uma exclusão social e política: como reinscrever

na sociedade aqueles que perderam a questão da transcendência, no caso os idosos ou velhos? Como aceitar e resgatar valores relevantes mas perdidos no tempo e fazer com que eles deem um sentido dinâmico e construtivo para os anos que ainda lhes restam? Como educar-se para esse estágio da vida (envelhecimento) em sociedade que valoriza somente o novo? Como contribuir para um envelhecimento com qualidade de vida? (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Como analisar a ótica dos profissionais de saúde, para cuidar desse contingente populacional de idosos, ao mesmo tempo em que eles se preparam para o envelhecimento pessoal?

No Brasil, a situação das pessoas da terceira idade está merecendo uma atenção especial tanto por parte da família como do Estado e, conseqüentemente da sociedade. Trata-se de um problema atual e relevante não somente do ponto de vista da área da saúde, mas também da educação.

A família, nas cidades, atualmente já não é mais patriarcal. A partir do século XVIII, a multiplicidade dos empregos e a expansão da vida social permitiram aos jovens casais fundarem os próprios lares. Mas a tradição da família doméstica permanece fiel aos tempos burgueses, venerando o idoso, com marca garantida de respeito, assegurando-lhe um fim de vida honroso. A transformação da família modificou a relação entre netos e avós. Não sendo mais chefe da família, o avô torna-se cúmplice das crianças, passando por cima dos pais e, inversamente, as crianças encontram nele um companheiro divertido e indulgente (BEAUVOIR, 1990).

No Brasil, o último levantamento demográfico no ano de 2000 evidenciou que mais de 50% dos domicílios são multigeracionais (CAMARANO, 2000). Diante desse fato, os estudiosos alimentam a ideia de que a manutenção das estruturas tradicionais de família garantiria aos velhos a necessária inserção social e proteção econômica. As intervenções sociais assumem, assim, a característica de promover o aumento da rede social por meio da mobilização comunitária, numa tentativa de compensação. Com a ação educadora, a ciência gerontológica busca a formação de uma atitude positiva frente à velhice, de forma a agregar a solidariedade por intermédio do trabalho voluntário como recurso complementar e auxiliar da família, e para atuar como efeito multiplicador na integração do velho no contexto família/comunidade. Objetiva-se assim, por meio da mobilização social, assegurar, dentre outros aspectos, a manutenção do idoso na família, para que esta assuma o seu papel no processo de valorização dos velhos (MAFFIOLETTI, 2005).

As famílias estão sendo formadas/estruturadas de diferentes maneiras, grandes ou pequenas, ampliadas ou não, abrem espaço para os chamados conflitos geracionais. Sendo caracterizados, em primeiro lugar, como dificuldades vivenciadas na relação família/idoso pelas diferenças de idade, as culturais e de identidades. O que aqui é caracterizado por novos paradigmas na sociedade contemporânea, são causas de grande tensão na família, em especial composta por jovens e idosos. Vive-se em uma sociedade em que os jovens são imediatistas, intolerantes, desequilibrados emocionalmente e não acreditam nos mesmos valores morais, éticos e sociais dos idosos e isso é, muitas vezes, motivo para conflito na família.

A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que em 100 anos, entre 1950 e 2050, a proporção de idosos no Brasil acima de 65 anos crescerá de 3% para 18%, e o Brasil será o 6º país com maior número de idosos no mundo.

Entretanto, mesmo que a expectativa de vida brasileira esteja em ritmo de crescimento (hoje é estimada em 69 anos de idade), a expectativa de vida saudável (Health Life Expectance – HALE), índice proposto pela Organização Mundial de Saúde, que estima o tempo de vida de um indivíduo que não apresenta nenhum tipo de morbidade crônica, é preocupante. Em 2004, a mesma era de 56 anos de idade, ou seja, estima-se que 50% dos indivíduos a partir dessa idade apresentem pelo menos uma doença crônica, necessitando de cuidados, medicação e atenção à sua saúde (CRUZ et al., 2005).

Estudos realizados em nível mundial mostram que o estado de saúde do idoso incluindo a evolução de morbidades crônico-degenerativas como as doenças cardiovasculares, as neoplasias, morbidades neurodegenerativas e psiquiátricas é fortemente influenciado, não só pelo estilo de vida desses indivíduos, mas também pelas condições de saúde em fases precoces do seu desenvolvimento (incluindo o ambiente intrauterino materno). Outro fator importante a ser destacado é que o isolamento familiar e social, a solidão em si e o significado das perdas que a velhice retrata, traz como consequência um aumento significativo no índice de depressão entre os idosos.

Pode-se afirmar que a longevidade afeta de modo significativo a subjetividade do indivíduo e, conseqüentemente, a depressão aparece em larga escala. A mesma é uma manifestação frequente de alteração psíquica na idade pré-senil e senil, independentemente da melancolia habitual do idoso. Trata-se de um problema que requer atenção. Muitos idosos apresentam a primeira depressão da sua vida, enquanto outros tiveram a primeira durante a

juventude e sofrem, agora na velhice, a segunda. Embora habitualmente responda ao tratamento, a depressão muitas vezes passa despercebida e sem intervenção medicamentosa, o que pode acarretar um dano considerável para a saúde do idoso, assim como um aumento da mortalidade nessa etapa da vida (RUIPÉREZ; LLORENT, 2001).

Portanto, com o aumento da população idosa previsto para os próximos 20 anos, será vital a implementação de políticas públicas aliando esforços integrados na área social, econômica, da saúde e da educação para minimizar os problemas associados com o envelhecimento (CRUZ et al., 2005).

Na contemporaneidade, a situação do idoso é consequência dos acontecimentos do século XIX: o avanço tecnológico acentuou a situação social do idoso, tornando-se um problema de política governamental – criando-se em diversos países leis e uma série de medidas para proteger o idoso como aposentadorias, seguros, abonos, pensões especiais, construções de asilos e hospitais. No entanto, a sociedade criou uma ideologia da velhice que condiciona o velho à sua própria exclusão social. Nesse sentido, o idoso aceita que chegou o momento de descansar e, sendo excluído, passa a sentir a sua insignificância na sociedade da qual faz parte.

A velhice é consequência do tratamento que a sociedade dispensa à infância e aos adultos, porém, à medida que as populações envelhecem, os velhos podem manter a sua integridade e participação na sua comunidade. O velho passa a ser excluído do contexto escolar também pela idade, conceito a ser mudado se quiser valorizar o ser humano de maneira holística, integral e solidária. A educação nos diferentes espaços sociais tem obrigação de inserir o idoso como cidadão, permitindo que os mesmos sintam-se úteis à sociedade. Sendo testemunha do passado, o idoso tem um valor inestimável com sua sabedoria, portanto está apto a oferecer seus conhecimentos. Os idosos podem ser economicamente ativos e contribuir para si e suas famílias; mostrar como a vida pode ser agradável por meio de suas experiências de vida; se realizar como seres humanos com a capacidade que têm de se doar como voluntários em tudo que fazem e de contribuir com a sociedade. Esta mesma sociedade perde, sem eles, uma parcela da capacidade econômica com a qual eles têm condições de contribuir. A escola deve se valer dos idosos como aliados do processo ensino-aprendizagem e, com essa aliança, criar uma sociedade mais justa (DORNELES, 2005).

O processo de educação está inserido em vários espaços sociais, como os dedicados à inclusão dos idosos, objetivando a capacidade de orientação nas diferentes áreas do saber cultural, social e profissional e garantindo a construção dos saberes e da cidadania no contexto educacional, sendo um desafio cotidiano para as escolas e comunidades.

Entendendo a cidadania como um processo de construção e conquista, as instituições de ensino têm potencializado novas possibilidades de interação, sobretudo no que se refere ao compromisso de buscar a inserção dos excluídos do seu exercício social. O discurso freireano relembra que as pessoas não são totalmente ignorantes nem conhecedoras de tudo. Todas são capazes de aprender e ensinar algo (DÔLIVEIRA, 2003).

Como dizia Freire (2000), deve-se refletir sobre a necessidade de uma educação concebida como processo contínuo de construção e inclusão, impregnando de sentido tudo o que nos rodeia.

Ao se observar o problema sobre como conhecer mais o processo de envelhecimento e se verificar a importância que tem a relação do idoso para consigo mesmo é que surge a preocupação em relação às equipes de saúde. Como estão ou podem estar qualificando-se para o cuidado, por meio da organização e implementação dos serviços de educação continuada nas instituições de saúde, por meio de programas de atualização e desenvolvimento nas diversas áreas do saber. Desse modo, julga-se importante tal atividade no desenvolvimento de profissionais que trabalham com grupos excluídos da sociedade, nesse caso, os idosos, na formação de novos conceitos de inclusão e preparação para estar prestando atendimento profissional adequado a este contingente populacional.

Educar em saúde tem sido um constante desafio para profissionais preocupados com a qualidade do atendimento prestado à população. Com o avanço tecnológico e científico, mostra-se cada vez mais necessário que educação e saúde não podem ser vistas de forma isolada, mas sim, no contexto de uma integralidade relevante na formação do fazer qualificado para o cuidado dispensado em saúde.

Além da qualidade no atendimento prestado e a satisfação do profissional que desempenha o papel de cuidador assistencial do indivíduo que procura o serviço de saúde, a ação do cuidar está interligada com a orientação e a educação em saúde prestada pelos profissionais da área. Pode-se falar aqui dos cuidados coletivo, social, pessoal, com o outro, com o ser humano. A razão existencial: o convívio, a troca. Trata-se, portanto, do cuidado

humanizado com a vida, em que é necessário chamar a atenção dos profissionais para a valorização e o desempenho adequado no atendimento à população idosa, com responsabilidade e comprometimento (SILVA, 2004).

1.3 O CUIDADO COMO PRIORIDADE NO PROCESSO DE ENVELHECER

Quando se fala em envelhecimento, não se pode deixar de abordar o cuidado, palavra presente em todos os contingentes populacionais, mas intimamente ligada ao processo de envelhecer. A literatura a seguir abordará algumas peculiaridades do cuidar no cenário da saúde remetendo a alguns questionamentos. Quem é afinal o profissional do cuidado? Como se dá o cuidado? Como transformar a prática idealizada em uma realidade? Como estão sendo preparados os profissionais cuidadores?

Percebe-se que nem todos os profissionais têm em sua formação o privilégio de aprofundar e exercitar o cuidado em sua plenitude e de forma integral e, contudo, nem sempre com a visão humanista, que respeita o ser humano e o considera em sua totalidade, fazendo a verdadeira diferença, pois a existência do outro ser é percebida e enaltecida. O outro dá o sentido do eu. Portanto, cuidar do outro favorece o cuidar de si; através do crescimento do próprio ser, resulta o cuidado pelo ser do outro. É, enfim, uma atitude ética em que os seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros (WALDOW, 2004).

O cuidado envolve responsabilidade, compromisso, comprometimento e envolvimento com seu próprio ser, com o outro e com o universo. Em outras palavras quem cuida envolve, interage, se responsabiliza pelo crescimento e bem estar do outro, uma planta, um animal ou a natureza como um todo.

Seguindo os fundamentos filosóficos do cuidar, Waldow (2004, p. 19) afirma que:

ser é cuidar, e as várias maneiras de estar no mundo compreendem diferentes maneiras de cuidar. Para se tornar um ser de cuidado, um cuidador, o ser precisa, primeiro, ter experienciado o cuidado, ou seja, ter sido cuidado. A capacidade de cuidar está, portanto, relacionada ao quanto e como o ser foi cuidado. Através do cuidado, percebe-se a existência de outros além do que se é; o outro dá o sentido do eu.

Para Silva (2004), falar do cuidado coletivo, do cuidado social, do cuidado pessoal, com o outro, com o ser humano, o convívio, a troca, nada mais é do que tratar do cuidado com a vida. Todos os outros cuidados, ou seja, o cuidado com o que é inanimado, reflete de

alguma forma em cuidado com a vida; inclusive aí existe troca: necessita-se do que é inanimado para ter vida. E ao se pensar com maior profundidade, ainda se conclui que até o que se chama de inanimado possui vida. A autora salienta que aprendeu a definição mais bonita de cuidado em uma aula com o médico e escritor Gaiarsa: “cuidar é colocar em prática o verbo amar”. Ele afirma que o único jeito de ser feliz é cuidar dos que estão próximos. Isso se resume na base de uma vida feliz.

É na valorização da vida, constituída de relações, que a forma como ocorre a comunicação é essencial, e nessa comunicação estão presentes profissionais que cuidam, ouvem, ajudam e desenvolvem a educação em saúde, quando prestam o atendimento com cuidado.

Não precisamos ser os melhores intelectuais, os melhores profissionais; se buscarmos ser pessoas melhores, tudo será consequência. É tão simples... São nos pequenos gestos diários. Se ao acordar e falar “bom dia” a alguém estivermos presentes, atentos e envolvidos naquele instante, estaremos olhando no olho, estaremos realmente desejando um bom dia para o outro e, certamente, o outro perceberá e se sentirá valorizado; estaremos cuidando de uma relação, estaremos cuidando da vida e, mais uma vez, colocando o verbo amar em prática. E quanto tempo este gesto vai levar? Será que não temos tempo? Só se não tivermos mais vida (SILVA, 2004, p. 126).

Como definição de cuidado, Waldow (2004, p. 21) diz que

cuidado é um processo, um modo de se relacionar com alguém que envolve desenvolvimento e cresce em confiança mútua, provocando uma profunda e qualitativa transformação no relacionamento. Repetindo, é ajudar o outro a crescer e se realizar.

Lacerda e Costenaro (1999) explanam que o cuidado é tido como uma essência. Este é mais do que uma simples execução de procedimentos; o cuidado é relação, expressão, envolve empatia, autenticidade, aceitação, um dispor-se, um estar sempre junto com o ser cuidado. Vai além dos aspectos técnico, instrumental ou físico, para atingir um patamar mais elevado, abrangendo todas as dimensões do ser, que inclui também o lado emocional e a parte espiritual.

Waldow (2004) contribui reforçando que o cuidar é o ato consciente de amor, de ajuda; é educar para a liberdade, auxiliar nas horas em que o sujeito necessita para voltar a caminhar sozinho; é respeitado pela individualidade como ser único e ser do mundo, que tem história e que faz a sua história colocando conhecimentos, arte a serviço de quem dele necessita.

O cuidado, segundo Mayeroff (1971), não é necessariamente recíproco. As coisas não respondem na mesma forma em que se responde a elas. Por exemplo, a criança não é capaz de cuidar de seus pais, já o contrário acontece. Da mesma forma, certos pacientes em terapia e outras situações como o coma. Cuidado, é importante ressaltar, não é um negócio, em que ocorre uma troca, isto é, se cuido de você, você cuida de mim.

Já Boff (1999) refere-se ao cuidar como sendo algo mais que um ato, é uma atitude, tem a ver com a postura e o modo de agir de cada um. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. O autor ainda privilegia o amor como fenômeno biológico, a ternura, a carícia, a cordialidade, a confiabilidade e a compaixão como dimensões importantes para o equilíbrio e a coexistência.

O cuidado é um sentimento que envolve ligação e zelo, tanto com a existência do outro quanto com a própria; um relacionamento dedicado no qual, sentimentos são transformados em comportamentos e reflexões. Por isso é preciso ir além da mera execução de procedimentos técnicos, embora sejam importantes para a execução do cuidado, afinal são integrantes do trabalho, mas que devem ser realizados de forma que proporcionem autonomia, sempre que possível, e estimule o autocuidado.

Atualmente o mundo está permeado de conflitos, guerras, violência e corrupção. Ao mesmo tempo convive com a beleza, a bondade, a solidariedade e a busca da paz. Contudo, se deixar o não-cuidado prevalecer, será parte de uma sociedade, de homens e mulheres, que tende a se brutalizar, tornando-a desumana e destruindo não só a si própria como também ao meio ambiente que a cerca. Para que isso não se torne uma realidade irreversível é necessário que se busque o sonho, iluminando a escuridão e tornando o cuidado um imperativo moral, parte de nosso dia a dia, como um ideal, um sonho real, consciente, preservando e respeitando a vida, o outro e o meio (WALDOW, 2004).

1.4 A VELHICE FRENTE AOS NOVOS PARADIGMAS NA CONTEMPORANEIDADE

A pretensão de uma nova leitura paradigmática se faz necessária na era da contemporaneidade. Muito se tem discutido e comentado como o indivíduo idoso é visto na sociedade contemporânea e qual o espaço que ocupa neste ambiente social tão competitivo, que valoriza somente o novo, o belo, o global.

Considera-se importante historicizar brevemente a definição de terceira idade, com a qual se trabalha no decorrer do texto. Na França e no Brasil, antes do século XX, a palavra *velho* estava associada à decadência e confundida com incapacidade para o trabalho. Ser velho era pertencer à categorização emblemática dos indivíduos idosos e pobres. No século XX ocorrem mudanças na estrutura social, elevações das pensões/aposentadorias, aumentando o prestígio dos aposentados e aparecendo um estrato populacional com poder social e econômico, o qual é designado de *idoso*. E para designar respeitosamente a representação dos jovens aposentados surge a denominação de *terceira idade*. Na verdade se se unificar todas as idades na rubrica de aposentado, velho, idoso, todos são sinônimos que possuem o mesmo significado (FREITAS, 2002). O Dicionário da Língua Portuguesa apresenta a definição de *velho* como “muito idoso, velho, antigo, que tem muito tempo de existência, gasto pelo uso obsoleto, antiquado”. E a palavra *idoso* como “indivíduo idoso que tem bastante idade, velho” (LOVISOLO et al., 1992).

Também se se olhar para a definição de terceira idade, ela aparece como um recorte nas faixas de idade, caracterizando ou distinguindo os jovens idosos dos idosos velhos. Aí surgem as definições de *velho jovem* – até 75 anos, como uma representação social, independente e com autonomia. E *velho velho* – acima de 75 anos, chamada também de quarta idade, muito velho, imagem tradicional da velhice, decadência, incapacidade física, doença (FREITAS, 2002). É claro que essas definições podem mudar quando o indivíduo for acometido de uma patologia, pois o que se falou até então era do envelhecer não-patológico.

Esse mesmo indivíduo presente em uma sociedade que valoriza somente o belo, o novo, o global, acaba caindo no esquecimento e sendo deixado de lado. Quando ainda é um ser capaz e produtivo para a sociedade contribuindo com o seu trabalho e sua remuneração tem um determinado reconhecimento e valor. Quando isso não é mais possível, e chega a “aposentadoria”, ele é vítima do esquecimento. Como desafiar esse idoso ou velho a sentir-se presente novamente nessa sociedade? Como ressignificá-lo neste espaço social? Como preparar as pessoas para o próprio envelhecimento? Essas e tantas outras indagações constituem o desafio para profissionais que buscam trabalhar com a área da Gerontologia. E é na busca constante do conhecimento que se pode, muitas vezes, encontrar respostas.

Pode-se definir conhecimento como a estrutura do pensamento, como modo de pensar as coisas e operar o pensamento encontrando soluções.

O conhecimento hoje como pensamento moderno e que se desenvolveu no século XVII tem como principal característica a confiança otimista na razão, cujo modelo é dado pela matemática, ciência que passou por um grande desenvolvimento a partir das contribuições dos pensadores renascentistas (FENSTERSEIFER, 2001).

Entendendo que na modernidade o ser humano produziu a razão, o modo de operar da razão é um fato social, pois a razão humana aparece no momento em que se entende o sentido das coisas, quando se necessita fazer uma releitura da forma como as coisas se apresentam, surge um novo modo de pensar, constituindo os novos paradigmas (DESCARTES, 2007). Envelhecer é um dos mais essenciais processos humanos, só envelhece bem quem realmente aceita no seu íntimo, o verdadeiro fato de envelhecer.

O envelhecimento pode ser entendido como um processo definido de maneiras diferentes, dependendo do campo de pesquisa e do objeto de interesse. O processo de envelhecimento abrange aspectos biológicos, psicológicos, sociais e fisiopatológicos (SANTOS, 2001). Como entender esse processo de envelhecer e se ressignificar nesse espaço social, em que tudo que foi construído até então está em conflito com novos valores sociais?

Para a pessoa idosa que constitui a chamada Terceira Idade é necessário enfrentar os novos paradigmas estabelecidos pela contemporaneidade. Esforçar-se e tentar compreender e entender as formas novas de pensar é o que se pode chamar de paradigmas. Não é uma tarefa fácil à pessoa idosa acompanhar essas diferenças sociais estabelecidas e repensar de forma diferente e inserir-se neste contexto.

Para Marques (1993), a contemporaneidade é o modo dos movimentos do processo histórico, que mobilizam e transformam as relações. E é nesse contexto que o idoso é colocado em choque e desafiado a pensar novos significados culturais.

Para o idoso que vem de uma cultura social, em que os valores como respeito, solidariedade, tolerância, compromisso, ética, seriedade eram rigorosamente seguidos e vividos, deparar-se com uma sociedade atual de jovens imediatistas, pouco tolerantes, de uma geração diferenciada em que esses valores não significam quase nada, é realmente muito difícil repensar, conviver com esta nova geração; trata-se de um grande desafio. Pode-se dizer que emergem daí os conflitos de gerações.

Os paradigmas não são soluções, mas sim um modo de produzir soluções, ou seja, de que forma o pensamento pode operar para encontrar soluções. Como estimular o indivíduo idoso a buscar isso? Descartes diria que a chave do conhecimento está no sujeito, ele tem de pensar e produzir o mundo, e aí vai depender como cada indivíduo idoso projetou o seu mundo, a vida durante toda sua trajetória de construção e não somente no período da velhice (DESCARTES, 2007). Pois como é sabido, não se envelhece aos 40, 50, 60 anos ou mais, mas sim de uma forma contínua, pois o envelhecimento é caracterizado como um processo desde o nascimento até a morte.

Na era da contemporaneidade tem-se o antropocentrismo, doutrina que coloca o homem no centro do universo e medida de todas as coisas. As pessoas têm mais autonomia, acreditam na felicidade terrena e usam a razão como centro. E esta razão da vida atual imagina o mundo como máquina e a mesma torna-se mecanicista para controlá-lo. Para Descartes, os elementos simples como as ideias, os conceitos e o mecanismo que os combina é a razão (DESCARTES, 2007).

Já no paradigma da comunicação, o fenômeno da razão é visto como o resultado do desenvolvimento de uma capacidade comunicativa; o operar dessa razão exige uma revisão no modo de entender da razão e, conseqüentemente, suas realizações como a cultura e a sociedade (BOUFLEUER, 2007).

Inserir esses conceitos na Terceira Idade não é uma atividade fácil, pois vai depender de como cada um construiu a sua vida até a velhice e como cada um vive. E a experiência de vida atribuída ao idoso é algo grandioso, mas que nem sempre é valorizada como deveria. Ele cai no esquecimento, no abandono, quando já não é mais produtivo para a sociedade. Esta que proporcionou para ele a chamada aposentadoria, coloca-o em uma condição improdutivo.

A contemporaneidade idealiza o que está no passado, o ideal é o que não existe, por isso para muitas pessoas os idosos só passam a ter valor após a sua finitude. É necessário perder para valorizar, talvez nem tanto a pessoa mas o que ela deixou – infelizmente esse cenário ocorre em muitas famílias. Até mesmo a valorização pessoal só ocorre quando o idoso não se encontra mais no meio social em que viveu, somente após a sua morte ele é idolatrado, lembrado e passa a ser significativo muito mais que quando estava constituído como um ser vivo.

Faz-se necessário repensar novos valores neste mundo contemporâneo, e valorizar a chamada Terceira Idade que tanto já contribuiu para a humanidade. Pois todos têm a pretensão de envelhecer ou de viver mais tempo, não interrompendo a caminhada ainda quando jovens, mas sim, de viver a longevidade. As pessoas têm medo da morte e, por isso, também pretendem envelhecer, adiar essa passagem, usufruindo o período longo.

Verifica-se hoje na sociedade alguns estereótipos para o velho como rabugento, ultrapassado, chato, caquético. Mas coloca-se uma reflexão: os idosos não se tornam rabugentos, chatos, inquietos somente porque adquiriram uma certa idade, talvez tenham sido crianças, jovens, adultos rebeldes, rabugentos, inquietos e chatos. Tudo é um processo contínuo, a velhice reflete aquilo que se foi durante a trajetória da vida – se a trajetória for constituída com essas características chegará à velhice assim, ou melhor, se constituirá dessa forma (ELIOPOULOS, 2005).

Desafia-se a sociedade a mudar seus conceitos sobre velho, velhice e inserir o próprio velho nesse processo. Iniciar um trabalho dentro das famílias, escolas, associações e outros na valorização e respeito ao ser humano/indivíduo idoso. Isso decorre de um trabalho contínuo e uma tarefa em longo prazo, mas é preciso que a sociedade seja desafiada a construir novos paradigmas, com novas maneiras de pensar a si mesma acerca desse grande contingente populacional de idosos.

Ao analisar essa temática pelo viés do paradigma moderno, trabalhando a razão subjetiva do indivíduo pode-se afirmar que o mundo (ou a sociedade) pode ser produzido por obra desse sujeito. Pelo uso de sua capacidade racional o homem intervém no mundo, transformando-o, com o poder de produzir novas realidades (BOUFLEUER, 2001). Desse modo, acredita-se nisso pensando ser possível a construção de novos paradigmas para que a população da Terceira Idade possa usufruir, e não caracterizá-la como algo pejorativo, decadente, ultrapassado, deixando-a em um processo de esquecimento. E como já se afirmou, o grande desafio é inserir essa população neste processo, em especial no que concerne às políticas educacionais e de saúde.

Portanto, como afirma Lehr (1999, p. 7), “as sociedades precisam se adaptar a um número cada vez maior de pessoas idosas, aproveitando as capacidades e potenciais deste grupo populacional e criando estruturas que atendam a necessidades específicas”.

CAPÍTULO 2 – RESGATANDO HISTORICAMENTE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

“Se você quiser saber como se sente um velho, embace os olhos, tape os ouvidos com algodão, calce sapatos pesados e folgados demais para seus pés, ponha luvas, e tente mesmo assim levar seu dia de modo normal.”

(Gaiarsa)

Esta seção tem por finalidade servir como uma primeira aproximação para a compreensão das políticas públicas de saúde no Brasil, destacando alguns dos principais eventos que aconteceram no decorrer do tempo e a existência de grandes e avançadas modificações nas políticas de saúde, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88). Apresenta fatos em saúde pública do Estado brasileiro com registros que datam do século passado até os dias atuais. Oferece aos interessados em aprofundar os estudos uma referência temporal, indicando autores e textos estruturados, sem esgotá-los, que podem nortear novos estudos e pesquisas na área.

2.1 ACOMPANHANDO AS TRANSFORMAÇÕES AO LONGO DOS ANOS

Para Silva (1989), o período compreendido entre os anos de 1889 a 1956 foi marcado pelo desenvolvimento de um quadro de doenças pestilenciais como cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola e doenças de massa, como tuberculose, febre tifóide e lepra. Com esse cenário, e levando-se em conta os interesses ligados à economia exportadora cafeeira, o governo republicano esboçou os passos iniciais para a sua política sanitária.

A transformação das políticas públicas de saúde ao longo dos anos, nos permite perceber a luta constante que foi no decorrer dos tempos o reconhecimento do espaço e dos direitos conquistados para a saúde da população brasileira. De forma muito especial, o direito e conquistas do SUS.

Ao se iniciar esta trajetória cronológica, define-se o primeiro período compreendido entre 1900 e 1930, como a aproximação e implantação de um novo século, com o anúncio e alarde de que se ingressava em um novo período da história, denominado como nova era, com novas esperanças e um novo tempo promissor com o avanço da medicina, da ciência, da

eletricidade e o progresso da comunicação. Mas também marcado pelas moléstias da época como a epidemia da febre amarela e varíola, principalmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, sendo divulgado nos principais meios de comunicação da época, os jornais (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A classe operária trabalhava nas fábricas, principalmente de tecelagem de algodão. Na hierarquia social, considerava-se a distinção entre os ricos e os pobres. Estes tinham como “recursos” de saúde a recorrer às benzedadeiras, curandeiras e à crença no senso comum para a cura das doenças. Também havia ajuda das irmãs de caridade que lhes prestavam atendimento. A população pobre só dispunha de atendimento filantrópico nos hospitais de caridade mantidos pela Igreja (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Nos tempos da chamada Primeira República, em que a economia baseava-se na agricultura e tendo como principal produto o café – com finalidade de exportação –, era importante que os espaços de circulação dessa mercadoria fossem saneados, principalmente os portos, e que as doenças que prejudicassem as exportações fossem controladas. Os serviços de saúde pública deveriam ocupar-se desse propósito e eram dirigidos pela Diretoria Geral de Saúde Pública que estava vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Destacou-se nesse período o médico Oswaldo Cruz, que à frente dessa diretoria adotou o modelo de campanhas sanitárias, destinadas a combater as endemias urbanas e, posteriormente, rurais. Esse modelo teve inspiração militar e baseava-se no estilo repressivo de intervenção médica, tanto nos indivíduos como na sociedade como um todo (CARVALHO; MARTÍN; CORDONI JÚNIOR, 2001).

A assistência individual das ações de saúde era eminentemente privada. A intervenção hospitalar pública assumia caráter de assistência social: obrigava e isolava os portadores de doenças como psicoses, hanseníase e tuberculose (GUIMARÃES, 1982). Já nas demais áreas de atenção, na assistência aos que não podiam custeá-la financeiramente esses eram considerados indigentes, e a atenção à saúde era prestada pelas entidades que realizavam caridade, como as Santas Casas de Misericórdia.

No governo de Rodrigues Alves desencadearam-se ações que tiveram como foco principal a chamada “Higienização” – por meio da figura de Oswaldo Cruz, a questão sanitária passou a ser tomada como matéria política (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Iniciou-se assim a organização das campanhas de vacinação contra as doenças de massa, e também a

busca de ações ao combate às endemias, estimulando o surgimento de medidas referentes à notificação das doenças e vigilância sanitária.

As epidemias que marcaram essa época tiveram uma conotação negativa para o país, pois havia a preocupação de que imigrantes não viessem mais para o Brasil em função das epidemias. Em contraponto, as autoridades competentes começaram a se preocupar, pois dependiam de mão-de-obra dos imigrantes para tocar o serviço nas fábricas. Iniciava-se assim uma preocupação com os portos, isolando os casos de doentes graves e também tentando afastar as moléstias. É também nesse período de crise que surge a necessidade da criação de vacinas, e começam então as campanhas obrigatórias das vacinas, principalmente da varíola. Durante a imposição das campanhas, ocorreu manifestação contrária dos cidadãos no Rio de Janeiro (RJ), em especial, onde houve grande tumulto para que a vacina não fosse obrigatória (PAULUS JUNIOR; CORDANI JÚNIOR, 2006).

Em 1904, pode-se verificar a lei sobre a vacinação e revacinação contra a varíola, processo que gerou uma série de revoltas no meio da população civil contra o sentido militar imposto na campanha (IYDA, 1994).

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, visando aos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno infantil, a saúde pública passou a ser tomada como questão social. Nesta época ocorreram os primeiros encontros de sanitaristas que buscavam soluções mais eficazes no que tocava às questões de saúde. Esse movimento sanitário impulsionou a necessidade da educação sanitária, como estratégia para a promoção de saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Em 1918, uma grande crise na saúde: a gripe espanhola matou milhares de pessoas no país – o governo e a saúde pública pouco fizeram para contornar a situação (SILVA, 1989).

Em 1923 surge a assistência previdenciária no país por meio da lei Elói Chaves, que cria em cada empresa de estrada de ferro uma Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) para os respectivos empregados. As principais características eram: a concessão de serviços pecuniários (aposentadorias e pensões) e a prestação de serviços (assistência médica e farmacêutica) aos empregados e seus dependentes (CARVALHO; MARTÍN; CORDONI, 2001). A partir desse momento, os trabalhadores passam a ter os direitos de cidadania preservados, tais como garantia de assistência médica e aposentadoria por tempo de serviço prestado.

Também nesse período foi construído o Centro de Saúde Social e Educativa, com profissionais médicos vindos da Fundação Rockefeller, passando a família a ser o centro das ações em saúde.

Em 1930, os chamados revoltosos chegaram ao Rio de Janeiro. Getúlio Vargas no governo como presidente anunciava um Decreto centralizando e uniformizando as estruturas de saúde, com especial atenção aos mais pobres e desprotegidos (SILVA, 1989).

Posteriormente, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), em que aposentados e pensionistas, após uma vida inteira de trabalho produtivo, substituíram as caixas de pensões. Nasceram os IAPS que como regime de capitalização, acabaram financiando parte da indústria e grandes obras federais, e com isso garantindo o regime de financiamento próprio da indústria. É importante salientar que os recursos dos IAPS foram sempre aplicados pelo governo no financiamento da industrialização do país (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

As profundas mudanças ocorridas depois de 1930 e que levou ao poder Getúlio Vargas, com a longa crise do café e sua desvalorização no mercado internacional, provocaram modificações na economia do país, onde o pólo dinâmico da economia passou para os centros urbanos e para empreendimentos industriais na região Centro-Sul. Como consequência, surge na estrutura da sociedade brasileira um novo contingente formado por trabalhadores assalariados, principalmente nos setores de transporte e indústria (CARVALHO; MARTÍN; CORDONI, 2001).

A tendência centralizadora do estado brasileiro se acentuou, impedindo a ampliação de suas bases sociais, politizando as questões como da saúde, que passa a incorporar a problemática do poder instalada na época. Nesse contexto, a área da saúde mantinha-se dividida: a saúde pública voltada para os programas gerais de saneamento básico, vacinações e campanhas de erradicação de determinadas patologias tendo como alvo o conjunto da população. Já a saúde previdenciária estava voltada para a medicina curativa, individual, com o alvo focado nas parcelas restritas da classe trabalhadora, ou seja, nos assalariados urbanos (SILVA, 1989).

No ano de 1932, São Paulo exigia a criação da Constituinte. Em 1934 planejou-se a Constituinte e a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões para os Marítimos. Logo, várias categorias profissionais passaram a descontar dos seus salários uma pequena parcela de contribuição para garantir assim as aposentadorias no futuro (SILVA, 1989).

Assim, em 1933, nascia uma nova estrutura de previdência social, ou seja, os IAPS. Já não mais por empresa, mas por categorias de trabalhadores. Foram criados então o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), dos bancários (IAPB); dos empregados de transportes e cargas (IAPTEC); dos comerciários (IAPC), dentre outros (CARVALHO; MARTÍN; CORDONI, 2001).

Nesse processo de centralização do poder foi criado também o Ministério do Trabalho, pois o controle na gestão das instituições previdenciárias era gerido pelo Estado, e seus presidentes escolhidos pelo Presidente da República. Desse modo, com o regime de capitalização que se implantava no período, houve um aumento na rigidez dos critérios para a concessão de benefícios, diminuição dos valores a serem concedidos e aumento da contribuição dos segurados. Essas medidas fizeram com que mais de 70% da receita fosse destinada às reservas da Previdência. O acúmulo de recursos que o Estado gerenciava foi muito importante para viabilizar o projeto econômico e político de um novo regime: a industrialização (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

A aceleração do crescimento industrial aumentava a preocupação com a manutenção da força de trabalho em condições de produção, bem como na sua integração de forma rápida ao processo de produção. Em respostas a essas demandas, várias instituições de trabalho passaram a criar serviços de atendimento ambulatorial, de caráter terapêutico e, alguns também em nível de reabilitação (IYDA, 1994).

Em 1950, Getúlio Vargas voltou como candidato à presidência, sendo eleito pelo voto popular.

No Brasil, uma nova fase nas telecomunicações fora implementada, inaugurando-se a TV Tupi. Como momentos marcantes na história, destaca-se ainda a criação da Petrobrás e do Ministério da Saúde, em 1953 – este último que fortalecia as ações de saúde pública. Estimavam ser implementados programas de forma vertical para o tratamento de doenças, como os sanatórios e hospícios (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

O sistema de saúde no país vem sofrendo constantes mudanças desde o século passado, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. Analisando a trajetória percorrida, são identificadas quatro principais tendências que caracterizam as políticas de saúde no Brasil. A primeira foi denominada de sanitarismo campanhista porque tinha em sua essência as campanhas sanitárias como

principal estratégia de atuação, vigorando do início do século XX até 1945. O período compreendido entre 1945 a 1960 foi considerado o de transição, para o próximo que se consolidou nos anos de 1980, como modelo médico-assistencial privatista, seguindo-se *a posteriori* com o modelo do sistema público de saúde de caráter universal, o Sistema Único de Saúde (MENDES, 1996).

No fim de 1950, a assistência médica previdenciária passou a consumir recursos cada vez mais significativos. Essa modificação deveu-se à industrialização do país, provocando uma acelerada urbanização e assalariamento de parcelas crescentes da população. O aumento dos benefícios não foi acompanhado do aumento de receitas e iniciou-se uma crise do sistema previdenciário, que no fim dos anos de 1960 passou a ser deficitário. Com o objetivo de uniformizar os benefícios aos assegurados, foi promulgada a lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) (CARVALHO; MARTÍN; CORDONI, 2001).

No governo de Juscelino Kubitschek, os avanços foram acentuados, iniciando-se uma grande expansão do desenvolvimento econômico do país e surgindo indústrias automobilísticas e a construção de Brasília. Surgiram também novas lutas para que os IAPS pudessem prestar assistência médica e, com isso, construíram seus próprios hospitais e passaram a prestar serviços médico-hospitalares para empresas privadas (CARVALHO; MARTÍN; CORDONI, 2001).

No governo João Goulart implementou-se reformas de base, entre elas a saúde. Em 1964, com a revolução, João Goulart fugiu, Leonel Brizola foi deposto e, Jango, derrubado. Castelo Branco assumiu como Presidente da República e uma nova política se instalou: era a época das prisões, torturas, arrocho salarial, censura dos jornais, política de ditadura, classe operária média, êxodo rural, sucateamento da saúde priorizando a saúde privada. Além disso, foi unificado o sistema da previdência (IAPS) e criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) no ano de 1966 e 1967, concentrando todos os trabalhadores aposentados e pensionistas e gerando uma grande massa de dinheiro (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

O INPS lançava as linhas de fundo perdido para criar leitos hospitalares e atender trabalhadores inscritos na Previdência Social, dando extensão aos trabalhadores do campo.

O modelo médico-assistencial privatista, fundado na atenção médica da Previdência progressivamente tornou-se hegemônica, vigorou de 1960 até meados de 1980, e tinha como principais características: a prerrogativa da prática médica curativa, individual, assistencialista

e especializada e o detrimento da saúde pública, concentrando-se em um modelo médico-industrial privado com objetivo de lucro. Nesse caso, o Estado era o grande financiador do sistema e prestador de serviços à população não-integrada economicamente. O setor privado nacional era o prestador de serviços de assistência médica e o setor privado internacional como produtor de insumos – equipamentos biomédicos e medicamentos (MENDES, 1993).

Apesar de a Lei n. 6.229/1975 que consolida a fragmentação do sistema dicotômico visar à regulamentação do Sistema Nacional de Saúde, na realidade não existia um sistema propriamente dito. As ações de saúde eram desenvolvidas de maneira fragmentada e sem nenhuma integração. A saúde coletiva era considerada um direito de todos e a assistência médica hospitalar individualizada, direito apenas dos trabalhadores contribuintes do Sistema Nacional de Previdência Social. Na época, cabia ao Ministério da Saúde, ao menos formalmente, a responsabilidade da formulação das políticas e o desenvolvimento das ações coletivas; ao Ministério da Previdência e Assistência Social, a realização da assistência médica através do Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social (INAMPS); ao Ministério da Educação, a formação de recursos humanos para saúde e a prestação de serviços nos hospitais universitários; ao Ministério do Interior, as ações de saneamento e, ao Ministério do Trabalho, cuidar da higiene e segurança do trabalho (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Na nova estrutura proposta pelo Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1974, a assistência médica continuava a ser prestada principalmente por meio de contrato com o setor privado com os recursos da Previdência. O conjunto de políticas públicas da década de 1970 levou a um modelo médico-assistencial privatista assentado no Estado como grande financiador e no setor privado nacional como o maior prestador, tendo o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos.

Em 1977, o Ministério da Saúde já reconhecia que o papel primordial da esfera municipal era o de estruturar uma rede de serviços básicos dentro dos princípios da atenção primária mas, na época, nenhum passo concreto foi dado por ele nessa direção. O primeiro Encontro Municipal da Saúde, realizado em Campinas em maio de 1978 na Conferência Internacional de Alma Ata, concluiu pela atenção primária à saúde como prioridade dos municípios, deixando os casos mais complexos (atendimentos secundários e terciários) para a União e Estados (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Com o objetivo de contornar os problemas, foram adotadas medidas políticas e administrativas de âmbito social. Uma dessas medidas foi a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) no ano de 1974, sendo vinculados a este as seguintes entidades: Instituto Nacional da Previdência Social (INPS); o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA); o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), entre outros (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Em 1970, o Brasil ganhou a Copa do Mundo, e foram transmitidas pela primeira vez imagens em cores na tevê brasileira. O governo federal anunciava obras gigantescas como a Transamazônica, a Usina de Itaipu e hospitais privados.

Nos anos 1970, o governo equipou hospitais a fundo perdido e, quando os mesmos se sentiram capitalizados, se descredenciaram do sistema previdenciário.

Na segunda metade da década de 1970, a insatisfação pelo modelo político-econômico ganhava expressão de diferentes maneiras por meio das manifestações políticas legais e ilegais, como as guerrilhas, principalmente as urbanas, jornais, greves etc. Foi nesse momento que ganhou força a discussão pela busca de reformas nas políticas de saúde, passando a ganhar corpo o movimento conhecido como Reforma Sanitária, cuja característica principal era a formulação do pensamento crítico na política de saúde. Surgem nos departamentos de Medicina Preventiva das universidades brasileiras as primeiras ideias sobre Medicina Comunitária, uma proposta originária nos Estados Unidos e difundida por meio da Organização Pan-Americana da Saúde. Nascia também o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), sistematizado pelo Conferência internacional de Alma Ata, promovido pela Organização Mundial da Saúde. Essas ideias marcaram o movimento sanitário naquele momento como forma de oposição ou alternativa para o sistema de saúde até então (CARVALHO; MARTÍN; CORDONI, 2001).

Perante um quadro de grande adversidade econômica e social, a Organização Mundial da Saúde reuniu representantes de 144 países, por ocasião da Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários em Saúde em Alma Ata, em 1978 (MERHY, 2007).

Também nos anos de 1970 começava o movimento na saúde. A população percebeu que os recursos financeiros públicos não eram aplicados de acordo com as necessidades apresentadas pelas pessoas, principalmente os assalariados e de baixo poder aquisitivo.

Começava a ser identificada a necessidade de criação de creches e de centros de saúde que realmente atendessem à necessidade da população na atenção básica em saúde e, à necessidade de transporte adequado (ônibus). A miséria se acentuava cada vez mais. As doenças apareceram com mais intensidade, registrando-se, em São Paulo, em 1974, uma epidemia de meningite que foi censurada e não pôde ser divulgada pelos meios de comunicação, causando revolta nas pessoas, pois os governantes queriam passar a ideia de que tudo estava sob controle, em especial na saúde (CARVALHO; MARTÍN; CORDONI, 2001).

No Brasil, Londrina (PR), Campinas (SP) e Niterói (RJ) foram as primeiras cidades a aplicarem, na realidade da população municipal, a experiência alternativa de ações de saúde baseadas nos princípios da Atenção Primária à Saúde e da Medicina Comunitária. Pela primeira vez as pessoas passaram a ter acesso aos serviços de saúde de forma institucionalizada e não mais como um favor da caridade humanitária (CARVALHO; MARTÍN; CORDONI, 2001).

Assim que, após 1978, começaram a crescer os movimentos populares em saúde, reivindicando postos de saúde para atendimento da população mais carente, saneamento básico, água encanada etc. Foi considerada uma grande conquista popular dos órgãos representativos de classe como os trabalhadores, estudantes, professores, que juntos foram buscar novas alternativas para a assistência hospitalar e os altos custos nos serviços médicos hospitalares.

Nos anos 80 ampliaram-se as conquistas e algumas vitórias foram animadoras para os trabalhadores representantes de classe, surgindo também os Conselhos Populares, tendo vez e voz na tomada de decisões.

Procurando saídas para a crise da saúde, os Ministérios da Saúde e da Previdência Social apresentaram a várias instituições o anteprojeto do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o PREV-SAÚDE, que fracassou pela falta de recursos financeiros para a própria criação. Em seguida, uma outra proposta implantava o novo pacote da Previdência, que estabeleceu um aumento da contribuição previdenciária para empregados e empregadores. Para racionalizar despesas e controlar gastos foi lançado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (CONASP) (PAIM, 1989).

Com o CONASP ocorreu a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), projeto formalizado por uma portaria conjunta entre os ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Educação e Cultura, que buscou a reorganização institucional da assistência à saúde, evitando assim ações paralelas e simultâneas entre as instituições sanitárias. Os princípios norteadores das AIS foram a universalidade no atendimento, integralidade e equidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, descentralização das ações e do poder decisório, democratização por meio da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários, planejamento e controle efetivo pelo setor público sobre o conjunto do sistema, incluindo o setor público e o privado (CARVALHO; MARTÍN; CORDONI, 2001).

Na prática, significava dizer que as prefeituras, pela primeira vez, estariam recebendo recursos federais oriundos da Previdência, mediante pagamento por serviços prestados, como atividades médicas, odontológicas e de enfermagem realizadas pelo município.

Também cresceram os custos da Previdência Social. Não existiam mais os IAPS que entraram em falência, com a diminuição dos gastos e o aumento das contribuições. Nessa época, a ditadura já estava caindo. Eleições indiretas com os candidatos Paulo Maluf e Tancredo Neves. A Previdência estava falida estruturalmente; o seguro saúde com mais dinheiro saindo e menos dinheiro entrando em função de muitas pessoas aposentadas.

Para melhor compreensão, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi imaginado a partir da ampla mobilização da sociedade e de profissionais da área da saúde. Partindo de tempos mais recentes, pode-se determinar que o início foi a partir da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963. A mobilização continuou crescendo e culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que aprovou a proposta de criação do SUS e, em 1988, o sistema foi consagrado pela Constituição Federal (BRASIL, 2009).

O SUS, criado em 1988, implica entender a saúde como um direito de cidadania, em que as ações e serviços de saúde constituem um direito social assegurado pelo Estado e gerido pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Ele segue os mesmos princípios organizativos e a mesma doutrina em todo o território nacional. Trata-se, portanto, de um sistema estruturado em nível nacional, composto por unidades, serviços e ações que interagem, objetivando um fim comum, baseados nos princípios citados a seguir: *Universalidade* (a saúde entendida como um direito de todos e um dever do Estado, sem restrições, distinções e sem custos financeiros); *Integralidade* (ações de saúde combinadas e

voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de cada cidadão, oferecendo atenção integral à saúde de forma individual e/ou coletiva, em todos os níveis de complexidade); *Equidade* (o SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, tratando diferentemente os denominados diferentes para atingir a igualdade e as necessidades de saúde); *Participação Social* (garantir a participação dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços no processo de formulação das políticas de saúde, e que o controle de sua execução se faz por meio dos conselhos e das conferências de saúde); *Regionalização* (a rede de serviços do SUS deve ser organizada, planejada no contexto de uma área delimitada, permitindo conhecer os problemas locais e identificar as prioridades de intervenção); *Hierarquização* (garante-se o acesso por meio do serviço de atenção básica que precisa estar qualificado para o atendimento e a resolução dos principais problemas dos usuários e, quando os problemas não podem ser solucionados na atenção básica, estes são encaminhados para os serviços de alta complexidade); *Resolutividade* (cada serviço é responsável por resolver os problemas de saúde de acordo com sua estrutura e capacidade tecnológica no sistema de referência e contrarreferência); *Descentralização* (a responsabilidade pelas ações e pelos serviços deve ser distribuída entre as esferas de governo, onde a principal estratégia de descentralização adotada pelo SUS foi a municipalização da saúde); *Complementaridade do Setor Privado* (a contratação dos serviços privados deve se dar somente para serviços ou ações que não existam ou sejam insuficientes no setor público, quando a Instituição privada deve atuar em acordo com as normas técnicas do SUS, integrando-se por meio do planejamento à rede regionalizada e hierarquizada) (BRASIL, 2009).

Por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, houve a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde e disso resultou a criação e implantação do Sistema Único de Saúde, considerando atribuições específicas das três esferas de governo, reforçando o poder político, administrativo e financeiro dos estados e municípios. A partir da Constituição de 1988, a competência para cuidar da saúde deixa de ser hegemônica da União e passa a ser também das outras esferas da Federação. Em 1990, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro, caracterizada como Lei Orgânica da Saúde e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro, regulamentaram as determinações da Constituição e consagraram os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores em saúde nos três níveis de atuação. A Lei nº 8.080 estabelece a organização básica das ações e dos serviços de saúde no que diz respeito à

gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo no SUS. Já a Lei nº 8.142 discorre das atribuições legais para a participação da sociedade na gestão do sistema e as formas e condições das transferências intragovernamentais (MARIN, 2003).

Dentre os princípios organizacionais e operativos do SUS foram definidos: a descentralização que é o processo de redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, garantindo assim a direção única em cada esfera; a regionalização e hierarquização, que determina os serviços de saúde oferecidos a uma determinada população em todas as modalidades de assistência e na sequência a participação dos cidadãos na democratização do conhecimento do processo saúde-doença, estimulando a organização da comunidade para o verdadeiro exercício do controle social na gestão do sistema (MARIN, 2003).

As grandes mudanças nas políticas públicas de saúde atualmente estão ligadas intimamente ao que se chama de Pacto pela Saúde: na revolução, no modo de financiamento, por metas sendo pactuadas, novas experiências nos municípios, hospitais integrando-se às redes básicas por meio de conselhos gestores (BRASIL, 2009). O SUS é um projeto vitorioso, sendo considerado o maior sistema de saúde pública do mundo com novas formas de fazer saúde, projetando-se o futuro com invenções e novas criações, transformando a sociedade e os usuários como um todo.

O Pacto pela Saúde é um esforço do SUS, efetivado pelas três esferas de gestão: União, estados e os municípios. Em 2006 foi aprovado no Conselho Nacional de Saúde o cumprimento da Constituição Federal e das leis da saúde, objetivando inovar processos e instrumentos de gestão, dando maior eficiência e qualidade nas respostas oferecidas pelo sistema e, portanto, sendo o caminho para implementar o Sistema Único de Saúde.

A prioridade principal definida no Pacto pela Vida foi a consolidação e qualificação da ESF como modelo da Atenção Básica de Saúde (ABS) e centro coordenador das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006)

São três as dimensões apresentadas pelo Pacto. O Pacto pela Vida, que define as prioridades para o SUS; o Pacto em Defesa do SUS, que propõe uma agenda de repolitização do SUS com a sociedade em busca de financiamento adequado; e o Pacto de Gestão, que estabelece diretrizes e redefine responsabilidades de gestão, em função das necessidades de saúde da população – possibilitando maior equidade social. Mais que uma norma, o Pacto

pela Saúde propõe uma gestão mais solidária e comprometida, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários do SUS, tendo como meta alcançar maior qualidade na atenção à saúde de todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2009).

Todo o município que aderir ao Pacto pela Saúde assinará um Termo de Compromisso de Gestão (TCG), no qual estão discriminadas as responsabilidades assumidas pelos municípios e especificadas no formato de um formulário e de um sistema de informação, denominado SISPACTO. A elaboração do TCG deve envolver os trabalhadores e usuários do município, tendo aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pactuado no Colegiado de Gestão Regional (CGR), passando posteriormente a orientar todas as ações de saúde do município para a concretização das metas estabelecidas (BRASIL, 2009). O TCG deve ser entendido como um instrumento de apoio, planejamento e definição de compromissos da gestão municipal.

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO IDOSO COMO INTEGRANTE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

No fim da década de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito denominado “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Tal expressão pode ser compreendida como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, conforme as pessoas envelhecem. Nesse contexto, alguns aspectos são considerados de suma importância, como, por exemplo, possibilitar que as políticas públicas promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida e não somente na velhice; e favorecer a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde para toda a população (BRASIL, 2006).

A implementação da Política Nacional do Idoso envolve uma mudança de paradigma que deixa de ter o enfoque baseado somente em necessidades e que, normalmente, coloca as pessoas idosas como alvos passivos, e passa a ter uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais idosos no exercício de

sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade (BRASIL, 2006).

O contingente populacional de idosos está aumentando gradativamente. O Brasil é um país que aos poucos deixa de ser caracterizado como um país de adultos jovens, mas sim de idosos. Na expressão “o Brasil está ficando grisalho”, pode-se comprovar o alto índice de aumento desta população.

Em um cenário evidenciado pela transição demográfica de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade de uma população predominantemente jovem para uma situação de baixa fecundidade e baixa mortalidade, são percebidas mudanças significativas na pirâmide populacional, proporcionando um aumento progressivo e acentuado do público adulto idoso (LEITE, 2005).

O cuidado dispensado aos idosos coloca nas famílias e na sociedade a responsabilidade por esse grupo, tornando-se um novo desafio para o cenário brasileiro, a exemplo também de outros países, pois o mundo defronta-se com as questões do envelhecimento e preparar os indivíduos para os enfrentamentos de uma forma salutar é incumbência de todos.

Ao mesmo tempo em que se convive com o aumento da expectativa de vida, alterações na legislação se traduzem em mudanças de comportamento para conscientização das pessoas, como caixas especiais de banco oferecidos especificamente para os idosos, lugares reservados e gratuidade nos transportes coletivos, o surgimento das universidades de Terceira Idade, etc. Os direitos humanos são os direitos de todos e devem ser protegidos e amparados, sejam eles idosos, mulheres, negros, índios, crianças, adolescentes e outros agrupamentos sociais. É o grande compromisso da sociedade brasileira: garantir e promover os direitos dos setores vulneráveis à violência e à discriminação por meio do Programa Nacional de Direitos Humanos. No ano de 1998 foi comemorado o cinquentenário da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembléia Geral das Nações Unidas, o que constituiu um marco importantíssimo para a humanidade (BRASIL, 1998).

Em comemoração a esse marco histórico, foi lançada a legislação vigente sobre o idoso, contemplando a preocupação com os direitos da pessoa idosa, na disposição de uma política especial a ele denominada Política Nacional do Idoso.

A Lei nº 8.842, de 04/01/1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3/7/1996 e tem como finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Considera-se idoso, para efeitos dessa lei, a pessoa maior de 60 anos de idade (BRASIL, 1998).

A Política Nacional do Idoso apresenta como diretrizes essenciais: a viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações, contribuindo assim para a promoção de um envelhecimento saudável; a participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos, mantendo dessa forma o idoso ativo, participativo, possibilitando a manutenção de sua capacidade funcional; priorização do atendimento ao idoso por meio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, com exceção dos idosos que não possuem condições de garantia de sua própria sobrevivência, entendendo que no contexto familiar é o espaço social mais apropriado para o desenvolvimento de um envelhecer saudável; capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas da Geriatria e Gerontologia e na prestação de serviços, garantindo com isso a assistência às necessidades de saúde do idoso, contemplando uma humanização de seu atendimento; implementação de um sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo; estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação das informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família; apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento (BRASIL, 1998).

2.3 ESTATUTO DO IDOSO, UM DIREITO ADQUIRIDO

O Estatuto do Idoso garante os direitos de quem está vivenciando a velhice, isto é, assegura os direitos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Originou-se da Lei nº 10.741, de 1º/10/2003. Do ponto de vista jurídico, muitas de suas disposições não são exatamente novas. Pode ser caracterizado como um documento longo, com 118 artigos, divididos em seis títulos: Disposições Preliminares, Direitos Fundamentais, Medidas de

Proteção, Política de Atendimento ao Idoso, Acesso à Justiça e Crimes. Corresponde a um documento que compreende desde direitos assegurados aos idosos, de uma visão mais individual, ou em outros momentos coletiva, mas também atrelada a ideias de custos.

O Título I compreende a garantia de prioridade para o idoso (§ único do art. 3º). Este aborda não só a noção mais usual de fila exclusiva no caixa do banco, ou da casa lotérica, mas também a prioridade numa acepção mais abrangente, inclusive na formulação de políticas públicas. Deve ser lido conjuntamente com o art. 58. Este, inserido no título IV – Da Política de Atendimento ao Idoso – capítulo IV – Das Infrações Administrativas – estabelece uma multa administrativa, mais multa civil, em caso de descumprimento (PAIM, 2004).

O Título II apresenta os direitos fundamentais do idoso, dividindo-os em 10 capítulos (Vida; Liberdade, Respeito e Dignidade; Alimentos; Saúde; Educação, Cultura, Esporte e Lazer; Profissionalização e Trabalho; Previdência Social; Assistência Social; Habitação; e Transporte).

No § 3º do art. 15, do capítulo II, Do Direito à Saúde, é vedada a discriminação do idoso em planos de saúde pela cobrança diferenciada em razão da idade. Esta disposição vai de encontro ao instituído no art. 15 da Lei 9.656/1998, que permite a variação dos valores cobrados pelos planos de saúde, desde que explícito no contrato as faixas etárias e o percentual de reajuste para cada uma delas. Como o Estatuto do Idoso é mais recente e trata da mesma matéria, de acordo com as regras clássicas de interpretação do Direito, atualmente, não podem mais os planos de saúde diferenciar valores cobrados dos idosos em função da idade (FIGUEIREDO, 2005).

No mesmo capítulo anteriormente assinalado, o art. 16 assegura ao idoso o direito a acompanhante, em caso de internação ou estado de observação. Neste caso, há duas pequenas mas indispensáveis novidades na lei em estudo. A Portaria do Ministério da Saúde MS nº 280, de 7/4/1999, a despeito de ser norma infralegal, já tornava obrigatória, no âmbito dos hospitais públicos, a viabilização de meios que permitam a presença de acompanhantes de pacientes maiores de 60 anos, em caso de internação. A Portaria MS nº 830, de 24/6/1999, regulamenta a cobrança de diária para acompanhante na hipótese da Portaria nº 280 supracitada. Assim, o Estatuto do Idoso, por não fazer qualquer distinção, estende também ao setor privado a obrigatoriedade de acompanhante. Observa-se aí que as disposições anteriores não faziam previsão de acompanhante no caso de o idoso estar apenas em estado de

observação e, agora, o mesmo faz jus a esse direito, colocado de forma explícita (FIGUEIREDO, 2005).

Ainda fazendo alusão ao Título II, agora mais precisamente o capítulo V – Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer – vê-se que o Estatuto assegurou descontos de pelo menos 50% no preço dos ingressos de eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, assim como o acesso preferencial dos idosos aos locais onde tais eventos se realizam (art. 23). No mesmo capítulo (art. 24), há o comando direcionado aos meios de comunicação no sentido de destinarem programas de interesse dos idosos. No art. 25 há outro sentido direcionado ao poder público no rumo de incentivar a edição de livros que sejam adequados à capacidade de acuidade visual diminuída dos idosos, bem como apoiar a criação da universidade aberta para a denominada Terceira Idade.

Na sequência, ao avaliar o capítulo VI, acerca da Profissionalização e do Trabalho, o art. 27 veda a fixação de limite de idade como critério de admissão a emprego, bem como concursos públicos, ressalvado quando a natureza do cargo assim exigir. Como não há qualquer distinção, nota-se que a parte referente à natureza do cargo é tanto para o setor público quanto para o privado. Esses dispositivos não apresentam inovações.

O § único do mesmo art. 27 estabelece a idade como primeiro critério de desempate em concurso público. Ademais, o art. 28 apresenta três incisos com normas de índole programática, direcionadas ao poder público, no sentido de este criar e estimular programas de profissionalização especializada para idosos, preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, e estímulo às empresas privadas para admissão de idosos no trabalho (PAIM, 2004).

No capítulo VII, que trata da Previdência Social, encontra-se no art. 30 que, caso o idoso perca a condição de segurado, não será por esse motivo negada a concessão de aposentadoria por idade.

Na continuidade, no capítulo VIII – Da Assistência Social – o art. 34 trata do conhecido Benefício de Prestação Continuada, que também não se constitui de novidade. O chamado BPC.

Encontra-se destacado na Lei nº 8.742/1993, art. 20, que por sua vez regulamentou norma da CF, o art. 203, inciso V, a questão da idade mínima para uso do benefício. Salienta-

se que o Estatuto do Idoso aqui trouxe uma pequena mas relevante inovação: de acordo com o referido artigo, tal benefício só faria jus a quem tivesse no mínimo 70 anos, sendo que o Estatuto do Idoso expressamente reduziu essa idade para 65 anos, ainda em desacordo com a idade que o próprio Estatuto estabeleceu como sendo própria da pessoa idosa: 60 anos – art. 1º do Estatuto do Idoso (FIGUEIREDO, 2005).

Ainda nesse capítulo há o art. 35, o qual obriga que as entidades de longa permanência que prestam assistência ao idoso firmem contrato com o mesmo, sendo permitido a tal entidade cobrar uma participação do idoso no custeio da entidade a qual, porém, não poderá exceder 70% do valor de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso. A obrigatoriedade de contrato deve ser lida conjuntamente com o art. 50, inserido em outro título, que trata especificamente das entidades de atendimento ao idoso, em que fica claro que tal contrato há de ser escrito. O descumprimento dessa norma acarreta a infração administrativa do art. 56 do Estatuto do Idoso. Finalmente, no art. 36 há uma disposição de índole tributária: o acolhimento do idoso na situação de risco social gera para a pessoa ou família que o acolheu a dependência econômica. Em outras palavras, é possível, nesse caso, descontar-se do imposto de renda as despesas que se tem com o idoso (FIGUEIREDO, 2005).

O capítulo IX cuida do direito e garantia de habitação ao idoso. Os § 1º e 2º do art. 37 apresentam comandos direcionados às entidades de atendimento ao idoso. No caso das instituições de longa permanência, a assistência integral deverá ser prestada por esta quando da inexistência do grupo familiar, determinando padrões de habitação de acordo com as necessidades do idoso e identificação externa bem visível dessa condição. O art. 38, ao cuidar de programas habitacionais públicos ou subsidiados com recursos públicos, determina a prioridade de aquisição de imóvel pelo idoso para moradia própria, acrescentando, em seus quatro incisos, em suma, a reserva de 3% das unidades residenciais para atendimento do idoso, adaptações arquitetônicas tendo em vista a situação particular do idoso, fora a adoção de critérios de financiamento compatíveis com o rendimento de aposentadorias e pensões (PAIM, 2004).

O capítulo X versa sobre o direito de transporte, assegurando-o, porém, apenas aos maiores de 65 anos. Os que estiverem compreendidos entre 60 e 65 anos têm tal direito assegurado nos termos da lei local. O art. 40 estabelece a obrigatoriedade de duas vagas gratuitas em transporte coletivo interestadual para os idosos que ganhem até dois salários

mínimos, e desconto de 50%, no mesmo tipo de transporte, no caso de vagas excedentes às duas já porventura preenchidas, para os idosos dentro do mesmo patamar de renda. O art. 41 assegura ao idoso, nos estacionamentos públicos e privados, a reserva de 5% das vagas para os idosos, com as vagas em local que assegurem maior comodidade para o idoso.

O título III traz a parte relativa às medidas de proteção que se podem adotar em favor do idoso, em função de qualquer irregularidade maléfica que possa vir a afetar o idoso e que seja enquadrável no art. 43 do Estatuto do Idoso.

No título IV observa-se uma atenção especial à política de atendimento ao idoso. É importante destacar que o capítulo II desse título trata das entidades de atendimento ao idoso. O art. 50 traz uma lista com 17 incisos, todos evidenciando obrigações para as entidades de atendimento ao idoso que, se descumpridas, levam à imposição de multa administrativa. Uma delas, já citada, reafirma a obrigatoriedade dessas entidades em firmarem contratos por escrito com os idosos. Cita-se também, entre outros, o inciso IV, que traz a obrigatoriedade dessas entidades em manter instalações físicas adequadas para os idosos, profissionais com formação específica direcionada para cuidar do idoso e comunicar ao Ministério Público a situação de abandono moral ou material do idoso por parte dos seus familiares (PAIM, 2004).

O capítulo III do referido título aborda a fiscalização das entidades de atendimento, sendo que o art. 55 cuida da punição à pessoa jurídica da entidade, deixando claro que esta é sem prejuízo e da responsabilidade de dirigentes e prepostos, seja ela governamental ou não governamental. O capítulo IV cuida das infrações administrativas. O art. 56 trata da infração da entidade de atendimento. O art. 57 trata da responsabilidade administrativa do profissional de saúde que presta serviços profissionais com o idoso como médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais; do responsável pelo estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência em que se encontra o idoso que tenha conhecimento de crimes que sejam cometidos contra o idoso e que não os comunique à autoridade competente. Já o art. 58 não tem um sujeito passivo diretamente focado. Dirige-se a qualquer um que deixe de cumprir, mas que poderia cumprir as disposições do § único do art. 3º, acerca da garantia de prioridade de atendimento do idoso que, como já salientado, não se resume à fila de caixa do banco. Referido dispositivo contém oito incisos, com cláusulas abertas, mais focadas para o idoso coletivamente, direcionado tanto ao setor público quanto ao privado. Finalmente, os capítulos V e VI deste título cuidam respectivamente da apuração administrativa de infração

de normas de proteção ao idoso e apuração judicial de irregularidades em entidades de atendimento (FIGUEIREDO, 2005).

O título V trata do acesso à Justiça. O capítulo I, que inaugura as disposições gerais, cuida em especial de tentar assegurar ao idoso uma prioridade no trâmite de qualquer processo do qual figure como parte ou interveniente.

O capítulo II trata do Ministério Público e o capítulo III da proteção judicial dos interesses de caráter coletivo do idoso. Finalizando, o título VI trata dos crimes cometidos contra o idoso.

Na sequência, a partir deste momento, para melhor compreensão do leitor, faz-se necessária uma contextualização municipal, antes da abordagem subsequente das políticas públicas municipais.

2.4 CONTEXTUALIZANDO O MUNICÍPIO DE AJURICABA

O propósito desta seção é contextualizar Ajuricaba em questões relevantes e que dão sentido às vivências e costumes vinculados a esse município.

Antes de se tornar município, Ajuricaba foi colônia de Ijuí. No ano de 1890, quando da chegada dos primeiros colonizadores, foi necessário distribuir as propriedades rurais em linhas e mais tarde em distritos. Ajuricaba, na época, era denominada Linha 19, que em 1928 passou a denominar-se Sede General Firmino. A Colônia prosperou rapidamente e no ano de 1948 foi elevada a terceiro distrito da cidade de Ijuí pelo engenheiro Augusto Pestana. Entre os anos de 1940 e 1964 surgiu entre a comunidade Ajuricabense a ideia de transformar o distrito em município. A partir de então, a Colônia passou a ser denominada Ajuricaba, denominação esta inspirada no exemplo de resistência e luta de um herói indígena que lutou pela liberdade de sua terra invadida (AJURICABA, 2006).

A escolha de Ajuricaba para a realização da pesquisa em grande parte se justifica por sua história marcante dentro das políticas de saúde em meados dos anos 1980, o qual foi referência, na época, para todo o estado do Rio Grande do Sul. Resgatar essa trajetória até os momentos atuais é importante para conhecer a evolução histórica da saúde desse município. Procurar entender a realidade das pessoas que saíram e hoje voltam à cidade, vislumbrando

perceber se as mesmas têm consciência dessa ação, possibilitando com esse cenário uma análise do grupo populacional de idosos, em termos de espaço e tempo em que estão inseridos no contexto social. Este estudo permite construir e analisar verdades por meio do espaço caracterizado como lugar no mundo globalizado, analisando também as políticas local e global.

Ajuricaba é um município hospitaleiro, silencioso, que congrega um grupo populacional de 7.385 habitantes, segundo dados de 2009 do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Destes, 1.309 são pessoas idosas, maiores de 60 anos. Abriga pessoas simples, modestas e trabalhadoras. Tem na agricultura sua base de sustentação e também no gado leiteiro, assim como no cultivo da piscicultura.

Com o passar do tempo, os munícipes condicionaram-se a costumes e hábitos mantidos pelas tradições étnicas, culturais e locais, desde o aspecto da alimentação, vestuário e por que não dizer, da qualidade de vida, pois dependendo do ponto de vista, para muitos a qualidade de vida é sim uma boa alimentação, farta em quantidade e nem sempre em qualidade. Afinal, regravar hábitos e costumes que ao longo dos anos se fizeram presentes no contexto individual de cada cidadão ajuricabense não é tarefa fácil.

Cada indivíduo que se constituiu ao longo dos anos adquiriu usos e costumes diferenciados e agora quando se encontra em uma fase diferenciada, experienciando a velhice, é como ficar próximo da finitude, é chegar ao fim da linha. É como se cada um se perguntasse ou se visse na condição de “falta pouco para o apagar das luzes”. Esses homens e mulheres encontraram sempre a razão de viver e o sentido da vida no trabalho, quando atualmente a mídia e o consumismo estão presentes e exigem que cada vez mais o cidadão mergulhe nas atividades profissionais e não cuide de sua própria saúde, garantindo assim uma qualidade de vida elevada.

O município coloca à disposição de seus idosos uma ampla e sofisticada infraestrutura física denominada de Centro de Convivência, em que passam parte do tempo em encontros sociais comemorativos, com uma particularidade: somente os grupos de idosos da área urbana frequentam a Casa, ou seja, os idosos do meio rural não desfrutam desse espaço.

Por meio dos serviços ofertados pela Secretaria Municipal da Saúde, os idosos podem participar de grupos de educação em saúde sobre hipertensão e diabetes e também grupos de caminhadas, realizados semanal e mensalmente.

O município de Ajuricaba (RS) localiza-se na região Noroeste do Rio Grande do Sul, possuindo uma área de 31 km², a 350m de altitude acima do nível do mar (latitude 28° 14'48" S e longitude 53° 45'54" W). Está situado em região subtropical, de clima temperado com conformação topográfica leve (temperatura máxima média de 35°C e mínima média de 5°C). Os limites geográficos do município são: ao Norte – Nova Ramada; ao Sul e ao Oeste – Ijuí; ao Leste – Panambi e Condor (CRUZ et al., 2005)

O município é dividido em linhas e distritos. As linhas são numeradas de 13 a 31, mais as linhas Seca e Monte Alvão. Os distritos municipais são Medianeira, Linha 24 – Esquina Lausmann e Linha 21 – Espinilho.

A colonização predominante é de imigrantes das etnias alemã e italiana provenientes das colônias pré-existentes no Rio Grande do Sul (colônias velhas) que são os municípios de Bento Gonçalves e São Leopoldo, além de outros que vieram diretamente da Europa, por volta de 1890. Ajuricaba foi elevado à categoria de distrito de Ijuí em 1912 e, em 1954, emancipou-se administrativamente (CRUZ et al., 2005).

Ajuricaba, cujo nome simboliza *homem que luta pela liberdade*, localiza-se distante 436 km da capital Porto Alegre e tem sua economia baseada na agricultura, pecuária e piscicultura, como já mencionado, além de se destacar no comércio e na indústria de médio e pequeno porte.

Tendo como significado do nome *o homem que luta pela liberdade*, historicamente esta origem reporta-se ao período de 1706 a 1750, quando o Brasil vivia sob o regime colonialista português e recrutava indígenas para servir de mão-de-obra escrava na colheita de cacau. Às margens do rio Negro vivia a tribo Manao liderada pelo cacique Guayuricaba. Este lutou ferrenhamente contra as tropas portuguesas, quando foi dominado e preso, não obtendo sucesso e sentindo-se derrotado jogou-se nas águas do rio preferindo a morte a tornar-se escravo dos portugueses. Inspirado no exemplo de resistência e luta pela liberdade do herói indígena, a comunidade pertencente ao terceiro distrito da cidade de Ijuí, no ano de 1940 passou a chamar-se Ajuricaba, sendo então emancipada (MORAIS et al., 1988).

Ajuricaba tem sido referência como município que, no passado, perdeu população em busca de emprego em cidades maiores. Hoje se verifica um retorno de famílias para sua cidade de origem, pois afirmam encontrar a prevalência de hábitos e costumes importantes como cordialidade, tranquilidade, segurança, companheirismo e, acima de tudo, a calma de

uma cidade interiorana e de fácil acesso a cidades maiores. Quase a totalidade dos que voltam é composta de pessoas idosas aposentadas e que escolhem esse local para desfrutar dos momentos de velhice que a vida ainda lhes proporciona.

Esse retorno produz uma grande demanda para os serviços de saúde, em especial, os serviços da Unidade Básica de Saúde que fica junto à Secretaria Municipal de Saúde. A mesma possui uma estrutura física de aproximadamente 300 m², distribuídos da seguinte forma: uma sala de espera, um corredor que também funciona como sala de espera, dois consultórios médicos, dois consultórios dentários, sala das enfermeiras, uma sala de vacina, um ambulatório, uma sala de pré-consulta, uma secretaria, uma farmácia, uma sala para estoque de farmácia, uma sala de atendimento psicológico, uma sala da nutricionista que é dividida com o agente epidemiológico, uma sala para marcação de exames e encaminhamento de consultas por convênio, uma sala para limpeza e esterilização de materiais, uma sala de arquivo-morto, sala do Secretário de Saúde, uma cozinha, uma lavanderia, dois banheiros para funcionários, dois banheiros para o público. Não existem salas para reuniões da equipe nem para grupos de gestantes (AJURICABA, 2003).

A Secretaria Municipal de Saúde funciona atualmente com três equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), duas delas localizam-se nesse complexo apresentado anteriormente. A terceira equipe atende em um prédio anexo a este pela falta de espaço físico na Secretaria.

Desse modo, como já foi adiantado, um fato novo percebe-se no cenário municipal: o retorno da população e o crescente aumento no número de idosos, demandando para o mesmo, como responsável pela gestão da saúde pública, a preocupação com o atendimento desse contingente populacional.

2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO MUNICIPAL DE AJURICABA

Ao longo dos anos, a construção histórica dos caminhos desenvolvidos e seguidos na saúde do município estudado se constituíram em um grande desafio, pois poucos foram os registros escritos e documentados encontrados da época em que Ajuricaba destacou-se em nível nacional por apresentar um dos melhores trabalhos na área da saúde. Ajuricaba foi um dos municípios pioneiros na implantação da municipalização da saúde, posteriormente, ao longo do tempo, outros municípios do Estado foram aderindo a esse novo sistema.

A luta pelas questões da saúde no município vem de muitos anos. Por meio do resgate histórico, constata-se que tudo teve início no ano de 1976 com a luta dos agricultores apoiados pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais e pela Cotrijuí no qual objetivava-se o atendimento ao agricultor, que na época contribuía com 2,5% do valor de sua produção para o Funrural, mas não tinha um atendimento digno (MORAIS et al., 1988).

O problema da saúde, na época, consistia basicamente na dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde, principalmente no âmbito hospitalar. Além disso, o custo do ato médico e das internações, era muito elevado, fazendo muitas vezes com que as pessoas se desfizessem de seus bens para suportar as despesas decorrentes de uma doença. Muitas vezes, o agricultor era colocado em situação vexatória, sendo caracterizado como indigente e isso ele não aceitava. Também havia muita carência de profissionais comprometidos com o atendimento à saúde (MIRON et al., 2004).

Para o professor e historiador Mario Osorio Marques (1984), os serviços existentes na época eram insatisfatórios, o sistema previdenciário inadequado às necessidades do homem rural e a medicina tradicional era voltada a curar as pessoas depois de doentes e não evitar ou prevenir que adoecessem. Esses foram os grandes tópicos discutidos em uma das Assembleias realizadas pelos agricultores em 1976. Esses encontros tinham o propósito de servir como meio de união e reivindicação. Do desejo manifestado coletivamente surgiu um movimento social que teve a Universidade (Unijuí) como apoiadora, inserindo-se no processo de intervenção.

Os agricultores inseriram-se no chamado Movimento Comunitário de Base (MCB), no qual buscavam, fundamentalmente, assistência médico-hospitalar de baixo custo. Essa questão foi transformada dentro de um projeto político de educação popular em um apelo à transformação do modo de ver e entender o processo saúde-doença e os meios para garanti-los e assisti-los (MIRON et al., 2004).

Segundo um dos entrevistados que aparece na pesquisa trazida no livro de Miron et al. (2004), no trabalho do MCB realizavam-se reuniões das associações, cursos de extensão com duração de três dias sobre os mais variados temas de interesse de cada uma dessas parcelas da população. Entre os problemas aflorou a questão da saúde, pois era o que a comunidade mais demandava. Esse movimento tornou-se referência estadual. Em março do ano de 1977 houve uma mobilização geral, em que participaram diversos líderes comunitários vindos de vários

municípios da região, inclusive Ijuí, que era o município que liderava o processo. Nessa mobilização foram realizadas uma concentração e uma passeata para chamar a atenção da sociedade, autoridades, lideranças e dos meios de comunicação, objetivando reforçar e dar mais encorajamento para os participantes envolvidos. A Fidene, na época, liderava os grupos por meio do Instituto de Educação Permanente, o qual ocupava-se da ideia de realizar um trabalho de extensão universitária. Para isso, realizou-se uma visita à cidade de Porto Alegre para conhecer a entidade São José do Murialdo, instituição cujo trabalho era realizado a partir dos princípios da medicina preventiva e comunitária, e muitos foram os exemplos trazidos e seguidos por essa referência. Agricultores, associações de bairros e lideranças conheceram essa realidade e voltaram entusiasmados, porém ainda havia muita resistência, mas a comunidade mobilizou-se para vencer os desafios.

Os agricultores sentiam-se desamparados e com inúmeras dificuldades não tinham apoio nem do governo, nem da União e nem do município. Havia pouco apoio à nova proposta de saúde sugerida pelos agricultores, e também não havia profissionais suficientes para desenvolver esse novo modelo.

A Cotrijuí e a Fidene foram as principais articuladoras dos projetos, pensando sempre na assistência prestada aos agricultores e às pessoas que tinham dificuldades de acesso aos serviços. Como empreendimento de ensino, a preocupação da universidade era com a formação de novos profissionais voltados para a saúde comunitária e preventiva, pois acreditava-se em um trabalho diferente do que era oferecido por outras instituições de educação superior da região (MIRON et al., 2004).

O grande desafio foi formar um profissional em que o perfil contribuísse com as discussões acerca da responsabilidade, autonomia e compromisso dos sujeitos e grupos em relação à saúde, com o intuito de reduzir a dependência dos serviços médicos e hospitalares. Assim nasceu o curso de Enfermagem da Fidene, o qual teve forte consonância com o ideário do Movimento Comunitário de Base e do trabalho desenvolvido pela Cotrijuí em educação popular e saúde (MIRON et al., 2004).

Em 1976, surgiu então, em nível municipal, a organização da Comissão Municipal de Saúde, com o objetivo de buscar, por meio das lideranças das comunidades, soluções para os problemas na área de saúde do município, como as dificuldades de acesso aos serviços, alto custo, centralização dos atendimentos (PREFEITURA MUNICIPAL DE AJURICABA,

1997). Por reivindicação das Comissões Municipais de Saúde que foram implantadas nos municípios da Região Noroeste do Estado, foi criado, em 1980, o curso de Enfermagem da Fidene, e a partir daí iniciou-se efetivamente o trabalho comunitário na área da saúde.

Em Ajuricaba, as propostas das comunidades foram levantadas e coincidiram com os objetivos e diretrizes da reforma sanitária, que era a proposta dos setores mais avançados do governo federal na área da saúde. O plano de saúde definido por Ajuricaba teve as seguintes proposições: universalização do atendimento – atender a todos sem distinção; integração interinstitucional – reunir todas as entidades com interesses em comum na área da saúde (sindicatos, igrejas, partidos políticos, hospitais etc), para planejar e organizar o trabalho da saúde; descentralização do atendimento – prestar atendimento na própria comunidade ou distrito, evitando assim o deslocamento de pessoas até a sede do município e oportunizando o atendimento de todos por meio da montagem de Centros de Atendimento à Saúde (CRAS); formação de recursos humanos nas próprias comunidades interioranas, utilizando o conhecimento e as potencialidades da população sobre saúde e desenvolvendo um trabalho preventivo com a difusão de conhecimentos básicos e cuidados simplificados (MORAIS et al., 1988).

Para que se possa entender como se chegou a esse modelo, faz-se necessário analisar historicamente e chega-se ao ano de 1982, quando ocorreram dezenas de encontros municipais, regionais e estaduais. Mesmo com propostas concretas, o trabalho esbarrava na falta de recursos financeiros para viabilizá-lo, pois oficialmente não havia apoio. Por exigência das lideranças ajuricabenses, defensoras da nova proposta de saúde, o valor retido pelo Funrural por meio das cooperativas passou a ser aplicado conforme a prioridade de cada localidade e para Ajuricaba a prioridade era o plano de saúde (MORAIS et al., 1988).

Ainda naquele ano ocorreu efetivamente a estruturação do trabalho de saúde comunitária, iniciando com a organização da Comissão de Saúde na localidade de Pinhal com a realização do primeiro treinamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais eram escolhidos pela própria comunidade para representá-la e atuarem de forma voluntária e, posteriormente, ocorreu a inauguração de uma Unidade Sanitária de Saúde na comunidade de Pinhal (PREFEITURA MUNICIPAL DE AJURICABA, 1997).

Já em 1983, a Prefeitura participou com recursos financeiros próprios para a contratação dos profissionais de saúde como auxiliares de saúde, médicos e enfermeiros. Com novos colaboradores e a participação do município, da Cotrijuí e do Sindicato dos

Trabalhadores Rurais, foi possível ampliar o atendimento à população e iniciar a montagem da estrutura idealizada para o momento (MORAIS et al., 1988).

Em 1984, houve a liberação do percentual de 24% dos 2,5% retidos nas cooperativas para aplicar em saúde, e mais uma verba vinda do sindicato dos Trabalhadores Rurais e da Prefeitura Municipal ampliou os recursos para a manutenção dos trabalhos. Surgiu assim a organização da Comissão de Saúde na localidade de Barro Preto, e também o segundo treinamento para ACS da região do Barro Preto e, em seguida, a inauguração do CRAS no Barro Preto (PREFEITURA MUNICIPAL DE AJURICABA, 1997).

Para o ano de 1985 foram reservadas a organização e a formação de Comissões de Saúde nas comunidades das Linhas 30, 21, 15 e bairros da cidade; o terceiro treinamento para ACS – com a participação de representantes dos municípios de Ijuí, Santo Augusto, Chiapetta e Ajuricaba. Identifica-se, ainda nesse mesmo ano, um marco importante para a saúde no município: a criação de uma nova pasta denominada Secretaria Municipal de Saúde, Agricultura, Meio ambiente, Trabalho e Ação Social, mediante solicitação da Comissão Municipal de Saúde (CIMS) ao poder público municipal, com o objetivo de coordenar as atividades referentes à área da saúde em Ajuricaba. A partir daí, o município assinou convênio com o INAMPS para implantar as Ações Integradas de Saúde (AIS). Esse convênio foi marcante no trabalho de saúde e, pela primeira vez, houve a participação da União destinando recursos financeiros aplicados diretamente no município. Tais recursos viabilizaram o aumento no número de profissionais em atuação como médicos, enfermeiros e auxiliares de saúde; melhoria na prestação de atendimento à população; atendimento gratuito de consultas, curativos e pequenas cirurgias; aquisição de equipamentos para os postos de atendimento e para agentes de saúde (MORAIS et al., 1988). No mês de maio desse ano, foram inauguradas as novas instalações da Sociedade Hospitalar Beneficente Ajuricaba que contou com o apoio da Prefeitura para a sua conclusão.

E assim foi-se ampliando o funcionamento e a organização da saúde comunitária em Ajuricaba. Na sequência, em 1986, ocorreu a organização do quarto treinamento para ACS para representantes escolhidos pelas localidades das Linhas 15, 21, 24, 30 e bairros. Em 1987, houve a organização e inauguração dos CRAS das Linhas 15, 21 e 30. Os CRAS constituíram-se como um centro de referência de atividades nas comunidades; até aqui a equipe contava com duas enfermeiras, um médico e 35 ACS (PREFEITURA MUNICIPAL DE AJURICABA, 1997).

Em outubro de 1987 e a partir de 1988 ocorreu efetivamente a municipalização da saúde em Ajuricaba, significando que os caminhos da saúde passaram a ser definidos pelo município, com o comando e determinação da comunidade ajuricabense na tomada de decisões do que fazer e como fazer. As normas não eram mais ditadas a partir de Porto Alegre ou de Brasília, mas feitas localmente. Não existia mais posto de saúde do Estado, posto de saúde do sindicato ou da prefeitura. Tudo foi integrado, unificado. O próprio hospital, que pertence a uma sociedade privada, foi cedido para a municipalização. O município assinou convênio de Municipalização Integral do setor saúde abrangendo a área básica hospitalar, pois é importante salientar que o hospital passava por crises financeira e de materiais. A Secretaria Municipal de Saúde passou a ser a única gestora. A Sociedade Hospitalar Beneficente Ajuricaba foi repassada pela diretoria à Administração Municipal. A partir daí, o atendimento passou a ser integral, gratuito em todos os níveis de atenção à saúde, com o desenvolvimento de atividades coletivas e individuais e a formação de equipe multiprofissional (cinco médicos, sete enfermeiros, cinco cirurgiões-dentistas, uma psicóloga, uma nutricionista, 26 auxiliares de saúde e 35 agentes voluntários de saúde) (PREFEITURA MUNICIPAL DE AJURICABA, 1997).

O convênio de Municipalização foi assinado conjuntamente pela Prefeitura Municipal e pela Comissão Municipal Interinstitucional de Saúde (CIMS), quando a prefeitura passou a ser responsável pela execução das compras, efetivação de convênios com laboratórios, realização das obras (construções de postos de saúde, reformas). A CIMS foi o fórum de debates, de troca de ideias de planejamento e definição de prioridades. Também organizou seminários e encontros com a população para discutir o desenvolvimento das prioridades para o município nas questões de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE AJURICABA, 1997).

Em 1989 já foi possível avaliar os resultados dos investimentos em municipalização, observando-se: menor índice de mortalidade infantil do RS; menor índice de parto cesáreo em relação ao total de nascidos vivos; queda acentuada das internações por doenças como Doenças Diarréicas Agudas (DDA) e Infecção Respiratória Aguda (IRA); aumento significativo da coleta de exame preventivo de câncer de colo uterino e mama, pesquisa de Bacilo Koch; aumento significativo nos índices de vacinação de rotina e em campanhas; queda no índice de partos domiciliares; aumento no número de cirurgias realizadas pois havia uma demanda reprimida (PREFEITURA MUNICIPAL DE AJURICABA, 1997).

A população ajuricabense contou com um tempo muito favorável e destacável em nível nacional na saúde, porque todos tinham atendimento médico hospitalar sem custos financeiros. A atenção à saúde ocorreu desde os atendimentos de consultas e procedimentos ambulatoriais até cirurgias das mais diversas e complexas. Também a forma de atendimento na atenção básica, nas unidades de saúde, seguiu-se na forma comunitária, preventiva e ao mesmo tempo curativa, com encaminhamentos para a atenção médico-hospitalar.

Tudo parecia muito bem, quando os cofres públicos começaram a sentir uma queda e não mais suportar com todos os custos elevados que o sistema gerou e, também, considerando a grande demanda de atendimentos, a política de saúde começou a mudar no município. Levando-se em conta também o processo de mudanças governamentais, no Estado e no Governo Federal, os planos referentes à saúde começaram a mudar, e o que antes era prioridade de determinado governo passou a não ser em outro.

Em meados do ano de 1991 o Estado e o Município renovaram o convênio de Municipalização, mediante novas formas de repasse de vendas do serviço prestado. Começava a mudar o cenário da saúde municipalizada, e o Hospital voltou para a sociedade, sendo então administrado por uma diretoria eleita, passando novamente a receber Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Nesse período, instalou-se uma crise financeira e o município repassou 5% do orçamento financeiro para a manutenção do hospital. Em abril do mesmo ano, a Comissão Municipal de Saúde (CIMS) foi transformada por decreto em Conselho Municipal de Saúde (CMS).

As políticas de atenção à saúde mudaram de contexto, e no cenário local em 1993 o município assinou convênio na modalidade de “Gestão Parcial” da municipalização da rede básica.

Em 1996 ocorreu o desmembramento do território do município, com a emancipação de Nova Ramada. Em 1997, o número de habitantes chegou aos 7.798. As atividades desenvolvidas nesse período resumem-se em: cadastramento e diagnóstico da realidade da saúde da população do município; organização e realização do sexto seminário municipal de saúde em parceria com o Conselho Municipal de Saúde; elaboração do Plano Municipal de Saúde após diagnóstico e realização de Seminário Municipal; implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) já selecionando pessoas e mapeando as regiões; adequação da proposta e ações com vista à renovação de convênio da “gestão básica” ou a

integral; desenvolvimento de trabalhos em conjunto com outras entidades; implementação do programa de vigilância sanitária; continuidade dos atendimentos e ações individuais e coletiva priorizando o trabalho de promoção e prevenção em saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE AJURICABA, 1997).

A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ajuricaba tem como denominação oficial Secretaria Municipal de Saúde, Trabalho, Assistência Social e Meio Ambiente. Foi criada em 28/12/1981, a partir da Lei nº 455, posteriormente em 3 de março de 1989 foi revogada a lei anterior e criada a nova Lei nº 689 (AJURICABA, 2006).

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2006-2009), ela tem como atribuições básicas atuar no sentido de proteção ambiental do município; atuar na orientação e recuperação social e na assistência ao trabalhador em condições de vulnerabilidade sócio econômica; executar trabalhos e programas de assistência social; prestar serviços e executar programas de saúde preventiva e curativa. Ainda como atribuições tem a incumbência de planejar, organizar, administrar, executar e supervisionar direta ou indiretamente medidas e ações que contribuem para o bem estar, social e melhoria do padrão de vida coletiva e de saúde da população ajuricabense.

A partir da municipalização da saúde o município recebeu a incumbência de prestar serviços de atendimento à saúde, cabendo à União e aos Estados a cooperação técnica e financeira para o exercício desse encargo. Entende-se que municipalizar é transferir para os municípios os recursos financeiros, as ações de saúde e a prestação dos serviços de saúde em seu território de abrangência (AJURICABA, 2006).

A rede assistencial de saúde do município de Ajuricaba presta serviços na sua grande maioria de nível primário e secundário, caracterizando a atenção básica. Entende-se por atenção básica o conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do indivíduo.

Para Facchini et al. (2006), desde o estabelecimento da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, em 1978, em Alma-Ata, o Brasil implantou o Sistema Único de Saúde (SUS), universalizou o acesso aos serviços e definiu a Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta de entrada e principal estratégia para alcançar a meta. Os conceitos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão orientam a ABS para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada no município no ano de 2002, inicialmente com duas equipes. No ano de 2004 foi aprovada e implantada a terceira equipe, atingindo deste modo a cobertura de atuação de 100%. Desde então, o atendimento aos usuários dos serviços é realizado pelos profissionais da equipe, de acordo com a área delimitada por meio do local onde residem (AJURICABA, 2006).

O município, por meio dos serviços ofertados junto à Secretaria, procura atender a toda a demanda dos serviços básicos da sua população, dentro de sua capacidade instalada. Os serviços não oferecidos no município são referenciados a outros que possam dar conta da demanda solicitada, por meio do sistema de referência e contra-referência. Normalmente, os serviços considerados de média e alta complexidade entram dentro desse sistema, pois o serviço de atenção primária ou atenção básica à saúde são ofertados pela Secretaria de Saúde. Pode-se considerar que alguns procedimentos de média complexidade são realizados no município, pois o mesmo conta com a oferta dos serviços de um Hospital de pequeno porte, com 32 leitos que possibilita o atendimento de alguns encaminhamentos de média complexidade.

Para os encaminhamentos e consultas especializadas de média e alta complexidade, o município conta, para além da cota mensal do SUS, com o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISA), onde com investimentos próprios o município subsidia os encaminhamentos, atendendo a demanda.

Nos encaminhamentos para a internação hospitalar são emitidas AIHS para os usuários do SUS e que passam previamente pela avaliação dos profissionais da rede pública municipal. Atualmente o município recebe da esfera estadual a liberação de 42 AIHS mensais para atendimento da sua população (AJURICABA, 2006).

CAPÍTULO 3 – O CAMINHO METODOLÓGICO

“As pessoas podem ser comparadas aos vinhos, pois quanto mais velhos, de melhor qualidade elas se tornam. Infelizmente, como acontece com os vinhos, as pessoas não tem paciência para esperar e degustar o que a velhice e os idosos possuem de melhor: a maturidade e a sabedoria”.

(Silvana Sidney Costa Santos)

Visando obter respostas aos questionamentos, o pesquisador procura adequar-se à realidade e ao local onde foi realizada a pesquisa, adequando ao objetivo da mesma. Para Gil (1999), a pesquisa é um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico, objetivando respostas para os problemas.

Em relação à metodologia, Minayo (2004) a conceitua como sendo um caminho que pertence ao pensamento e à prática desenvolvida na realidade abordada. Segundo a autora, como um conjunto de técnicas, está deverá apresentar instrumentos claros, bem elaborados e concisos, capazes de nortear os impasses teóricos para o grande desafio, que é a prática.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo de pesquisa se caracteriza como qualitativo, descritivo e exploratório. Em relação à pesquisa qualitativa, Minayo (2004, p. 21) refere que:

[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Envolve o conhecer, as relações, o descobrir e também a cultura inscrita na história dessas relações culturais, construindo assim um mundo de significados produzidos, observados e analisados pelas pessoas que vivem nesse meio e que conduzem os elementos para a obtenção de dados em uma pesquisa.

A pesquisa descritiva reforça o ato de registrar, descrever, envolvendo o assunto escolhido. Para Gil (1999), estas pesquisas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

Já a pesquisa exploratória, segundo o mesmo autor supracitado, proporciona uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato, ampliando assim o conhecimento do pesquisador.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO E DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Elegeu-se o município de Ajuricaba (RS) para esta pesquisa, pois o mesmo tem sido referência porque, no passado, perdeu população em busca de emprego em cidades maiores, como muitos outros municípios brasileiros em igual situação. Hoje, observa-se um retorno de famílias para a cidade de origem, pois afirmam encontrar em Ajuricaba a prevalência de hábitos e costumes importantes como cordialidade, tranquilidade, segurança, companheirismo e, acima de tudo, a calma de uma cidade interiorana e de fácil acesso a cidades maiores. Quase a totalidade dos que retornam trata-se de pessoas idosas e aposentadas que escolhem este local para desfrutar dos momentos de velhice que a vida ainda lhes proporciona.

A população idosa desse município, segundo dados do IBGE extraídos do Censo Demográfico de 2000, é de 1.069 idosos – de uma população total de 7.709 habitantes. A maioria desse público busca atendimento junto à Secretaria Municipal de Saúde, que funciona atualmente com três equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Duas delas estão localizadas no edifício principal e a terceira equipe atende em um prédio anexo a este pela falta de espaço físico na Secretaria.

Profissionais de diferentes áreas atuam e compõem a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Ajuricaba, tais como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, odontólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, agentes epidemiológicos ambientais, auxiliares administrativos, motoristas de ambulância, serventes, visitantes do Primeira Infância Melhor (PIM), gestores de saúde, auxiliares de encaminhamentos de serviços especializados e coordenadora de projeto referenciado a idosos. Estes profissionais perfazem um total de 55 profissionais adstritos à referida Secretaria.

Desse total de profissionais, nesta pesquisa participaram 49 em função de três funcionários estarem em período de férias, um não ter aceito participar da investigação, um ter pedido demissão do trabalho no período, e outro por trabalhar somente no turno da noite –

fora, portanto, do horário destinado ao estudo. Dos que integram a pesquisa, 38 são do gênero feminino e 11 do masculino, com tempo de permanência no serviço de 9 meses a 20 anos. Para manter o anonimato e respeitando os critérios éticos que regem a pesquisa com seres humanos, no decorrer do estudo estarão sendo referenciados os profissionais em forma numérica, mas sem especificar a função.

3.2.1 Caracterizando o perfil dos sujeitos

- **Médico** – Sexo feminino, atuando há nove meses junto à Secretária Municipal de Saúde .
- **Auxiliar de Consultório Dentário** – Sexo feminino, tempo de atuação: 16 anos.
- **Auxiliar Administrativo** – Sexo feminino, tempo de atuação: seis anos.
- **Serviço de Encaminhamento Especializado** – Sexo masculino, tempo de atuação: três anos.
- **Auxiliar Enfermagem** – Sexo feminino, tempo de atuação: cinco anos.
- **Odontólogo** – Sexo feminino, tempo de atuação: quatro anos e meio.
- **Motorista** – Sexo masculino, tempo de atuação: dois anos e meio.
- **Agente Epidemiológico Ambiental** – Sexo feminino, tempo de atuação: dois anos
- **Psicólogo** – Sexo feminino, tempo de atuação: cinco anos.
- **Auxiliar Enfermagem** – Sexo feminino, tempo de atuação: três anos.
- **Auxiliar de Consultório Dentário** – Sexo feminino, tempo de atuação: 20 anos.
- **Enfermeiro** – Sexo feminino, tempo de atuação: quatro anos.
- **Odontólogo** – Sexo masculino, tempo de atuação: 19 anos.
- **Psicólogo** – Sexo feminino, tempo de atuação: quatro anos.
- **Enfermeiro** – Sexo feminino, tempo de atuação: seis anos.
- **Agente Epidemiológico Ambiental** – Sexo feminino, tempo de atuação: dois anos.
- **Agente Comunitário de Saúde (ACS)** – Sexo feminino, tempo de atuação: três meses.
- **Coordenadora** – Sexo feminino, tempo de atuação: um ano e dois meses.
- **Motorista** – Sexo Masculino, tempo de atuação: quatro anos.
- **Visitadora do PIM** – Sexo feminino, tempo de atuação: dois anos e um mês.
- **Médico** – Sexo masculino, tempo de atuação: dois anos e nove meses.
- **Farmacêutico** – Sexo feminino, tempo de atuação: 10 meses.
- **Secretário de Saúde** – Sexo Masculino, tempo de atuação: quatro meses.
- **ACS** – Sexo feminino, tempo de atuação: nove anos.

- **ACS** – Sexo masculino, tempo de atuação: cinco anos.
- **Servente** – Sexo feminino, tempo de atuação: quatro anos.
- **Médico** – Sexo masculino, tempo de atuação: quatro anos.
- **ACS** – Sexo feminino, tempo de atuação: dois anos e três meses.
- **Odontólogo** – Sexo masculino, tempo de atuação: 20 anos.
- **Motorista** – Sexo masculino, tempo de atuação: seis meses.
- **Auxiliar Enfermagem** – Sexo feminino, tempo de atuação: dois anos e meio.
- **Auxiliar Enfermagem** – Sexo feminino, tempo de atuação: quatro anos.
- **ACS** – Sexo feminino, tempo de atuação: dois anos e meio.
- **ACS** – Sexo feminino, tempo de atuação: dois anos e quatro meses.
- **Fisioterapeuta** – Sexo feminino, tempo de atuação: quatro anos.
- **ACS** – Sexo feminino, tempo de atuação: três anos
- **ACS** – Sexo feminino, tempo de atuação: um ano e seis meses.
- **Auxiliar Enfermagem** – Sexo feminino, tempo de atuação: dois anos.
- **ACS** – Sexo feminino, tempo de atuação: dois anos.
- **ACS** – Sexo feminino, tempo de atuação: dois anos e meio.
- **Assistente Social** – Sexo feminino, tempo de atuação: dois anos.
- **ACS** – Sexo masculino, tempo de atuação: 10 meses.
- **ACS** – Sexo feminino, tempo de atuação: seis meses.
- **Auxiliar Enfermagem** – Sexo feminino, tempo de atuação: 17 anos.
- **ACS** – Sexo feminino, tempo de atuação: cinco anos.
- **ACS** – Sexo feminino, tempo de atuação: dois anos e meio.
- **Servente** – Sexo feminino, tempo de atuação: cinco anos e sete meses.
- **Enfermeiro** – Sexo feminino, tempo de atuação: um ano e três meses.
- **ACS** – Sexo feminino, tempo de atuação: quatro anos e três meses.

3.3 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para a realização da coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada com perguntas abertas. Para tanto, a entrevista teve duas questões norteadoras: “fale-me sobre sua atuação profissional junto à Secretaria Municipal de Saúde, relacionada ao atendimento ao idoso” e sobre a “percepção da política municipal do idoso e do Estatuto do Idoso”.

Segundo Chizzotti (2003), a entrevista é um meio de se obter informações da pessoa entrevistada por meio do livre discurso, onde o sujeito pode expor com clareza suas experiências de vida acerca de suas concepções.

A entrevista aberta fornece dados a partir da hipótese e objetivo, integrando informações palpáveis, isto é, que servem de apoio para a coleta de dados na pesquisa qualitativa. O entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que ele detém e que no fundo passam a ser verdadeiramente a razão da entrevista (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

A coleta dos dados foi realizada nos meses de maio a agosto do ano de 2008, com agendamento prévio com cada participante, onde as entrevistas foram gravadas em áudio-tape, em aparelho MP3 e posteriormente transcritas em sua íntegra.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados seguiu a ordenação preconizada por Minayo (2004), por meio da ordenação dos dados obtidos nas entrevistas, após a transcrição das gravações, organização dos relatos, leituras e releituras do material coletado, ocorrendo posteriormente a classificação dos dados por temas mais relevantes, com recortes de unidades de registros. Finalmente, realizou-se a análise final, articulando os dados coletados com o referencial teórico, respondendo às questões da pesquisa, com base nos objetivos formulados.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Ao utilizar seres humanos como objeto de pesquisa, está se envolvendo questões éticas. Para tanto, seguiu-se os preceitos descritos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa do Ministério da Saúde, a fim de evitar danos aos indivíduos envolvidos.

Para a segurança dos entrevistados foi mantido o sigilo e o anonimato sobre as informações e os dados coletados, seguindo o que rege a Resolução acima mencionada. Seguindo a isso, respeitando os aspectos éticos, destacam-se as falas dos entrevistados pela forma numérica.

Sendo assim, cabe salientar que o projeto de pesquisa foi registrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP), concomitante foi solicitada e obtida a autorização formal à Secretaria Municipal de Saúde do município de Ajuricaba (Apêndice 2), e posteriormente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unijuí, o qual foi aprovado conforme parecer Consubstanciado nº 036/2008 (Anexo 1).

Em relação aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa, foi fornecido aos mesmos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), assinado em duas vias, ficando uma em poder dos pesquisados e outra da pesquisadora.

CAPÍTULO 4 – A ATENÇÃO AO ENVELHECER NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL

“Para o desenvolvimento da relação de ajuda ao idoso foram primordiais: ouvi-lo e saber respeitar as suas limitações”.

(Silvana Sidney Costa Santos)

O presente capítulo foi constituído a partir da categorização dos dados apurados durante o trabalho de pesquisa. Após inúmeras leituras das entrevistas, ocorreu a análise e interpretação dos dados, visualizando a temática do envelhecer dentro dos serviços ofertados pela Secretaria de Saúde de Ajuricaba (RS) ao contingente populacional de idosos, na ótica de suas equipes multiprofissionais que atuam em diversos e distintos setores dentro da Secretaria. Nesse contexto, duas subcategorias são destacadas a seguir:

4.1 OS DIFERENTES OLHARES DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS INTERSETORIAIS PARA OS IDOSOS

Todos os serviços que prestam atenção à saúde da população estão voltados e organizados na forma de trabalho em equipes, sendo que profissionais de diversas áreas do saber compõem essas frentes. O propósito deste estudo foi trabalhar com os diferentes profissionais que estão inseridos em uma Secretaria Municipal de Saúde específica, prestando assistência à população que busca os serviços, em destaque para a população idosa como sendo o foco da pesquisa. A percepção que cada indivíduo tem sobre sua atuação, no espaço em que está inserido desempenhando suas atividades, deu origem à referida categoria.

Pode-se observar que os olhares modificam-se de acordo com a função técnica desempenhada, no momento e local em que dispensam atendimento a toda à população do município, inclusive para o grupo de idosos.

Para que o atendimento possa ser realizado adequadamente considera-se importante que as relações grupais e de equipe sejam satisfatórias, ou seja, com qualidade e competência, pois disso dependerá o resultado das ações de saúde a serem implementadas junto à população que busca os serviços. Os papéis e tarefas específicas de cada profissional que compõem a equipe podem variar de acordo com as características e demandas advindas das necessidade

das Unidades Básicas de Saúde e também da disponibilidade e perfil dos profissionais assistentes.

Entende-se por relações grupais satisfatórias a boa interação e comunicação entre a equipe de trabalho, aspecto considerado essencial e indispensável.

Somos por excelência seres de comunicação. No encontro comunicativo com os outros, nós descobrimos quem somos, nos compreendemos, crescemos em humanidade, mudamos para melhor e nos tornamos fator de transformação da realidade em que vivemos (SILVA, 1996, p. 9).

O trabalho em equipe é visto como um instrumento básico no processo de cuidar da saúde de um contingente populacional. Segundo Cianciarullo (1996, p. 75),

a etimologia da palavra trabalho vem do vocábulo latino tripaliare, do substantivo tripalium, aparelho de tortura formado por três paus, ao qual eram atados os condenados, ou que também servia para manter presos os animais difíceis de ferrar. Daí a associação do trabalho com tortura, sofrimento, pena, labuta.

Com o passar da história da humanidade, esse conceito negativo foi se modificando, tornando-se diferenciado e agregando a ele o acúmulo de experiências que o homem consegue realizar e transformar em ações. Para a mesma autora, a palavra *equipe* vem do francês antigo *esquif*, que significava originariamente uma fila de barcos amarrados uns aos outros e puxados por homens ou cavalos, enquanto não chegava a época dos rebocadores. Depois disso, a imagem dos barcos amarrados juntos serviu para visualizar o que se entende por equipe ou trabalhadores (CIANCIARULLO, 1996).

Para a equipe de saúde formada por diferentes profissionais que objetivam o cuidado da saúde da população sobre diferentes aspectos, é imprescindível que haja um equilíbrio e sintonia na prestação dos serviços ofertados à população. Somente dessa maneira se conseguirá uma maior objetividade e dinamismo na resolução dos problemas de saúde da população e, conseqüentemente, a promoção e prevenção da saúde, garantindo a manutenção das políticas públicas. Assim, a saúde é vista como um direito humano fundamental e um dos princípios básicos da justiça social, assegurando que a população como um todo tenha acesso aos meios para a obtenção de uma vida saudável e satisfatória (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

A equipe de saúde precisa estar atenta às pessoas que buscam o atendimento, na constante atenção ao bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social,

jamais deixando-a à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras (COSTA NETO, 1999).

De acordo com Peduzzi (2001), a ideia de equipe pode ser entendida no âmbito de duas dimensões: a equipe como um agrupamento de agentes, a qual é caracterizada pela fragmentação de seus agentes; e, a equipe como integração de trabalho, vinculada por meio da articulação à proposta da integralidade, permeando um objetivo comum entre todos.

Para que haja uma equipe de forma integrada e não equipe por agrupamento há necessidade de uma construção, remodelação dos sujeitos que estão no cotidiano do trabalho (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

No depoimento que segue logo abaixo observa-se a referência somente à equipe de Estratégia de Saúde da família (ESF) e não ao coletivo da unidade de saúde como equipe de trabalho vinculada e integrada com o todo da Secretaria Municipal de Saúde.

A visão dos profissionais está intimamente ligada ao modo tradicional como as organizações de saúde estão estruturadas e operam – por uma divisão baseada no saber e não pelo fazer, visto que a departamentalização por categorias profissionais impede efetivamente a organização do trabalho por equipe e a necessidade do trabalho desenvolvido na forma de interdisciplinaridade.

É importante salientar que a interdisciplinaridade difere da atuação definida como multiprofissional. A existência de uma interação, uma coordenação de diferentes disciplinas, intercâmbio recíproco de resultados, métodos e instrumentos, em que cada ciência sai enriquecido – onde o todo é maior do que a soma das partes, é o que se caracteriza de interdisciplinaridade (CAMPOS et.al., 2008). Já na questão do trabalho multiprofissional, tem-se profissionais atuando juntos dentro de um mesmo local, mas cada qual em sua área de atuação distinta pela sua categoria profissional. A dificuldade constitui-se na união destes profissionais e na interação dos conhecimentos disciplinares.

Baseando-se em Campos et al. (2008), é possível observar que os núcleos de competência e responsabilidade em relação ao trabalho referem-se aos saberes específicos de cada profissional, os quais estão presentes nas diferentes situações do dia-a-dia, com o desenvolvimento de técnicas e situações específicas, o que os remete para a autonomia dos mesmos e ao mesmo tempo à interdependência desta própria autonomia.

O profissional gosta e fala do local, ou seja, da pequena equipe em que está inserido, com olhar bastante focado na sua área de atuação:

É um PSF bem organizado, eu trabalho com pessoas que eu me dou bem e eu acho que isso facilita bastante, é uma equipe realmente [...], e o trabalho em equipe no PSF é fundamental. Eu me sinto bem à vontade e eu acho que comparando com outros locais, não que eu tenha trabalhado, mas que a gente sabe por colegas, é um local que tem bastante recurso, que a gente pode relativamente exercer uma medicina, diagnóstico, tratamento, e acompanhamento dos pacientes, até pelo tamanho do município, pela área de cobertura que a gente tem, que dá em torno de 2.500 habitantes para cada médico, é possível realizar um bom trabalho (Entrevistado 1).

No entendimento do entrevistado acima, a equipe centraliza-se unicamente naquela estruturada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), não se observa alusão aos outros profissionais que não compõem a equipe. Na organização da ESF da Secretaria Municipal de Saúde fazem parte da equipe somente o profissional das áreas de medicina, enfermagem (incluindo enfermeiro e técnico), odontologia (incluindo o auxiliar de consultório dentário) e os agentes comunitários de saúde; os demais não são vinculados a ESF e poderiam estar na equipe de apoio, mas não são destacados.

Oliveira (2008) define que uma Equipe de Apoio Matricial seria composta por um ou mais profissionais de saúde, detentores de certo saber específico que apóia e se utiliza de diversas modalidades de processos. Por exemplo, uma equipe de saúde mental poderia neste sentido apoiar as atividades de uma equipe de referência na atenção básica e vice-versa.

Segundo o Ministério da Saúde, cada formação de ESF atende um território definido e é constituída por uma equipe mínima, basicamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde, mas que pode ser ampliada com equipes de apoio. Cada unidade de saúde é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada à área. Recomenda-se que cada equipe seja responsável por, no mínimo, 4.500 pessoas (BRASIL, 2004).

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4.500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde (BRASIL, 2004).

De acordo com Andrade et al. (2006 apud SELENT, 2007), a ESF foi implantada oportunizando a expansão do acesso à atenção primária de saúde para a população, visando a consolidar o processo de municipalização da oferta de atenção à saúde, facilitando com isso o

processo de regionalização pactuada entre os municípios e coordenando a integralidade de assistência à saúde.

Desse modo, observa-se pela fala do Entrevistado 1 que, em função do tamanho do município, a vantagem é que o número de habitantes por equipe é bem menor do que o recomendado, dessa forma viabilizaria um melhor atendimento à população. Como o município de Ajuricaba possui três equipes de ESF tem, em média, um número populacional de 2.500 para cada equipe, o que caracteriza uma cobertura de 100% de atendimento populacional.

Acreditando que o trabalho de equipe na forma ampliada possa trazer melhores condições de atendimento à população é que se buscou conhecer os profissionais vinculados à Secretaria de Saúde, independentemente do setor de atuação. Sob os olhares lançados a partir do seu espaço de trabalho, percebeu-se que não existe uma integração do trabalho coletivo de equipe, pois cada qual desenvolve e ocupa o seu espaço somente no ambiente delimitado de sua função desenvolvida junto ao pequeno grupo de trabalho.

O trabalho em equipe interdisciplinar é parte integrante de algumas diretrizes elencadas pelo serviço de atenção básica, com a finalidade de resolução dos problemas de saúde. Entendendo que nenhum profissional é detentor do total saber e habilidade prática suficiente, para desempenhar todas as funções. Por outro lado a fragmentação da atenção básica em diversas especialidades ou profissões, que não buscam uma forma integrada para atuação, tem gerado um modelo de atenção inadequado. No Brasil, a lógica tem sido adotar a formação e função generalista dos diferentes profissionais, assim como a nova profissão dos agentes comunitários de saúde, em que trabalhadores recrutados na própria comunidade, fazem a ligação da equipe, família e comunidade (CAMPOS et al., 2008).

Para Cianciarullo (1996), o grupo pode ser definido então como pessoas que se associam porque isso lhes traz alguma recompensa ou porque perseguem alguma espécie de objetivo comum, lembrando que nas formas de definir um grupo tem-se a organização, a interação, a motivação e a percepção. Somente quando essas características se fazem presentes é que se diz que um grupo é o mesmo que uma equipe.

Nas falas explicitadas logo a seguir verifica-se a não-interação com o todo da Unidade Básica de Saúde, podendo até existir alguma referência às outras formas de definição de

grupo, mas especificamente nos pequenos espaços de atuação onde desempenham suas funções técnicas.

Os saberes específicos de cada profissional envolvido, seus domínios técnicos e experiências, constituem o Núcleo do saber de cada um destes profissionais. Já os saberes e práticas em comum, articulados em torno do mesmo objeto de trabalho constituem o campo, seja: da saúde, das práticas de saúde, do cuidado e da vida em comum (OLIVEIRA, 2008).

Na troca de saberes e práticas os núcleos devem atuar sinergicamente articulados pelo campo, pelo interesse em comum, buscando melhorias das condições do sujeito em questão e ao mesmo tempo a validação de novos saberes e práticas em saúde. Aprender fazendo e produzir aprendendo, modificando o próprio modo de estar no mundo e no trabalho, esse sim seria o sentido da composição interdisciplinar da equipe (OLIVEIRA, 2008).

[...] cada um tem a sua auxiliar, então melhorou bastante assim, não é [...] aquele atropelo, a gente não faz só o trabalho curativo que é aqui dentro, mas a gente faz o trabalho preventivo nas escolas, que é uma coisa que também ajudou bastante [...] (Entrevistado 2).

Observa-se que no decorrer do relato dos entrevistados, a assistência é desenvolvida mais na dimensão técnica voltada para a clínica e ao atendimento individualizado. Cabe aqui uma pequena reflexão sobre a clínica ampliada, em que esta procuraria deixar-se tomar pelas diferenças singulares do sujeito doente, além de outros recortes teóricos, e produziria um projeto terapêutico que levasse em conta essa diferença. Ou seja, o que em um momento inicial pode ser visto como um limite do saber, pode em outro momento ser transformado em prática de intervenção. Por exemplo, uma pessoa hipertensa empregada e uma pessoa hipertensa desempregada serão muito diferentes. Os projetos terapêuticos serão possíveis e eficazes justamente se houver o reconhecimento dessas diferenças. De acordo com a singularidade do sujeito pode implicar condutas terapêuticas diferentes (CUNHA, 2005).

Desenvolver a prática de observar além da patologia específica do paciente e possibilitar uma visão holística, observando o todo e os aspectos singulares de cada indivíduo, leva a uma tomada de decisão com uma conduta mais ampliada, saindo do modo tradicional de somente visualizar o sintoma físico aparente.

Na verdade, a gente desenvolve um trabalho mais externo [...], a campo como se diz. Aqui dentro a gente procura fazer mais pesquisas na Internet sobre os assuntos relacionados ao nosso trabalho. Tem o contato com os outros profissionais que é

normal, como qualquer outro ambiente de trabalho, mas mais mesmo é trabalho a campo, que a gente faz. Aqui dentro é só rotina (Entrevistado 8).

[...] tá muito mais ligado ao trabalho clínico. Ao atendimento individual. E na verdade, considerando que a gente tem três equipes de estratégia da saúde da família, a gente teria que fazer a função de apoio [...]. Acho que não se sabe muito bem como fazer, tanto nós como a equipe da saúde da família também. Mas eu acho que está muito ligado ao atendimento individualizado, pouco assim, a questão do grupo, do trabalho na saúde coletiva. Muito mais como palestra, como uma ação isolada, do que como um trabalho com uma ação continuada (Entrevistado 9).

Nesse depoimento fica clara também a falta de motivação e interação no trabalho da equipe.

Oliveira (2008) corrobora dizendo que o sistema de apoio matricial cria novas formas de relação entre os serviços e os profissionais. A equipe de referência permanece responsável pela condução dos casos inscritos em seu cadastro, mesmo quando da necessidade de algum tipo de apoio especializado. Todo o serviço de rede pode ser organizado na lógica das equipes de referência, tendo temporalidades e processos de vinculação dependentes de cada objeto de trabalho. Exemplificando: os pacientes em acompanhamento no centro de referência de DSTs-AIDS permanecem vinculados a uma equipe de referência deste serviço, o qual pode ser apoiado pela equipe de atenção básica, por profissionais de saúde mental e outros.

A ação isolada, individualizada, é comprometedora para a efetivação de melhores resultados no trabalho. Percebe-se que é no conjunto das ações que se desenvolve verdadeiramente o cuidado e a atenção em saúde, em um processo contínuo, criando vínculo com o usuário do serviço, referência e apoio, o que somará positivamente para a integralidade de seu tratamento e recuperação.

É a equipe de referência que deve facilitar a criação de vínculo entre os profissionais e os usuários de saúde, responsabilização e divisão do poder gerencial, mantendo o poder de decisão da equipe e sua organização, respeitando o processo de trabalho em equipe, evitando que as decisões fiquem centralizadas em um único profissional da equipe. A gestão deve dar abertura e facilitar o diálogo, a comunicação entre os profissionais, assim como a interação, a troca de experiência e conhecimentos, contribuindo desta forma para a satisfação dos servidores em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Assim, a clínica deverá ser ampliada, partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada indivíduo, respeitando as características singular de cada caso, pois como se diz, cada caso é um caso. Ainda, a proximidade com as redes familiares e

sociais do paciente facilita as intervenções adequadas, colaborando na construção de vínculos duradouros com os pacientes que é condição primordial para aumentar a eficácia das intervenções clínicas, sejam essas diagnósticas, terapêuticas ou de reabilitação (CAMPOS et al., 2008).

O fato de estar muito envolvido somente no pequeno espaço de trabalho do seu setor causa desconforto quando remanejado para outro ambiente, entendendo aqui como espaço de desenvolvimento de suas atribuições técnicas:

Eu me sinto bem, como é que vou te dizer? Familiarizada neste setor, tanto é que se eu ficar um pouquinho no setor de uma outra guria eu já fico, parece, meu Deus, aqui eu não sei mais nada [...] (Entrevistado 11).

Eu acho que é tranquilo aqui. Aqui é calmo, é que eu não me misturo muito com os outros, com a outra clientela né, [...] (Entrevistado 44).

Olha, pra mim é muito gratificante, [...] no início eu não tinha noção da dimensão desse trabalho, parecia todo mundo, assim, era um trabalho que não era valorizado [...] então era aquele trabalho [...] (Entrevistado 16).

[...] quando chega alguém, orientar elas, perguntam, daí eu tipo assim, oriento [...], pergunto o que [...] elas precisam, daí eu ajudo, a minha função é assim. Mas eu [...] gosto do que eu faço, entende, [...] eu me comunico com bastantes pessoas diferentes (Entrevistado 26).

O trabalho presente e individualizado por pessoas não leva à formação e constituição de equipe. Cada qual determina e fala do seu espaço de atuação sem uma interação com os demais profissionais, ocasionando dificuldades e limitações dos profissionais no desempenho de suas funções.

A visão reducionista dos profissionais sobre o que determina o processo saúde doença, possibilita uma resposta apenas visualizada na dimensão clínica e setorial, ficando a intervenção intersetorial como algo além de sua área de atenção. A visão centralizada leva a observar a necessidade da discussão sobre a departamentalização e conseqüentemente do modo de gestão, pois o profissional acaba assumindo a gestão centralizada.

Os profissionais também apontam a necessidade de mais autonomia e de uma visão administrativa mais aberta. Readequar o modelo de organização se faz necessário sempre, pois isso facilita a mobilização comunitária, facilitando a divulgação da proposta de serviço dando abertura para o debate. A inserção da equipe na comunidade deve ser valorizada, assim como a participação da população na organização do processo de trabalho na atenção básica em saúde, em conjunto com a equipe. Deve ser considerada a forma de garantia de espaço de

fala e escuta, avalizando a gestão entre as necessidades/demandas e a disponibilidade de recursos existentes (CAMPOS et al., 2008).

Para Pinto e Coelho (2008), as definições e os determinantes de saúde e doença têm um forte componente subjetivo e social. Isso define um novo paradigma para a saúde. A consequência é que esse deslocamento do eixo da atenção às doenças para o eixo de produção de saúde aumenta a influência e participação dos trabalhadores da saúde sobre o campo da vida em geral e traz profundas modificações em seus processos de trabalho.

Observam-se nos depoimentos a seguir, as dificuldades de adaptação às mudanças ocasionadas nos setores, o distanciamento do coletivo e a falta de autonomia:

[...] até a gente se adaptar, porque todo o lugar tem suas mudanças [...], então até eu conseguir me adaptar ao trabalho daqui, que é um pouco diferenciad, mas eu acho que é um trabalho bom, mas que a gente pode fazer muito mais coisas do que a gente está fazendo. Eu acho assim, que tem que ter um, alguma coisa assim, uma visão mais aberta em nível administrativo, alguma coisa assim, que a gente pode fazer, porque a gente é bem delimitado, certas coisas, falta um pouco de autonomia para nós podermos fazer um trabalho ainda melhor. Mas é bom de trabalhar, um lugar bom, tudo, só que eu acho que essa coisa assim, ainda fica meio parado (Entrevistado 48).

[...] é uma coisa bem gratificante, a gente pode ajudar bastantes pessoas, e o trabalho na área rural [...], as pessoas são bem carentes de informação, então a gente pode ajudar bastante, tem suas exceções também, porque a gente não consegue solucionar todos os problemas, mas a gente consegue ajudar bastante as pessoas (Entrevistado 25).

A seguir pode-se perceber a dificuldade da falta de um serviço de referência, prejudicando a responsabilização e comprometendo a formação de vínculo. É possível apurar que isso aparece na verbalização dos servidores, mas na observação percebe-se que os mesmos já passaram por processos de transformações e de certa forma já desenvolvem serviços de referência, vínculo. Isso aparece no trabalho desenvolvido pelas equipes de ESF, mas estes efetivamente ainda não despertaram para o trabalho que realizam.

[...] eu acho que neste lugar a gente tem um pouco de limitações muitas vezes em atender todas as necessidades da população [...], principalmente aqueles casos em que a população não tem uma regularidade no tratamento [...] daí quando chega o momento, ele precisa de um tratamento que não tem aqui. Então nesse sentido eu acho um pouco [...] a gente fica até às vezes frustrado porque há necessidades [...] que a gente vê que a pessoa precisa mesmo e ela não tem muitas vezes condições financeiras para fazer particular. Então nesse sentido assim, às vezes a gente sente um pouco de limitação [...] no trabalho [...] (Entrevistado 29).

[...] pra mim é muito bom. Eu gosto de verificar a pressão, fazer curativo, a gente vai na visita domiciliar, a gente acompanha a pessoa na casa, daí a gente já tem um acompanhamento, quando a pessoa chega aqui no posto [...] a gente já sabe um pouco da vida dela [...] (Entrevistado 31).

A falta de concepções ampliadas sobre o processo saúde-doença e sobre o trabalho intersetorial fica comprometida. Também chama a atenção o depoimento da visão bem individualizada, localizada somente no setor, e a não-referência do trabalho com os idosos, nas suas falas não é mencionado o trabalho desenvolvido com os mesmos. Como se não tivesse espaço, ou como se o idoso não fosse visto neste contexto.

O manejo das situações ocasionadas também fica evidente que é comprometedor na resolutividade eficaz dos problemas encontrados, quando muitas vezes a sensação de desenvolver outros papéis, além do que lhe é cabível, na tentativa da resolução dos problemas é evidenciado:

No geral é bom. A gente faz o levantamento das famílias, a situação das famílias, tanto econômica quanto saúde mesmo, a gente é meio que psicóloga, meio que amiga, meio que agente de saúde [...] na questão de orientar. É bom, mas também é complicado [...], a gente sempre é o batalhão de frente, dos problemas, das coisas boas; a gente que vai na casa das pessoas ver como é que está a situação lá, traz os problemas pra cá [...], pra tentar resolver. É gratificante, vamos dizer assim, mas também tem os seus prós e contras, como todo trabalho, mas é bom, eu gosto (Entrevistado 33).

O processo de educação em saúde está presente também nesse espaço tanto quanto a realização dos procedimentos técnicos específicos inerentes de cada função desempenhada. Para Lefevre e Lefevre (2004) a educação em saúde deve ter um enfoque integral e responder às necessidades das pessoas em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, trabalhando desde o amor próprio até a capacidade de adquirir hábitos higiênicos e adotar formas de vida saudáveis. Segundo Strehl (2005), para uma qualidade de vida com hábitos saudáveis é necessário dispor de um trabalho preventivo de saúde tanto física quanto emocional. É amplamente divulgado pelos meios de comunicação que para se alcançar um envelhecimento saudável, deve-se adotar bons hábitos alimentares; ter cuidados com o meio ambiente, que tem que ser sadio e sustentável; incentivar a autonomia, a ética da vida e a espiritualidade; bem como romper com os paradigmas existentes em relação ao envelhecimento, pela aceitação das mudanças sócio-histórico-temporais.

Quebrar paradigmas é uma dificuldade, pois para uma população com hábitos e costumes culturais de acordo com sua formação étnica e que foi constituída ao longo dos anos, nem sempre é possível passar informações e estas serem seguidas e aceitas:

É um trabalho, assim de conscientização de orientação, aqui é um trabalho difícil mesmo, [...] tem que chegar lá e invadir a casa da pessoa, [...] chegar no ambiente dela, [...] sempre tem que ter uma informação nova pra passar, orientar, coisas

assim, e quando chega a parte de alimentação, de obesidade, essas coisas são bem complicadas; [...] chegar lá, querer, tu podes até orientar, mas, é difícil [...] fazer eles mudar os hábitos, mas é bom, é gratificante quando tu consegues alcançar um objetivo (Entrevistado 40).

Como gerente da assistência de enfermagem na ESF, o enfermeiro deve ser o gerador de conhecimento, por meio do desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe, definindo responsabilidades (LAZZAROTTO, 2001). O profissional com sua formação técnica específica desempenha muitas atividades, e fica muito envolvido com a questão burocrática; participa e é responsável por muitos programas, mas para o trabalho de atendimento domiciliar lhe é reservado um menor período de tempo, como se percebe na fala a seguir.

Ainda se percebe a concepção restrita do processo saúde-doença e, conseqüentemente, da atenção. A não-percepção de que é necessário incluir a ação intersetorial e ampliar a atenção básica, também fica evidente no momento em que se evidencia ser este o espaço em que aparece pela primeira vez a menção ao trabalho relacionado ao idoso:

[...] o meu trabalho [...] é multi. Então, o PSF está dividido assim: 60% das atividades a gente realiza dentro da unidade, aí a gente fica aqui, [...] com muita parte burocrática e, 40% [...] a gente trabalha fora da unidade. Então são visitas domiciliares, trabalhos em escolas, e também faço parte do conselho tutelar, [...] que a gente faz, do COMDICA [...], que a gente faz uma assessoria, e também tem agora os menores infratores [...] que é fora da nossa unidade. É uma parceria, na verdade. E no PSF, então se tem [...] todos os programas [...] divididos nas três equipes [...]. Então cada equipe tem umas, [...] então assim, sob minha responsabilidade ficou a saúde do idoso, saúde mental, [...] DSTs, [...] os métodos de anticoncepção, [...] (Entrevistado 12).

Também houve mudanças na área da saúde. A evolução e o avanço das novas tecnologias, bem como a implantação de novas políticas de saúde pública viabilizaram melhores condições para administrar o trabalho desenvolvido na Secretaria e a formação das equipes de ESF contribuíram muito para isso.

O novo formato de assistência proposto no âmbito da estratégia da Saúde da Família tem na sua essência a localização central do espaço territorial que delimita a área de responsabilização de determinada equipe assim como o foco operacional do programa (MERHY et al., 2007). O objetivo do ESF é a reorganização da prática assistencial com novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência em que a orientação principal era para a cura das doenças em hospital. Já no ESF a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem

possibilitando às equipes da família uma compreensão do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (MERHY et al., 2007).

Mas em relação àquela época que eu trabalhei e hoje, mudou praticamente tudo. Naquela época era uma maneira de conduzir os trabalhos da saúde [...], era bastante centralizado inclusive no secretário, na figura do secretário, e no médico mais, que seria, para os secretários resolverem os problemas e o médico era o que atendia praticamente todo mundo. Tinha, eu acho, que um médico só. Hoje é totalmente diferente [...], com as equipes dos PSFs na área de saúde, digamos assim, o trabalho [...] é planejado [...] e predeterminado, que já vem pré-estabelecido, e lógico que os problemas daí, digamos, aqueles problemas alheios que tem, do dia a dia, como coisas que não se conseguem pelo SUS, coisas assim, isso acaba chegando na mesa do secretário para que o secretário resolva esses problemas. Da época que eu trabalhei aquela vez e hoje, eu diria assim, que hoje é bem melhor de trabalhar na área da saúde, em função de que tem tudo, são três equipes [...] e essas equipes são, digamos assim, excelentes profissionais que ajudam; praticamente 90% [...] do andamento do trabalho é tocado pelas equipes (Entrevistado 23).

A equipe de referência deve compartilhar seus problemas e as soluções devem ser pensadas em equipe, em primeiro lugar, bem como os devidos encaminhamentos que devem surgir como iniciativa prevista pela equipe de trabalho.

No trabalho das equipes de saúde da família, como também em todo o trabalho da atenção básica, a atividade clínica depende de profissionais com formações diferenciadas (médicos, enfermeiros, entre outros), mas depende mais ainda da interação interdisciplinar, entre estas diversas formas de exercício clínico existentes, interação que tem seu momento privilegiado no trabalho em equipe (PINTO; COELHO, 2008).

A satisfação e o despertar do gosto pelo trabalho desenvolvido, a construção de um bom relacionamento de trabalho em equipe e a interação maior com a comunidade são aspectos destacados com relevância após o surgimento da ESF. Essa é uma forma de aproximação dos profissionais da saúde com a população em que mais uma vez fica evidente que se faz alusão somente a um grupo de trabalho pequeno, o grupo da ESF, mais diretamente no domicílio, oportunizando uma visão do contexto familiar de forma dinamizada e ampla:

Até pelos anos que a gente trabalha [...], eu acho muito gratificante. E tem que gostar, todo o trabalho a gente tem que gostar, mas eu faço o que eu gosto, que é trabalhar na prevenção, e gosto também, um vínculo bom com a secretaria né, que é o relacionamento, trabalho em equipe, que é muito importante, que melhorou bastante depois que surgiu os PSFs, que daí é bem direcionada [...], que é o médico da família, o enfermeiro, e daí também a comunidade cria um vínculo maior com a equipe da saúde (Entrevistado 24).

A percepção de cada profissional de acordo com a atividade que exerce é específica e alguns revelam gostar da atividade e do local de trabalho, mas não deixam de relatar que está melhorando sempre, pois já tiveram tempos mais difíceis, como se observa a seguir:

Eu gosto de trabalhar na secretaria, a gente tem algumas dificuldades, tem algumas dificuldades inerentes do serviço público, assim, que a gente enfrenta, mas eu adoro trabalhar aqui, conseguiu bastante coisas assim, que a gente foi implantando, desde a época que eu entrei acho que a gente cresceu bastante enquanto ao serviço (Entrevistado 15).

[...] há uns anos [...] era bem mais difícil, a gente tinha quatro odontólogos e a gente era só em duas auxiliares; agora são só três odontólogos e cada um tem a sua auxiliar, então melhorou bastante [...] não é, assim, aquele atropelo. A gente não faz só o trabalho curativo que é aqui dentro, mas a gente faz o trabalho preventivo nas escolas, que é uma coisa que também ajudou bastante. A gente já viu agora, de uns anos para cá, que a gente começou fazer esse trabalho nas escolas, que o índice de cárie baixou bastante; o pessoal está mais ou menos assim, quase todos com o tratamento concluído [...] que no começo era bem, e também [...] quando a gente começou com o agendamento, porque antes era livre demanda, aí também era difícil para nós e também para as pessoas porque às vezes vinham até o posto, não conseguiam naquele dia, perdiam o dia, e daí agora então, já fazem uns anos, que é feito o agendamento, a pessoa tem o dia e o horário certo pra vir [...], já fica melhor pra eles e fica melhor pra nós também (Entrevistado 2).

Percebe-se também que as atividades educativas de prevenção nas escolas são realizadas por meio do programa de saúde bucal, e segundo o relato acima a comprovação está dada por meio da diminuição do índice de cáries dentárias. Evidencia-se que o esquema de agendamento das pessoas que procuram os serviços junto à Secretaria facilita o trabalho dos profissionais e melhora o atendimento para o usuário do serviço. Mas deve-se observar que esse esquema de agendamento condiciona o usuário a sentir-se mal ou necessitar de ajuda somente respeitando o dia agendado, sem contar que não pode adoecer nos fins de semana e feriados. Aqui se procura atender à demanda ocasionada no momento.

Nas falas também se identifica que em diferentes setores existe sobrecarga de trabalho e o não-reconhecimento do profissional, o que interfere de maneira negativa no desenvolver das atividades. Cada setor apresenta sua especificidade, em alguns a deficiência de recursos humanos torna o trabalho penoso e difícil.

O trabalho individualizado e mecanizado exige um trabalhador também mecanizado em seus devidos códigos profissionais, em suas ações ensaiadas e treinadas. Tudo isso separado dos valores e sentimentos faz com que o trabalho fique difícil e sofrido (PINHEIRO; MATTOS; BARROS, 2007).

[...] ultimamente está sendo bastante pesado, estou muito sobrecarregada, precisaria de alguém que me auxiliasse, de mais uma máquina, porque tudo quase gera em função de mim ali, e perguntam pra mim, é bastante serviço para uma pessoa conseguir. Eu quase não dou conta do recado [...], fica um transtorno, assim e eu fico me sentindo, [...] culpada com isso, eu cheguei até a chorar hoje de manhã (Entrevistado 3).

É, esse setor, dentro do, eu acho que de todos os postos de saúde, é um dos setores mais exigidos, até mais exigido do que o dos próprios médicos [...], porque o momento que o paciente sai de dentro do consultório médico, ou da psicóloga, vai desembocar ali nesse setor que é o encaminhamento mais especializado [...], é o exame, é a consulta, é um encaminhamento para um grande centro, é um setor, sinceramente, é um dos piores setores que tem dentro do posto de saúde. Porque a pessoa ali tem que, tu sai ali no final da tarde, tu resolve o problema de todos, tu não pode deixar ninguém de lado, tu tem que resolver o problema de todos, e às vezes o teu até fica, é estressante (Entrevistado 4).

Na fala acima percebe-se a questão da gestão e do processo de trabalho. Para averiguar o processo de trabalho das equipes de atenção básica, trabalha-se o planejamento como uma ferramenta de gestão compartilhada, cuja finalidade é organizar a ação de grupos na realização das tarefas, além de estabelecer certa coerência entre objetivos e meios. Aqui se volta para a questão dos princípios básicos em saúde. Como os métodos estão calcados em referenciais teóricos para alcançar a prática de uma clínica e saúde coletiva ampliadas e compartilhadas são necessários que os elementos da gestão ofereçam a possibilidade de exercício para os profissionais de saúde por meio da participação e da divisão do poder institucional (SCARAZATTI; AMARAL, 2008).

Quando se fala do planejamento na organização da ação de coletivos, está se falando não somente da execução das ações técnicas relacionadas à assistência ou à administração, mas da possibilidade de construção de grupalidade, de um projeto coletivo e de uma perspectiva de realização profissional, tudo isso visando à ampliação da capacidade operativa do coletivo (SCARAZATTI; AMARAL, 2008).

A falta de apoio de ação no coletivo, de uma gestão que trabalhe com a visão voltada para a construção da coletividade e resolutividade, fica evidenciada contradizendo o olhar dos teóricos:

[...] eu acho que essa função aqui ainda é um pouco precária, na verdade, a gente é muito mais utilizada como um recurso, e não faz assim, a função do apoio mesmo. Não sei [...], acho que isso é um mal-entendido e uma falta de conhecimento de como articular isso também; acho que não sabem muito bem como fazer, tanto nós, como a equipe da saúde da família também (Entrevistado 9).

[...] o lugar mais de trabalho, de ser olhada assim, como uma profissional, como eu gostaria eu acho que ainda não, acho que falta muito, acho que esse caminho ainda

tá sendo feito, sabe, mas ele depende de várias políticas aqui de dentro, assim, não é uma questão só de colega pra colega, de profissional pra profissional, é uma questão, eu acho, bem de forma como se lida com todos os profissionais aqui dentro. Então ainda não me sinto assim, uma profissional valorizada, que possa determinar os seus trabalhos, de ter mais autonomia no seu trabalho, nas capacitações, que eu acho importante ter, nos lugares que gostaria de trabalhar, assim, lugares que eu digo, são espaços assim, trabalhos que tem aqui dentro, eu acho que isso ainda está bem restrito, estou correndo atrás ainda. Mas acho que muita coisa já foi alcançada, mas tem muito ainda (Entrevistado 14).

A falta de autonomia em realizar os trabalhos reprime a função do servidor, como evidenciado acima, assim como o incentivo a capacitações que possibilitariam o crescimento individual, mas principalmente do coletivo.

Se o trabalho é pactuado em equipe – e aqui não direcionado somente à equipe de ESF, mas sim a um grupo de profissionais qualificados cada um em sua área de atuação –, trabalhando de forma em conjunto para o crescimento de todos os setores da instituição, não se encontraria sobrecarga de trabalho em determinados setores. Isso não permite dizer que há companheirismo, coleguismo e solidariedade entre os diversos setores que compõem a Secretaria de Saúde. O trabalho em equipe é dinâmico e tem uma plasticidade que pode configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais (PINHEIRO; MATTOS; BARROS, 2007). Ao contrário, evidencia disparidade e, por isso, se observa descontentamento e, ao mesmo tempo, gratificação, como se percebe na fala seguinte:

Eu acho que é gratificante. O trabalho que a gente faz aqui é, se trabalha com pessoas mais ou menos humildes né, engloba todas as faixas etárias, e eu acho que é gratificante. Às vezes tu se sente um pouquinho incapacitado, vamos dizer assim, de não poder fazer tudo que a gente gostaria de fazer aqui dentro, que é um pouquinho limitado, né, tecnicamente, em termos de material (Entrevistado 13).

Conhecer a população com a qual se está trabalhando é extremamente importante para que os valores como confiança e vínculo possam ser mantidos e o trabalho ficar prazeroso para ambos: população e profissionais.

Tem que ter um pouco de vínculo com as famílias, daí pega conhecimento, [...] tu conheces as pessoas, [...] para conseguir tudo que é necessário [...], para conseguir informações, tu tens que ter bastante conhecimento na área [...] das famílias (Entrevistado 17).

A construção de vínculo entre equipe e usuários tem como objetivo definir a responsabilidade sanitária de modo bem claro. Para isso recomenda-se que cada equipe de ESF, bem como as outras com função de apoio matricial, tenham em seu encargo o cuidado à

saúde de um conjunto de pessoas que vivem em um mesmo território. A equipe deve conhecer os condicionantes de saúde desta região, bem como identificar risco e vulnerabilidade de grupos, famílias e pessoas, desenvolvendo projetos singulares de intervenção. A construção de vínculo depende desse desenho organizacional e também da ligação longitudinal-horizontal ao longo do tempo, entre equipe e usuários (CAMPOS et al., 2008).

Os demais depoimentos continuam a mostrar o posicionamento de cada indivíduo no setor de atuação, mantendo olhares específicos de onde desenvolve as suas tarefas profissionais diariamente:

É de muita responsabilidade, em primeiro lugar, muita responsabilidade, muito cuidado, com muita educação com os pacientes, que a gente trata com doentes. Então é muito, a parte principal é educação para trabalhar com o povo da saúde (Entrevistado 19).

Ai, eu adoro. É muito bom, eu acho que primeiro, eu tive sorte de pegar um bairro assim, muito bom de trabalhar. As pessoas carentes são muito receptivas, então [...], eu acho ótimo, bem legal (Entrevistado 20).

Segundo Pinheiro, Mattos e Barros (2007), a construção de equipes integradas deve estar baseada na mudança das práticas de saúde e dos valores subjacentes percorrendo uma trajetória que perpassa a fragmentação, hierarquização, integração, democratização das relações de trabalho, integralidade e cuidado em saúde. É nesse contexto de mudanças que se entende possível e desejável o exercício cotidiano do trabalho em equipe multiprofissional de saúde.

Há o desafio de trabalhar com grupos populacionais diferenciados, e aqui é mencionado o idoso como tal. Para tanto é preciso saber como atuar frente às necessidades desse contingente, buscando atender a todos dentro de suas reais expectativas de vida, propiciando a qualidade no atendimento prestado, oferecendo os demais serviços e setores que estão disponíveis na secretaria de Saúde, o que se pode verificar a seguir:

Pra mim [...] foi bem desafiador porque eu nunca tinha trabalhado com idosos [...], é um público diferente, não parece, mas é um público muito exigente. Eles precisam de bem mais atenção do que trabalhar com outros grupos [...]. Organizo [...] palestras com profissionais que vêm atender eles no centro de convivência e, dependendo do que eu vejo necessidade do tema [...], se é alguma palestra [...] que interessa a eles com uma psicóloga ou até mesmo com uma enfermeira, dependendo do assunto, já tiveram palestras com agentes epidemiológicas, a questão do lixo, mosquito da dengue, e o dentista também, odontólogo [...], a questão de doenças da boca, tiveram palestras com médicos que cuidam dos problemas do coração, cuidados com a saúde deles, sobre o câncer, essas doenças assim, mais da faixa etária deles [...], em nível [...] de trazer para eles, orientação, informação, para eles também se cuidarem, aprenderem a se cuidar e melhorar a qualidade de vida” (Entrevistado 18).

Dependendo do lugar em que desempenham suas funções, esses trabalhadores já têm uma ligação maior com o atendimento em especial aos idosos, os quais ganham destaque diferenciado nas falas:

Ser motorista é ter paciência, tem que ter respeito com as pessoas principalmente as idosas, tem que cuidar, escutar, ajudar eles. Como motorista a gente escuta eles se queixa, tem pessoas que não tratam bem eles, acho que não é o caso daqui... antes de eu vir para cá era motorista de transporte escolar (Entrevistado 30).

O trato e o cuidado com as pessoas idosas começam a ganhar evidência nas respostas dos entrevistados. Para Nouwen e Gaffney (2004), é possível descrever a maturidade plena da velhice e observar a luz que se irradia dos olhos daqueles que vivenciam os dias de sua velhice como uma dádiva preciosa, quando a mesma é enfrentada com esperança, humor e de forma muito cautelosa.

Assim, passa-se a discorrer a seguir como é o atendimento realizado pela equipe multiprofissional com os idosos e como eles se colocam nesse cenário.

4.2 A ATENÇÃO AO IDOSO NO CONTEXTO E SUA PARTICIPAÇÃO NA ATUAL CONJUNTURA

Para melhor compreensão, é necessário contextualizar brevemente a temática sentida desde o espaço familiar até os serviços ofertados no contexto público municipal de saúde.

A partir do nascimento, o indivíduo passa a pertencer a um espaço social denominado família. Esta pode ser constituída de diversas formas e, independentemente da sua constituição, ela fornece um suporte de sustentação para o seu novo ser integrante. Fazendo parte da família menor e/ou principal, ou também da chamada família ampliada, o indivíduo vai se constituindo socialmente. Perpassando gerações, a história de cada um vai sendo vivenciada, criada e consolidada.

Considera-se a família como o principal mecanismo de proteção social, pois ela é a base de tudo, ou seja, o sujeito constitui-se a partir dela. E o que atualmente vem envolvendo todas as famílias em um determinado momento é o processo de envelhecimento.

A família passa a se preocupar com o indivíduo que se aposenta, e dessa pensão depende muitas vezes o seu sustento. Uma preocupação, por exemplo, é a de os filhos

aceitarem a mãe idosa em suas residências ou a tentativa de uma irmã de cuidar em casa da irmã ou irmão doente. Ou seja, entender o processo de envelhecer de um indivíduo é causa de perturbação e impacto em todo o contexto familiar. Outro forte acontecimento na família é quando o membro mais idoso exige cuidados assistenciais diários – ela passa a se reestruturar para poder lidar com a situação, muitas vezes necessitando de cuidadores externos, para o auxílio ao familiar doente. Nesse contexto, muitas famílias estão vivendo, se adaptando para atender à demanda, pois o número crescente de pessoas que chegam à idade avançada vem aumentando constantemente e a tendência é a de manter o idoso mesmo enfermo no meio doméstico com auxílio não só dos familiares, mas de cuidadores e de profissionais da saúde com o atendimento domiciliário.

Quando um indivíduo adoece, mexe com toda a estrutura familiar – muitas famílias organizam-se como podem para dar conta da necessidade, já outras preferem meios diferentes e não compatibilizam com a ideia de ter o idoso doente em casa. Algumas contratam cuidadores, pois não abrem mão da convivência do familiar.

Em se tratando de um quadro não-patológico, vê-se cada vez mais idosos presentes nas famílias, convivendo com a chamada família ampliada (filhos, netos, cônjuge, irmãos e os idosos) e, estes, muitas vezes, sendo os principais mantenedores da casa. O idoso está cada vez mais presente na estrutura familiar em função da longevidade.

Em algumas famílias o idoso é visto como referência, já em outras não é dessa forma, pois muitos sofrem maus-tratos, abandono, desprezo. Mas mesmo diante disso tudo considera-se que é nessa estrutura que ele está melhor assistido e protegido socialmente. Muitas vezes, o idoso não mora com sua família consanguínea, mas constitui ou tem o privilégio de ter outra família que o adota como membro efetivo. Por isso, valorizam-se aqui as várias formas de ser e de viver em família, e seja qual for sua constituição ainda é considerada a melhor proteção social para o indivíduo idoso.

O cuidado e o atendimento às necessidades dos idosos e as responsabilidades das famílias e da sociedade com esse público são os novos desafios que requerem uma maior atuação dos governantes na formulação e execução de políticas públicas que deem conta dessa realidade, a fim de favorecer o efetivo cumprimento das diretrizes estabelecidas no Estatuto do Idoso. Dessa forma, são imprescindíveis recursos humanos capacitados para atendê-los de forma digna.

Mas para além do contexto familiar e social, o indivíduo idoso procura atendimento de saúde por meio dos serviços assistenciais oferecidos pela atenção básica de saúde e, quando esta o recebe deve ter uma estrutura física adequada, dar resolutividade aos problemas, realizar ações e serviços de saúde que garantam a promoção, recuperação e proteção à saúde, independentemente do tempo restante de vida de cada indivíduo. Deve contar também com o preparo e manejos dos profissionais para esse atendimento.

Além da estrutura familiar que acolhe esse cidadão idoso, o serviço de saúde oferecido por meio das Unidades Básicas de Saúde tem um papel relevante e significativo. Foi com esse pensamento que se buscou averiguar a existência de uma política de atenção à saúde do idoso no município de Ajuricaba, acompanhando o trabalho dos diversos profissionais que prestam assistência ao idoso e, com isso, trabalhou-se com os olhares dos diferentes profissionais de saúde inseridos nesse ambiente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no fim da década de 1990, passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. A expressão destacada pode ser compreendida como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo (BRASIL, 2004).

Para que esse conceito possa se tornar eficaz, serão necessárias políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo em especial a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis, redução do consumo de tabaco, entre outros. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde. Sua implementação envolve uma mudança de paradigma que deixa de ter o enfoque baseado em necessidades e que, normalmente, coloca as pessoas idosas como alvos passivos, e passa a ter uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apoia a responsabilidade dos idosos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade (BRASIL, 2004).

Ao considerar a área de abrangência do Estado do Rio Grande do Sul observa-se que os dados mostram que 86,09% do total de municípios gaúchos apresentam percentual igual ou superior a 10% de população idosa e, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), ultrapassar o percentual de 7% já colocaria a região em sinal de alerta, requerendo injeção privilegiada de recursos para execução de ações (TSURUZONO, 2006).

O Rio Grande do Sul é o segundo estado brasileiro em número de idosos e o primeiro em expectativa de vida. Esse segmento populacional representa 12,3% da população total, em torno de 1.300.000 pessoas vivendo em média 74,5 anos e, segundo projeções do IBGE, de 2005, encontra-se distribuído de forma heterogênea nos 496 municípios. O que impõe aos gestores municipais do Rio Grande do Sul uma responsabilidade significativa em criar condições e estruturas sociais capazes de dar respostas às necessidades desse público e de suas famílias (TSURUZONO, 2006).

A legislação brasileira de atenção à pessoa idosa, garantida pela Lei nº 8.842, de 4/01/1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). Esta lei foi regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3/7/1996 e constituiu-se com um propósito: a promoção de um estado de saúde para o idoso com a finalidade de atingir a máxima expectativa de vida ativa, na comunidade, junto à sua família, com altos níveis de função e autonomia (LEITE, 2005).

Como já foi citado a legislação apresenta como finalidades principais assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, considerando-se idoso para efeitos legais desta lei a pessoa com 60 anos e mais de idade (BRASIL, 1998). Para que isso seja possível, os profissionais devem conhecer a proposta estruturada na PNI por meio do documento base denominado Estatuto do Idoso. Percebe-se que pouco ainda é divulgado e trabalhado sob essa ótica: uma boa parte da população deste estudo não é familiarizada com essa política, ou até já ouviu falar mas, efetivamente, não procurou ampliar os conhecimentos na área, talvez por falta de incentivo, ou mesmo por falta de ser mais divulgado pela mídia.

Dos 49 entrevistados da pesquisa, 30 deles desconhecem o que trata o Estatuto do Idoso. Até já ouviram falar que os idosos têm alguns direitos, mas nunca efetivamente leram ou estudaram sobre essa política, o que é evidenciado em algumas das citações a seguir:

[...] não conheço a política, eu sei que nós temos bastantes idosos, mas aí a gente não sabe dizer o que seria a política pra eles (Entrevistado 6).

Ao mesmo tempo em que os trabalhadores manifestam que desconhecem o Estatuto do Idoso, eles têm o reconhecimento da necessidade de conhecê-lo.

[...] eu nunca li. Não conheço muito, eu conheço assim, o que os idosos comentam, o que as pessoas comentam aqui. Dar prioridade em atendimento, dos direitos que eles têm em termos de saúde, algumas coisas a gente conhece, aquilo que se fala, que circula no corredor, mas eu não conheço muita coisa, bem pouco, eu acho que por ser profissional da saúde é uma vergonha dizer que a gente não conhece, que nunca leu o Estatuto do Idoso.” A falta de divulgação e popularidade sobre o assunto fica evidenciada: “[...] Se tu pedisses o Estatuto da Criança e do Adolescente, a gente acaba sendo mais cobrado por isso, o do Idoso fica mais esquecido [...], tanto que a gente não leu o estatuto deles. [...] Até porque o papel do estado também fica comprometido nisso, o estado também deveria dar mais [...] É, porque no que se refere à criança e ao adolescente a gente está sempre sendo instigado a se envolver, sendo convocado a se envolver. Não é nem vontade própria, a gente é convocado mesmo a se envolver em algumas questões; o idoso não, ele fica esquecido [...]. E aí, a gente também esquece (Entrevistado 8).

Sabe-se que o Estado como ente federativo, responsável também por implantar novas políticas públicas, tem responsabilidades perante essa formação, pois é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com melhores condições de saúde.

O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Ao se considerar saúde de forma ampliada torna-se necessário alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa. No trabalho das equipes da atenção básica na Estratégia de Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social (BRASIL, 2006).

Levando-se em consideração a realidade do envelhecimento populacional, foi criado o Caderno de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa, tendo como referência o Pacto pela Vida de 2006 e as políticas nacionais de Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da Saúde e Humanização no SUS. O objetivo da produção desse material é dar maior resolutividade às necessidades da população idosa na atenção básica (BRASIL, 2006).

Na visão dos entrevistados não é mencionada a produção desse caderno como auxílio de uma política. Existe o desconhecimento do mesmo e a referência do pouco investimento nessa área por parte do Estado. E, conseqüentemente, a divulgação da existência do Estatuto do Idoso também fica comprometida:

[...] eu nunca peguei o Estatuto para estudar, eu nunca vi um aqui dentro, a gente nunca foi desafiado, eu não me desafiei [...] individualmente, como profissional, a fazer isso, e nem isso aconteceu enquanto grupo, aqui dentro. Então não tenho conhecimento sobre isso (Entrevistado 13).

[...] Muito pouca, pouca coisa mesmo. Pouca coisa assim, mas eu sei que eles têm vários direitos [...], direito à medicação [...] gratuita, e têm vários direitos, mas eu conheço pouco [...] (Entrevistado 26).

[...] Já ouvi falar no Estatuto do Idoso, mas não sei como funciona (Entrevistado 28).

[...] aquela história dos sessenta anos, que é um direito, que ele passa na frente, nós não conseguimos seguir aquilo, porque o de sessenta tem direito e aqui tem bastante a criança com febre também, e a grávida também, e daí quem nós vamos deixar pra trás (Entrevistado 30).

Nesse depoimento percebe-se que a complexidade do local e dos serviços prestados faz com que muitas vezes a prioridade seja respeitada mas para outro público e outra situação, por meio de uma análise da gravidade e prioridade dos critérios estabelecidos para o atendimento.

[...] eu não conheço muito, mas a gente sabe que prioridade é para eles, a gente tenta, [...] que eles não esperem muito, que não fiquem muito tempo sentados ou em pé, para que eles consigam vir aqui e não ficar cansados; por isso que já se faz agendamento para que eles não esperem muito [...] (Entrevistado 36).

Nunca li, até uma vez tinha um negócio assim para os idosos, eles passaram [...], o que o idoso tem direito, o que não tem (Entrevistado 38).

Não, não tenho conhecimento nenhum disso. Sei que existe, mas ler, pegar, nunca peguei (Entrevistado 41).

Ao se realizar a relação dos usuários de saúde com os serviços de saúde e seus trabalhadores, também se conhece o funcionamento e são surpreendentes as novas descobertas, pois em um processo relacional de usuário com trabalhador sempre permeará um conjunto de ações clínicas no sentido de atender as necessidades de saúde dos indivíduos (MERHY et al., 2007). Assim, a existência de uma política assistencial voltada para o idoso é imprescindível para o desenvolvimento das ações em saúde em especial para a Terceira Idade aqui evidenciada.

Verifica-se que a equipe de trabalho mesmo não tendo o conhecimento técnico-científico adequado embasado nos princípios da Política Nacional do Idoso (PNI), tenta desenvolver ações referentes a esse público e traz à tona a preocupação com essa temática. Quando foram questionados sobre como prestam atendimento, todos explicitam a forma diferenciada de fazê-lo, baseados nos ditos populares e no respeito ao idoso perpassado de geração em geração ao longo do tempo.

A PNI determina a participação e manutenção ativa do idoso no contexto social. A participação dos idosos em projetos escolares que possibilita a participação e o contato dos mesmos com as crianças nas séries iniciais é ideal para que desde cedo o público infantil possa compreender, respeitar e valorizar os ensinamentos e práticas dos idosos, permitindo preservar e manter o meio ambiente em equilíbrio, assim como conhecer outros valores importantes para a sociedade. No contexto familiar, possibilitar a convivência harmoniosa e respeitosa entre as diferentes gerações que a compõem, proporcionando aos idosos transmitirem seu conhecimento e que sejam ouvidos e respeitados (BRASIL, 1998).

No convívio intergeracional, muitos idosos, por exemplo, prestam trabalhos voluntários, realizando serviços de manutenção de praças públicas e também como “seguranças” nos portões de escola, o que aproxima o idoso dos jovens, adolescentes, crianças e a comunidade escolar.

Possibilitar a participação do idoso e a criação de novas universidades abertas para a Terceira Idade, nesse contexto também o indivíduo idoso poderia agir diretamente com a questão educacional, transmitindo seus conhecimentos.

O idoso não é inserido nesse processo de entender o envelhecimento e ser cuidado pela equipe multiprofissional. Na atual conjuntura, o mesmo está longe das discussões das políticas de saúde. Pouco se observa sobre a inserção de diálogo entre os próprios idosos, sobre os direitos dos mesmos. Na realidade, esse grupamento social não aprecia a discussão desse assunto: são mais interessantes os bailes da Terceira Idade ou os eventos festivos. Questiona-se então, por que os idosos apreciam mais essa prática? Pode-se buscar no passado essas respostas.

Para um indivíduo que labutou a vida toda, passando por dificuldades econômicas, sociais, em que o foco somente era centrado na produção para garantia do próprio sustento e de sua família, não sobrava tempo para desfrutar de momentos de lazer. Na maioria das vezes, os idosos abdicaram dos prazeres da vida em sua fase produtiva e, agora na velhice, tudo ficou para trás. Com os filhos já criados, estabelecidos, encaminhados na vida, a sensação de liberdade e de poder usar tudo o que um dia não foi lhe possibilitado, a opção e o prazer para participar nos bailes e eventos sociais, é o que dá caráter e sentido às suas vidas nessa linha da finitude, para aproveitar o que a vida ainda pode lhes proporcionar.

Mesmo não conseguindo inserir o idoso nesse contexto, a maneira dispensada para seu atendimento é visto com muito respeito, cuidado e de certa forma com tratamento diferenciado, o que fica evidenciado nas falas a seguir:

[...] a gente tem mais respeito [...], quando eles chegam perguntando alguma coisa, a gente dá mais atenção (Entrevistado 26).

[...] a gente tem que ter um pouco mais de paciência; tem que, às vezes, explicar mais vezes porque as pessoas idosas não entendem tão rápido como as pessoas mais novas, [...]. Às vezes a gente tem que ajudar [...] a sentar na cadeira ou a [...] levantar da cadeira (Entrevistado 2).

O declínio do funcionamento do corpo, na maioria das vezes, é difícil de aceitar: a memória mais pobre, as respostas mais lentas, a fadiga fácil e determinadas alterações aparecem entre as consequências do declínio funcional e podem ser vistas de várias formas (ELIOPOULOS, 2005). Cabe ao profissional procurar entender e conhecer os aspectos diferenciados desse processo.

Na medida em que se entende e se conhece o problema da acuidade auditiva diminuída, por exemplo, relaciona-se melhor com o idoso, lançando mão de mecanismos para dinamizar essa comunicação. Na definição de Ruipérez e Llorente (2001), com a idade o ouvido interno e o nervo auditivo sofrem um processo de degeneração com perda da capacidade auditiva para altas frequências. Esse transtorno chama-se presbiacusia, que impede a audição das consoantes; de acordo com o ruído do ambiente, torna a conversação incompreensível: ouvem, mas não compreendem. A formação de tampões pode ocorrer, pois o tímpano torna-se mais espesso e acumula cerume.

Salienta-se que existem muitos comprometimentos e modificações físicas no processo de envelhecimento, mas no decorrer da produção apresentam-se algumas que vieram a destacar-se no decorrer da pesquisa.

Assim, o atendimento prestado ao idoso deveria ser de forma diferenciada, já pelo fato citado acima e, o tempo de atendimento deveria ser levado em conta, pois os embaraços apresentados com o declínio dos anos fazem com que ele tenha dificuldade de compreensão dos fatos e com isso prejudique a resolutividade dos seus problemas. Tal constatação é verificada nas falas a seguir dos profissionais:

[...] eu acho que meu atendimento com o idoso poderia ser melhor em virtude do tempo que a gente tem. A gente não tem um ambulatório para idosos, na realidade,

a gente tem fichas, a gente atende todo mundo igual; então o idoso, a consulta com o idoso, ela pelo certo, [...] teria que ser mais demorada, a gente teria que ter mais tempo para conseguir fazer um atendimento mais específico para o idoso. Dentro do possível, eu acho que o atendimento é bem feito, mas [...] poderia ser melhor [...] se a gente tivesse mais tempo para o idoso porque eu acho que uma consulta com um idoso, pelo menos teria que ser no mínimo de meia hora, no mínimo [...], e pra [...] fazer uma avaliação global do idoso [...] precisa, às vezes, de mais de um atendimento. E daí dentro da unidade que você tem que atender doze, quinze fichas, fica prejudicado [...]. Então o atendimento, eu acho que poderia ser melhor, por uma questão de falta de tempo, não é melhor justamente por isso (Entrevistado 21).

[...] tu trabalhas com um grupo grande, você não tem tempo para ouvir todos, e você [...] vê assim, que um ou outro, [...] chegou no final do dia: ah, mas aquela pessoa quis conversar comigo e eu não tive tempo, isso aí não é, sabe, deixa a gente meio cansada (Entrevistado 18).

[...] às vezes está no balcão explicando como tomar, analfabetos às vezes, eu tenho que desenhar ali no balcão mesmo, fazer um desenho, pedir se ele entendeu, então esses pacientes eu teria que ter um tempo de sair para uma outra sala, sentar com eles, e pedir, como você entenderia para tomar esse remédio, o que [...] te lembra tal horário [...] (Entrevistado 22).

As dificuldades de manejo com o idoso seguem nas explicações:

[...] as pessoas têm muita dificuldade em tomar medicamentos, [...] a gente tem que estar orientando bastante, controlando bastante a medicação, a questão [...] orientação, hábitos alimentares, as pessoas têm o hábito [...] da própria origem, eu acho [...] bem difícil, difícil encarar uma dieta, mas a gente tem que estar sempre orientando, quanto à atividade física [...] que também é bem precária, muito pouca gente faz, a questão de higiene também, tem pessoas assim, com bastante dificuldade, bem difícil de trabalhar isso até por ser um hábito [...] (Entrevistado 25).

Desse modo, fica evidente que os hábitos e costumes inseridos ao longo dos anos prejudicam o idoso, ficando o desafio para os profissionais investirem na mudança de paradigmas ou entenderem a constituição histórica de cada indivíduo idoso.

Uma velhice bem-sucedida, conforme Néri (1995, p. 34),

é [...] uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social referente aos ideais da sociedade, às condições e [...] valores existentes no meio ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e de seu grupo etário.

Por sua vez, Teixeira (1998) observa que o envelhecimento saudável também depende das condições sociais e culturais em que o indivíduo está inserido.

À medida que a pessoa vai envelhecendo, o organismo transforma-se e vai perdendo progressivamente as suas faculdades. Em cada pessoa isso ocorre em ritmo diferente, sem distinção de raça, cor, religião, nacionalidade, profissão ou poder aquisitivo, tanto que

algumas pessoas envelhecem mais rapidamente que outras em razão de fatores internos ou externos. O que influencia esse processo é o estilo de vida de cada um. Para tanto, é necessário incluir desde cedo na rotina diária, a prática de atividades físicas, boa alimentação e hábitos saudáveis (WEBER; TOURINHO FILHO, 2005).

Para os autores supracitados, no ciclo da vida, a velhice é a última fase do período da existência. Assim, a preocupação com o envelhecimento e com o rejuvenescimento não é somente um fenômeno da sociedade contemporânea, mas uma preocupação constante do homem em todos os tempos.

O enigma da velhice também perpassa pelo olhar lançado aos estereótipos, que consciente ou inconscientemente, são manifestados por muitas pessoas, o que é possível também observar no relato a seguir:

[...] pessoas idosas, é quase como [...] lidar com criança, você tem que ter uma forma bem diferenciada de lidar com eles [...] (Entrevistado 4).

Eliopoulos (2005) diz que a população idosa por ser o grupo que mais cresce e se distingue na sociedade, por concepções errôneas, continuam sendo estereotipados com afirmações como: idosos são doentes e inválidos; são pessoas rancorosas; idosos têm pouca inteligência; são rebeldes; têm comportamento infantilizado. As declarações anteriores não são verdadeiras e, por isso, é necessário esforço para alertar toda a sociedade sobre as realidades do envelhecimento.

Entender as dificuldades que comprometem a mobilização e deambulação dos idosos também é importante. Para Rupérez e Llorente (2001), as alterações produzidas nos músculos, ossos e articulações repercutem tanto na forma como na mobilidade e nas atividades de vida diárias, tendo-se uma perda geral de massa óssea, principalmente na mulher a partir da menopausa. Os ossos ficam mais frágeis, tornam-se mais predispostos a fraturas e também comprometem a postura, ocasionando a curvatura da coluna pela deformação das vértebras. A mobilidade das articulações também fica comprometida.

Segundo Smetzer e Bare (2006), à medida que envelhece, o sistema músculo-esquelético que capacita o indivíduo a interagir com o mundo ao redor acaba sofrendo uma diminuição gradual e progressiva da funcionalidade. Esse comprometimento constitui um aspecto marcante do envelhecimento nos seres humanos e é evidenciado por fraqueza muscular, lentificação dos movimentos, perda da força muscular e fadiga muscular precoce.

Muitas vezes, o andar lento, fraco, a dificuldade de movimentação são perceptíveis aos olhos do observador, mas com pouco senso de diferença nos cuidados prestados para com o idoso:

E assim, na verdade, eu acho que não tem muita diferença do atendimento com o resto da população, a gente não faz muita diferença a não ser, claro [...] que às vezes [...] tem que ter alguns cuidados especiais quando [...] vai atender o idoso, até mesmo em virtude da dificuldade que eles têm, que tu percebe [...]]. Por exemplo, eles deitam na cadeira do dentista, daí para levantar às vezes é uma dificuldade, então têm várias coisas que [...] tem que fazer às vezes uma diferenciação, ajudar eles, [...] tem que ter mais paciência, porque eles demoram mais para algumas coisas, e a gente sabe que eles gostam de conversar bastante (Entrevistado 6).

[...] Os idosos é aquela história, você tem que tentar ter uma atenção maior pra eles, né, porque eles são geralmente, por idosos, ter mais cuidado, mais devagar um pouco (Entrevistado 7).

A referência ao passado está intimamente presente nas argumentações das pessoas idosas. Faz-se mister entender que com o passar dos anos, todos vão deixando para trás histórias, contos, medos, angústias, momentos felizes e tristes, enfim, a constituição de cada ser humano. E quando se percebe que os horizontes da vida vão se estreitando e vai se vislumbrando o caminho que está chegando ao fim, as pessoas têm necessidade de falar sobre isso. O passado é que muitas vezes resta, pois tudo passou e isso está ativamente vívido na sua memória e, falar, contar sobre ele, lhe dá prazer. O futuro para muitos tem poucas perspectivas.

[...] atender o idoso é um pouquinho diferente do que atender outras pessoas [...], eles se referem muito ao passado [...], eles vêm assim, [...] retomam muito à questão do passado com pouca perspectiva para o futuro (Entrevistado 9).

A última idade depende em grande parte de sua maturidade. O momento mais feliz da vida são os anos que precedem a decrepitude e, se pelo menos se tem boa saúde e dinheiro suficiente para suprir as forças que faltam, a velhice pode ser uma parte muito suportável da vida (BEAUVOIR, 1990).

Suportar esta parte da vida chamada velhice requer também que o idoso seja visto como membro participante de um processo de modo natural, diga-se de passagem, mas o que se encontra são profissionais penalizados com os idosos, como se envelhecer fosse digno de pena:

[...] para mim, ele é uma pessoa especial, alguém especial, eu sinto assim, pena, eu me coloco no lugar, [...] eu não quero que ninguém me diga um não, ou uma palavra brusca, por que [...] eu vou dizer para a pessoa? Até para mim, na minha idade, eu poderia dizer, mas para essa pessoa, jamais (Entrevistado 11).

Mesmo considerado uma pessoa especial, o idoso nem sempre recebe tratamento diferenciado:

[...] é igual trabalhar, normal assim, não tem muita diferença (Entrevistado 15).

[...] no meu ponto de ver [...] é até mais gratificante porque a pessoa idosa, ela sempre tem uma informação para pedir para a gente. A gente sempre quer estar ajudando [...], passando as informações (Entrevistado 17).

Valorizar o ser humano em sua totalidade é a nova perspectiva acerca do cuidado. O ser que é cuidado recebe atenção de nível terapêutico, além de técnicas e procedimentos. O ser humano, ou melhor, ser que é cuidado deve ser olhado, ouvido e sentido. Ressalta-se que o cuidado transforma ambientes, harmoniza relações, sensibiliza o humano de cada um e energiza o potencial para ajudar os outros a encontrarem os seus potenciais para lidar com as adversidades (WALDOW, 2004).

Para cuidar de alguém é preciso oferecer o próprio e valioso ser aos outros como uma fonte de cura. Cuidar dos idosos, em especial, significa, entrar em contato íntimo com o envelhecimento do seu próprio ser, sentir o próprio tempo e vivenciar os movimentos do próprio ciclo vital. Enquanto se pensar que o cuidado significa apenas ser simpático e amigável com os idosos, fazendo-lhes uma visita, levando-lhes uma flor ou oferecendo-lhes uma carona, cada um será capaz de esquecer o quanto é mais importante para si estar disposto e preparado para conviver presentemente com quem realmente se importa. E como se apresentar totalmente presente com os idosos quando se está escondido do próprio envelhecimento? (NOUWEN; GAFFNEY, 2004).

A velhice é ocultada não somente dos olhos, mas também dos sentimentos da humanidade, pois se continua vivendo com a ilusão de que se é sempre o mesmo. Segundo Netto (1997), as pessoas não aceitam o envelhecimento, devido também à falta de uma razão própria de ser da velhice, por não encontrarem um papel para si mesmas na sociedade. A dificuldade de relacionar-se com os outros, de entendimento, também é evidenciada para Camargo et al. (2005). Os idosos encontram dificuldades em relacionar-se com outras pessoas e com o ambiente, e isso pode ser em virtude do próprio processo de envelhecimento. O que se evidencia nas falas dos entrevistados a seguir:

[...] a gente tem mais respeito [...] quando eles chegam perguntando alguma coisa, a gente dá mais atenção, porque eles têm mais dificuldade de entender também, as coisas [...], então a gente, [...] eu trato eles com respeito, eu ajudo eles, tudo no que eles precisam ali dentro da secretaria, onde eles vêm procurar orientação, ajuda [...] (Entrevistado 26).

[...] eu acho que a gente tem que ter mais paciência porque eles já demoram a entender, tu normalmente tens que repetir mais vezes as coisas (Entrevistado 32).

[...] tem que ter respeito com o idoso, cuidar, ajudar, escutar [...] (Entrevistado 30).

O compromisso com a vida, o respeito, o profissionalismo são extremamente importantes para a constituição do sujeito como pessoa que preza o atendimento prestado. Para Selli (2005), o princípio de defesa da vida refere-se ao respeito pela vida, a sua defesa e a sua promoção representam o primeiro imperativo ético da pessoa para si mesma e com os outros. O alvo de toda a atenção da equipe multiprofissional é a saúde do ser humano, em benefício do qual deve agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional:

[...] ah, eu presto com ética, [...] humanização, [...] qualidade de saúde, não é porque sempre que chega uma pessoa tu pensa, todos nós vamos chegar nessa idade, e queremos que um tratamento seja dispensado para a pessoa, e procure se fazer aquilo que a gente pode fazer dentro das condições que a nossa saúde, muitas vezes a gente queria dar mais, mas às vezes se sente impossibilitado [...], devido à política de saúde no Brasil (Entrevistado 27).

Ter empatia e colocar-se do lugar do outro é importante para o bom atendimento.

Para o idoso, muitas podem ser as perdas ocorridas ao longo do tempo e podem ser acompanhadas por incapacidades como perda de papéis, de renda ou até perda de parte do corpo. Para Eliopoulos (2005), a maioria das incapacidades dos idosos não pode regredir, mas em muitos casos, ocorre uma melhora significativa. As doenças crônicas frequentemente recebem tratamento mínimo, mas aquelas que não têm potencial de reabilitação muitas vezes são negligenciadas.

A dependência ou incapacidade, mesmo que parcialmente, pode ser motivo de destaque na prioridade do atendimento, mas não necessariamente em relação específica do idoso, mas também de outros atendimentos prestados, como se verifica a seguir:

[...] em relação ao meu trabalho, eu dou sempre preferência para os pós-operatórios, independente de serem idosos ou não, e há pouco tempo eu fiquei sabendo que tinha um Estatuto do Idoso, daí a gente sempre procura encaixar essas pessoas que a gente realmente sabe que precisam do serviço. Eu sempre dou preferência para o idoso, até na minha lista de pacientes, a maioria é idoso (Entrevistado 35).

Ainda discorrendo sobre as mudanças funcionais no organismo das pessoas idosas e a posição dos profissionais, também passa a ter destaque o tema da saúde bucal e os problemas relacionados à arcada dentária do idoso.

No idoso a boca tende a secar em função da diminuição na produção de saliva e de alteração na sua qualidade. Também diminui o paladar, tornando-se mais lento o reflexo nauseativo, com aumento das possibilidades de engasgamento. As gengivas ficam mais finas, diminuindo sua superfície, reduzindo-se a capacidade de suportar a pressão de uma prótese dentária e lesando-se com maior facilidade. Os dentes tendem a separar-se, sendo frequente a sua perda progressiva, por diferentes motivos. Podem também, os dentes, tornarem-se mais escurecidos devido à perda do esmalte e aos depósitos minerais (RUIPÉREZ; LLORENTE, 2001). A carência em todos os sentidos também é destacada:

[...] são pessoas bem carentes [...], já chegam aqui no consultório dentário, geralmente o estado dentário é carência nos dentes e é emocional também, [...] mas tudo o que tu fizeres está bom para eles [...], eles não são [...] nada exigentes, tudo o que você conversar com [...] eles, aceitam, acabam fazendo o que a gente está pedindo [...]. Só que o nosso trabalho é um trabalho mais preventivo, não tem muito o que fazer quando chega aqui o idoso, se faz também algumas próteses para o pessoal aqui mais carente [...], precisaria bem mais, mas não tem demanda, não tem dinheiro para manter isso (Entrevistado 38).

A questão da afetividade, do carinho, do respeito, dos valores culturais, deveria ser vista com olhos de maior reconhecimento, assim como o respeito sério para os idosos, seja por parte de pessoas em geral, seja dos amigos, familiares e dos próprios filhos. No enunciado abaixo é evidenciado que dentro da equipe em estudo percebe-se que esses valores ainda são preservados:

[...] quando eu chego à casa de uma pessoa de idade, a primeira coisa que eu faço é cumprimentá-la, mas não é um aperto de mão e ir saindo, eu dou um abraço, eu dou um beijo, porque eu acho que a pessoa com a terceira idade, não sei dentro da família [...], não sei como que é o tratamento assim, dentro da família, porque a gente vai uma vez por mês na casa deles [...], eu procuro ir na casa deles sempre uma vez por mês, mas eu assim ó, acho que a atenção, o carinho, eles se sentem um pouco isolados, já que o físico não ajuda, a mente não ajuda, [...] eu acho que eles vão ficando de lado, eles vão se sentindo de lado (Entrevistado 42).

O toque é o envolvimento de muitas características, tais como: pressão exercida, local onde se toca, idade e sexo dos comunicadores, entre outras. O contato físico em si não é um acontecimento emocional, mas seus elementos sensoriais provocam alterações neurais, glandulares, musculares e mentais, as quais chamamos de emoções. Por isso, muitas vezes, o tato não é sentido como uma sensação, mas sim, como uma emoção (SILVA, 1996).

Os sinais paralinguísticos demonstram sentimentos, características de personalidade, atitudes, relacionamento interpessoal e autoconceito. São a entonação na expressão das palavras, o ritmo do discurso, a velocidade com que as palavras são ditas, o suspiro, o riso e outros. A paralinguagem é qualquer som produzido pelo aparelho fonador, usado no processo comunicativo, que não faça parte do sistema sonoro da língua usada (SILVA, 1996).

Assim, o ato de escutar também pode ser visto como uma arte, e como mecanismo terapêutico, com bons resultados na resolutividade dos problemas.

[...] eu escuto [...] bastante as pessoas, tanto idosos quanto os outros [...], mas os idosos a gente dá assim, uma atenção um pouco maior, carinho [...], abraçar quando chega, abraçar quando sai, tem uma coisa [...], que às vezes os idosos se preocupam muito ainda com a questão de filhos [...]. Na minha área tem alguns que se preocupam bastante ainda com a questão de filhos, gostariam de trazer morar junto, então a gente conversa bastante, que nem sempre é assim tão fácil, daí às vezes a gente tem que fazer com que a pessoa idosa também perceba que os filhos também criaram asas, e precisam viver também à parte, não podem estar ali sempre. Mas, mais é ouvir mesmo, ouvir [...], dar carinho, tem uns idosos que são bastante carentes de carinho, de afeto, assim, de família [...], outros não, outros já vivem mais próximos [...] (Entrevistado 45).

De um lado, a lei da vida, de que filhos se criam para os outros, para o mundo e, de outro, de que da parte destes não é pequena a quantidade dos que acham que seus pais, que afinal os embalaram no colo um dia, às vezes estorvam.

Os idosos atualmente têm de adaptar-se aos novos estilos e estruturas familiares. O mesmo acontece com os filhos e os netos que precisam adaptar-se aos avós que possuem estilos de vida diferentes que os seus. Talvez se diagnosticassem aí os chamados conflitos de gerações ou a construção de novos paradigmas sociais. E assim, a família passa a ser considerada o mecanismo de ação social mais adequado, mais oportuno para os idosos.

[...] o público idoso, a gente presta um atendimento um pouco diferenciado, porque é uma população assim, que eu vejo que tem mais carência de diversas coisas, tanto afetiva como, de tudo, eles são muito carentes (Entrevistado 48).

[...] até na minha área, tem bastantes pessoas idosas [...] e que moram meio sozinhas, ou moram no terreno com o filho, e hoje em dia a correria é muito grande [...], o pessoal lida aqui, lida ali, tem mais do que uma, duas funções [...], e outros que a gente sente que têm bastante abandono da família [...], eles estão ali sozinhos, não têm quem converse, e daí a gente chega lá, às vezes eu sou a única pessoa que chega durante o mês, e daí eles querem aquela atenção, às vezes [...] ir na casa de uma pessoa de idade que mora sozinha, antes de duas horas você não sai da visita (Entrevistado 49).

A solidão e o abandono por parte da família levam os profissionais a dedicarem mais tempo durante os atendimentos junto às pessoas idosas.

[...] eu tinha um caso assim, que me doeu muito, com uma senhora de oitenta e nove anos [...]. Eu cheguei na terça-feira, daí eu fiquei lá com ela uma hora e vinte minutos, e [...] quando eu ia sair, ela disse assim, ‘mas por que tu já vais? Fique mais porque eu estou desde quinta-feira sem conversar com ninguém’, isso me doeu muito, [...] (Entrevistado 49).

Nesse sentido, cabe aos membros da família entender essa pessoa em seu processo de vida, de transformações, conhecer suas fragilidades, modificando sua visão e atitude sobre a velhice e colaborar para que o idoso mantenha sua posição junto ao grupo familiar e à sociedade.

Aqui cabe uma primeira reflexão: os filhos, de uma maneira geral, acostumados a serem cuidados e dependentes dos pais por bons anos de suas vidas, num dado momento passam a experimentar uma inversão nessas relações quando os pais começam a necessitar de atenção e ajuda.

Com as fragilidades que muitas vezes acompanham o processo de envelhecimento é comum surgirem conflitos entre os filhos quando a situação dos pais passa a lhes exigir novas responsabilidades e cuidados.

Na realidade, a família precisa de um período de adaptação para aceitar e administrar com serenidade a nova situação, de forma a respeitar as necessidades dos pais e evitar que se sintam “um encargo” para os filhos. Daí a importância de o idoso concentrar esforços para, nos mais diversos sentidos, não se entregar à inatividade, evitando o mais possível o sentimento de dependência da família que tanto o aflige.

Percebe-se na prática da pesquisa, que os idosos carregam a expectativa de receberem atenção e cuidados dos filhos e netos no momento em que perderem ou tiverem suas capacidades diminuídas, sendo este um fantasma constante a perseguir e preocupar os mais velhos.

No que diz respeito ao papel da família, a Constituição brasileira assinala o dever dos pais de assistir, criar e educar os filhos menores e, de outro lado, os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. A Carta Magna ressalta também a responsabilidade da sociedade e do Estado, juntamente com a família, de amparar as pessoas idosas e isso deve ser feito preferencialmente nos lares (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

O Estatuto do Idoso, por sua vez, também trata da responsabilidade da família quanto ao cuidado com os gerontes. O art. 3º declara que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, além da priorização de atendimento por sua própria família, em detrimento do asilar, exceto àqueles que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

No depoimento do profissional abaixo fica evidenciada a dificuldade do atendimento ao idoso que busca os serviços de saúde sozinho. Com suas limitações e dificuldades nem sempre ele consegue ter clareza nas dúvidas e pode continuar com elas. Aqui se percebe a importância da participação da família no cuidado do idoso. Também o preparo do profissional nesse momento para lidar com a situação deve ser levado em consideração. Para Santos (2001), facilitar a comunicação com o idoso é imprescindível para um bom resultado no atendimento prestado. Lançar mão de meios de comunicação como gestos, cartões, listas de palavras, evitar gritos, reduzir fontes de ruídos que possam prejudicar o diálogo como rádio, tevê, barulhos de motor de carro e outros.

[...] mas eu fico chateado com o familiar, com os familiares, que deixam a pessoa idosa vir consultar sozinha, tu chegas ali, [...] tens que explicar tudo para eles, muitas vezes eles não entendem, e daí tu ficas chateado, frustrado até, porque tu dizes assim: 'puxa vida, eu vou explicar tudo para ele, ele não vai fazer isso aqui, ele não vai saber fazer isso aqui', às vezes eu até pergunto, 'mas escuta, a senhora não tem ninguém responsável pela senhora, ou pelo senhor, que venha aqui, que possa lhe ajudar, lhe encaminhar? Infelizmente tem pessoas que já não têm ninguém [...] (Entrevistado 4).

Sempre que houver um processo chamado relacional, encontram-se ações de forma individual ou coletiva advindas dos trabalhadores dos serviços de saúde e dos usuários desse expediente. Esses encontros possuem espaços de trabalho em saúde, gerando processos de produção nos quais o acolhimento tem uma expressão muito significativa (MERHY, 2007).

O acolhimento como diretriz do modelo tecno-assistencial, orientado nos princípios do SUS, propõe principalmente reorganizar o serviço no sentido de garantia de acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado. E procura oferecer sempre uma proposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário (MERHY, 2007).

Esse acolhimento vai desde a procura da resolutividade dos problemas dos usuários até a forma como são recebidos na unidade, como é priorizado seu atendimento, como se faz para que compreendam a mensagem a ser comunicada pelo profissional que o atende. O uso de uma linguagem simples e vocabulário acessível torna mais fácil a resolutividade dos problemas. A poluição visual, muitas vezes encontrada nas Unidades Básicas de Saúde, pode comprometer a boa acolhida junto ao serviço, principalmente em se tratando do atendimento a idosos.

O acolhimento é um atributo da prática clínica que pode ser realizado por qualquer trabalhador em saúde. Focá-lo analiticamente é criar a possibilidade de pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção ao permitir pensar sobre os processos institucionais por onde circulam, o trabalho vivo em saúde, expondo o modo privado de agir a um debate público no interior do coletivo dos trabalhadores, a partir da ótica centrada no usuário (MERHY, 2007).

Outro fator destacado é a questão da estrutura física inadequada tanto por parte do usuário do serviço (citado acima) como dos profissionais:

[...] porque nós temos um espaço físico muito pequeno [...]. Aí eu vejo que não seria próprio para o idoso, porque o idoso sabe que não tem paciência, se conhece bem. Então eles chegam aqui, acham salas cheias de gente, e eu vejo bastante reclamação assim (Entrevistado 7).

[...] ele devia ser mais, assim, como é que eu vou explicar, o prédio em si deveria ser bem diferente do que é, porque o espaço já é muito pequeno (Entrevistado 26).

É um espaço muito pequeno, é um desconforto muito grande [...], para quem tem que ficar ali esperando (Entrevistado 31).

[...] a estrutura física está ruim, em todos os sentidos, não só para o idoso (Entrevistado 38).

Em relação à estrutura física adequada para o atendimento ao idoso, encontrou-se na Portaria 1.395 do Gabinete do Ministério (GM) a determinação de que deverão ser garantidas aos idosos, assim como aos portadores de deficiência, condições adequadas de acesso aos espaços públicos, tais como rampas, corrimões e outros equipamentos facilitadores (BRASIL, 1999).

Para Perreira et al. (2001), assim como as residências brasileiras não são preparadas e adaptadas para atender às necessidades dos idosos, os espaços ambientais nas unidades básicas também não são adequados, o que pode ser motivo muitas vezes de acidentes, como

as conhecidas quedas. Entre os fatores ambientais que podem levar uma pessoa idosa a sofrer uma queda estão: iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios), ausência de corrimões em corredores e banheiros, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas, calçados inadequados, patologias nos pés, maus-tratos, roupas excessivamente compridas e via pública mal conservada, com buracos ou irregularidades.

Quando a estrutura física não é pensada adequadamente nem mesmo a disposição dos objetos e móveis, tudo inspira riscos de acidentes para os idosos, até mesmo os pisos.

Segundo Oliveira (2002), em seu estudo de mestrado realizado com uma amostra aleatória composta por 394 idosos residentes na comunidade de Batatais (SP), o número de quedas dos idosos foi maior no piso liso e, quanto ao estado, 28,8% ocorreram em piso molhado. Para o referido autor, isso ocorre porque essas duas condições tornam o idoso mais suscetível a escorregões e com maiores chances de cair.

4.2.1 A breve participação do idoso no contexto

Por um breve momento a pesquisa buscou a inserção do idoso no contexto para que fosse possível perceber como o mesmo se coloca frente à temática do próprio envelhecimento, o qual está explicitado na coleta de alguns depoimentos.

A temática estudada faz alusão à participação do próprio idoso nesse contexto, o qual, na maioria das vezes, busca o atendimento sozinho, sem o auxílio de alguém de sua família, o que dificulta até a compreensão das explicações ofertadas pelos profissionais. Quando da possibilidade de indagar alguns idosos que buscam os serviços de saúde da Secretaria, pode-se observar que os mesmos colocam alguns descontentamentos em relação ao atendimento prestado, seja na forma de acolhimento, espaço ou estrutura física, enfrentamento das filas e demora no atendimento. Como se observa nos seguintes depoimentos:

[...] é muito cansativo esperar aqui, os bancos são ruins, dói as costas, sempre tem muita gente (A.F.R., 79 anos).

Não tem muito respeito, o velho fica na fila e às vezes as pessoas não querem dar o lugar na frente, principalmente para pegar remédio (J.S., 68 anos).

[...] um dia fiquei horas esperando para ser atendida até que veio uma pessoa e me pediu o que eu queria, então olhou no meu papel e viu que o meu agendamento era para amanhã [o dia seguinte], perdi a viagem (J.P.M., 72 anos).

[...] eu venho sozinha, caminho devagar, tenho que esperar bastante, mas ninguém da minha família pode vir comigo (E.W., 79 anos).

O acolhimento é uma diretriz organizacional para que a atenção básica possa cumprir com o seu papel. Para que ela seja a porta de entrada do serviço é fundamental ter a dimensão da palavra “acolhimento”. Esta pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, grande variedade de demandas e avaliar os riscos implicados, assegurando seu atendimento, visando a máxima resolutividade possível dos problemas. Ao mesmo tempo usando do recurso da visita domiciliária, é possível observar a clientela e analisar as condições de saúde da comunidade e do território de abrangência, esperando uma postura que vincule pessoas, famílias e a comunidade às equipes de atenção básica, auxiliando também na identificação de vulnerabilidade socioeconômica dos indivíduos, famílias e setores da comunidade (CAMPOS et al., 2008).

Em relação à participação ativa dos idosos no processo de discussões e diálogos frente à temática do envelhecer, percebe-se que os mesmos se colocam mais na participação em grupos sociais e eventos festivos do que na reflexão do próprio envelhecer. Observa-se claramente isso por meio de alguns depoimentos vindos dos idosos:

[...] o que eu gosto mesmo é dos bailes, e quando vão cuidar da gente medindo a pressão, aí eu aproveito e danço bastante mesmo até doer as pernas [...] (G.M.F., 80 anos).

[...] eu acho que me atendem bem, sei que tenho alguns direitos do tal Estatuto do Idoso, mas uma vez fui numa reunião escutar sobre isso e não gostei [...] acho que eles podem ensinar outras coisas para nós (M.R., 67 anos).

Muitos profissionais atribuem estereótipos aos idosos, muitas vezes se compadecendo do mesmo, mas o idoso por algum momento também se coloca como tal. No depoimento de um nonagenário, fica a reflexão sobre o tratamento dispensado ao idoso, quando se refere a eles como uma criança:

Dizem que o velho vira criança depois de uma certa idade, só que ninguém pega no colo e enche de beijo (E.L., 92 anos).

O desenvolvimento da auto-imagem também sofre influência de estereótipos culturais. A auto-imagem é o que se pensa de si mesmo e parte importante dela é a imagem corporal. O que o indivíduo é ou acredita ser determina o que se fala e se faz (SILVA, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Um fantasma amedronta o mundo [...] e seus ruídos assustadores desafiam o saber e o poder, levando, ao mesmo tempo, o ser humano a uma nova encruzilhada: a velhice. O ambicionado prolongamento à vida transforma-se, cada vez mais [em] realidade.”

(Eneida Haddad)

Uma trajetória percorrida ao longo do tempo traz durante o caminho dificuldades, angústias e sofrimentos, mas também muitas descobertas, e esse é o intuito da pesquisa científica – inquietar o agente construtor da obra e seu leitor. Na fase inicial da pesquisa, muito inquietava a autora acerca de como eram realizados ou conduzidos os trabalhos na Secretaria de Saúde de Ajuricaba, no que diz respeito a atenção dispensada à população idosa do referido município, ou seja, como os profissionais das diferentes áreas do conhecimento realizavam o atendimento ao idoso, respeitando as políticas públicas de saúde referentes a eles. Com uma visão externa de quem não estava inserido na Secretaria mas, sim, de uma profissional da área da Enfermagem e também cidadã ajuricabense, a autora olhava para essa temática e sentia nascer o desafio de verificar de uma forma mais precisa e confiável cientificamente os problemas existentes ao redor desse tema e, assim, dedicou-se à construção deste trabalho de pesquisa.

Retomando ao tema inicial da pesquisa: “Concepções de envelhecimento e a atenção a idosos em uma rede de Saúde Pública Municipal”, calcada no pressuposto da não-existência de políticas públicas direcionadas ao idoso e no desconhecimento do preparo e manejo da equipe multiprofissional, para atender ao contingente populacional de idosos, foi nos possibilitado chegar às considerações finais desta obra.

Inicialmente imaginava um serviço desagregado, individualizado, fragmentado e com pouca resolutividade. Iniciou a trajetória de longas entrevistas que a fizeram, aos poucos,

observar de forma diferente o serviço que estava sendo ofertado. Na visão e formação de cada profissional servidor de saúde ligado à Secretaria de Saúde do município em destaque, a autora pode aos poucos perceber que existem concepções e raízes diferentes de acordo com visão individualizada de cada área profissional. Do lugar em que cada trabalhador está inserido, ele tem uma visão do serviço disponível na Secretaria; de acordo com o cargo e função, ele colocou-se como colaborador nesse processo de construção; evidenciaram-se as dificuldades, as carências, as facilidades, a satisfação e também a insatisfação nos diversos espaços que ocupam enquanto profissionais da área da saúde. Para muitos é gratificante atuar junto a este espaço, já para outros o serviço é árduo pela sobrecarga de tarefas a serem desenvolvidas no setor.

Na busca de observar como a equipe multiprofissional estava preparada para atender à população idosa que busca os serviços de Atenção Básica de Saúde, na resolutividade dos seus problemas e também na promoção, reabilitação e recuperação da saúde, os dados permitem apurar que apesar de não ter uma política de saúde específica para o idoso, e sim contar com um programa de atenção aos idosos, a equipe demonstra com propriedade uma preocupação especial com a temática do envelhecimento. Verifica-se que mesmo não tendo muito conhecimento ou domínio da Política Nacional do Idoso e nem do Estatuto do Idoso, a equipe tem uma preocupação relevante com a parcela da população que está envelhecendo.

Os dados possibilitam ainda explicar que a equipe multiprofissional não está integrada de forma a constituir um trabalho de grupo centrado no coletivo; o trabalho de equipe perpassa nos pequenos grupos de trabalho, em que se identificam por um assunto, momento ou cuidado. Ele passa a ser fragmentado, pontuado. A integralidade do coletivo fica prejudicada.

Assim, é possível concluir que os objetivos da pesquisa foram alcançados, quando possibilitou compreender conhecimentos mesmo que limitados no campo da geronto-geriatria, sob a ótica de cada servidor. Observou-se também que a pesquisa despertou o interesse dos profissionais pelo assunto, pois manifestaram o desejo de ler e conhecer mais sobre o Estatuto do Idoso, por exemplo. Também no contexto foi possível verificar como cada um realizava seu trabalho referente a atenção dispensada ao idoso. Ao rever essa temática e tratar do envelhecimento percebeu-se que o assunto é abordado com cautela, preocupação e projeção de que um dia “também envelhecerei”.

Poucos entrevistados mencionaram os serviços ofertados pela Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social. Sabe-se que em um trabalho integrado, os idosos frequentam o Centro de Convivência no qual participam de palestras, eventos culturais e festivos e atividade física em pequena escala. Os momentos são pontuais e únicos para os dois grupos existentes atualmente. Na concepção dos entrevistados esse aspecto é pouco perceptível.

Os idosos buscam os serviços ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde que apresenta um sistema de acolhimento diferenciado, em que a porta de “entrada do serviço” do SUS é mais precisamente a porta de atendimento da farmácia. A estrutura física é inadequada, com uma sala de espera pequena e imprópria para o atendimento em geral e em especial para os idosos que não têm acomodações adequadas para esperar no serviço. A grande demanda de atendimentos ofertados pela farmácia dificulta o andamento dos trabalhos e ocasiona filas de espera extremamente longas. E as outras pessoas que buscam os serviços como consultas, exames, ambulatório, ficam aguardando no mesmo local, gerando um tumulto maior ainda. Essa temática é analisada, assim, sob o olhar do usuário do serviço, em especial dos idosos, e também sob a ótica dos trabalhadores de saúde.

É relevante caracterizar que a equipe multiprofissional adota algumas medidas para contribuir com o atendimento da população idosa, como agendamento de consultas quando isso é possível, para evitar ficar muito tempo na fila; auxilia na condução e apoio aos mais debilitados; trata com atenção e carinho, o que nem sempre é correspondido na opinião dos idosos. É também disponibilizado o transporte aos pacientes idosos, quando necessário, visitas domiciliares, além de uma lista ampla de medicamentos básicos distribuídos na farmácia da Secretaria.

Dessa trajetória de pesquisa após várias leituras e releituras dos textos criados, surgem dados que permitem concluir que a temática estudada tem um viés diferenciado. Dos 49 entrevistados, 30 não conhecem, não ouviram falar ou pouco sabem sobre o Estatuto do Idoso, mas mesmo assim ao longo de suas falas percebe-se uma preocupação dispensada à população idosa. Quase todos declaram tratar os idosos com paciência, tolerância, carinho e de procurar entendê-los, pois são mais lentos, têm mais dificuldades de locomoção e reconhecem que a estrutura física é totalmente inadequada para ofertar um atendimento de qualidade ao idoso. Alguns profissionais destacam que têm dificuldade em relação ao tempo cronológico de atendimento, que deveria ser diferenciado com o idoso, mas devido à demanda isso não é possível.

A existência de deficiências no serviço é evidenciada quando se analisa a forma de acolhimento do idoso que não é eficaz. Como a carência afetiva desse grupo populacional é muito acentuada, ele muitas vezes nem necessitaria de uma consulta, por exemplo, bastaria uma conversa mais prolongada para atender suas angústias e carências afetivas, mas para isso deveria haver uma estrutura ou uma política que desse conta de tal dificuldade.

Pode-se dizer que não existem políticas específicas para a atenção à pessoa idosa e sim programas de saúde para os idosos como encontro com pacientes idosos diabéticos e hipertensos e grupos de caminhada na praça semanalmente, mas que não abrangem a totalidade da população idosa ajuricabense.

Busca-se com os dados apurados verificar que a inserção do próprio idoso no contexto da Secretaria e também na luta por direitos e conquistas das verdadeiras políticas de saúde que dizem respeito a esse usuário do serviço é fragmentada, de cunho culturalmente pouco explorada, e valorizada por ele próprio. Desconhece-se a própria Política Nacional do Idoso e tornam-se mais valorizados os encontros e diversões sociais existentes, com maior ênfase ao lazer do que ao estudo das verdadeiras políticas de defesa dos idosos.

Lembrando que ao longo dos anos vividos, muitas vezes, os idosos tiveram seus desejos de participação em eventos sociais suprimidos. E agora na velhice buscam resgatar e aproveitar este espaço, pois encontram-se em um outro momento de suas vidas, com mais tempo, menos afazeres, maior disposição e com muita vontade de aproveitar os anos que ainda lhes resta para ser vivido.

Os resultados obtidos no decorrer da pesquisa revelam a falta de políticas públicas relacionadas ao idoso, a dificuldade e a integração do trabalho em equipe e no coletivo. Comprometendo deste modo, a atenção básica ampliada em saúde e, conseqüentemente, a resolutividade da assistência prestada. Assim como o modo de acolhimento, formação de vínculos e os serviços de referência também ficam desqualificados. Os dados apurados permitem constatar esta forma de atuação dos profissionais, mas na observação foi possível visualizar que existem alguns trabalhos bem comprometidos e discussões ricas no que diz respeito aos casos clínicos de indivíduos, alertando tanto sobre a patologia, como condições socioeconômicas e inserção social.

Penso que os servidores trabalham no modo de visualização do processo saúde doença e não no contexto da clínica ampliada, na busca de resultados. O que dificulta a inserção do

trabalho no coletivo, mas que condicionalmente em alguns momentos se percebe a forma diferenciada de atuação, principalmente nos pequenos grupos de estratégia de saúde da família. A dificuldade de ampliar a assistência e a atenção intersetorial, com uma visão multiprofissional e interdisciplinar compromete a atenção básica ampliada e a resolutividade dos serviços ofertados.

Finalizando, fica um alerta aos gestores públicos, principalmente em nível municipal, referente às questões do impacto social decorrentes do envelhecimento populacional, os problemas de saúde causados por diversas patologias e que levam os idosos a procurar os serviços de saúde, ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde e que inclusive são agravados pela solidão, o cuidado e o atendimento das necessidades específicas dos idosos, sem deixar de considerar a responsabilidade da família.

O desafio é pensar mecanismos na forma de incentivos e financiamentos que propiciem a implementação de políticas públicas que possam suprir as necessidades biopsicossociais e de saúde do idoso, por meio da expansão e qualificação da rede de serviços de atendimento ao idoso e sua família.

A partir dessa experiência ainda se poderia buscar a contextualização de um trabalho científico no que tange ao acolhimento, especificamente, pois esta forma de como se faz, como se desenvolve, como se estrutura um serviço com acolhimento e vínculo é decisiva para o desenvolvimento e o sucesso da Atenção Básica em Saúde.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), um dos princípios fundamentais que norteiam as práticas de saúde é a transversalidade. Busca-se, assim, qualificar os processos de trabalho e a comunicação entre os diversos sujeitos, políticas, áreas e ações em saúde por meio da criação de espaços para a interação e expressão das necessidades dos trabalhadores, usuários, gestores e sistemas de saúde.

Ao tecer estas considerações finais, fica-se também com a incumbência de encaminhar os resultados deste estudo. Como retorno ao grupo populacional estudado, o mesmo tem a pretensão de contribuir de forma positiva para a melhoria no atendimento prestado ao indivíduo idoso e para aumentar o conhecimento das políticas públicas de saúde, especialmente dos idosos.

A idéia é de socialização dos resultados desta pesquisa junto ao grupo de profissionais servidores da Secretária de Saúde do município de Ajuricaba. Como no momento me encontro

como Gestora de Saúde da referida Secretaria, penso que não será difícil reunir o grupo em um momento de socialização e reflexão dos resultados, tendo a pretensão somente de contribuir para o bom andamento dos trabalhos e da política de atenção à saúde do idoso no contexto municipal.

Como um novo olhar é possível, desafiar os servidores a participarem como agentes protagonistas de mudanças e buscar com isso a inserção de novas políticas públicas de saúde, em especial a atenção dispensada aos idosos. Buscar este comprometimento, acreditando que a implantação de políticas públicas contribuirá de forma positiva para a melhoria das condições de saúde da população.

Também se lança o desafio para que novas pesquisas possam ser formuladas e desencadeadas a partir desta, pois o estudo não acaba aqui, constituindo-se apenas de uma parte da trajetória vivenciada no contexto, sendo que muitas outras ainda podem advir desta realidade vivenciada.

A proposta é desafiar novos pensadores a buscar a maior inserção da equipe de servidores no trabalho coletivo, visando aplicar efetivamente a clínica ampliada, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos no processo de trabalho, planejamento e gestão.

REFERÊNCIAS

“Em verdade, em verdade, te digo: quando eras mais moço, cingias-te e andavas onde querias mas, quando fores velho, estenderás as tuas mãos e outro te cingirá e te levará para onde não queres”
(Evangelho de S. João 21: 18).

AJURICABA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Ajuricaba**. Ajuricaba, RS, jun. 1998.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde, Trabalho, Assistência Social e Meio Ambiente. **Plano Municipal de Saúde**. Gestão 2003/2005. Ajuricaba, jun. 2003.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde, Trabalho, Assistência Social e Meio Ambiente. **Plano Municipal de Saúde**. Gestão 2006/2009. Ajuricaba, ago. 2006.

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo novas autonomias no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, 2001. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista9/debates4.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2009.

BARROS, Myriam Moraes Lins de. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola Enfermagem**. USP, v. 3, dez. 1996. p. 380-398.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOTH, Tatiana Lima; CARLOS, Sérgio Antonio. Jubilamento: o interdito de uma vida de trabalho e suas repercussões na velhice. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, jan/jun 2005. p. 30-42.

BOUFLEUER, José Pedro. **O paradigma da comunicação e a re-configuração do espaço pedagógico**. Ijuí, RS.2007 (texto fornecido em sala de aula).

_____. Os paradigmas da educação e a avaliação. **Espaços da escola**. Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2001, ano 10, n. 39.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. HUMANIZASUS-Documento-Base. In: PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina (Orgs.). **Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, v. 2. p. 15-32.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde: 2006. 192 p. (Série Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

_____. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria 1.395/GM. **Política de saúde do idoso**. Brasília, 10 dez. 1999.

_____. Ministério da Justiça. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília, 1998.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 58-71.

CAMARGO, A. T. et al. A importância da comunicação com idosos institucionalizados: relato de experiências. **8º Encontro de extensão da UFMG**. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: http://www.ufmg.br/proex_arquivos_8encontro_saude_2_pdf>. Acesso em: 13 set. 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinícius Pires; GUTIÉRREZ, Adriana C.; CUNHA, Gustavo Tenório. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec/Aderaldo & Rothschild, 2008. 411 p.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTÍN, Gilberto Berguio; CORDONI JUNIOR, Luiz. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JUNIOR, Luiz. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001, cap. 2, p. 27-59.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2003.

CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996.

- CÍCERO, Marco Túlio. **Saber envelhecer e a amizade**. Porto Alegre: L&PM, 1997.
- COSTA NETO, Milton Menezes da (Org.). **Atenção à saúde do idoso: instabilidade postural e quedas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- COSTA, Santos. **Enfermagem gerontogeriatrica: reflexão à ação cuidativa**. 2. ed. São Paulo: Robe, 2001.
- CRUZ, Ivana Beatriz Mânica da; ARAÚJO, Maria Cristina Pansera de; KOPF, Eloíza; DAHMER, Sandra Regina (Coord.). **Programa Tecnovida**. Projeto Epivida. Ijuí: Unijuí, 2005.
- CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212 p.
- DEBERT, Guita. G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, M. M. L. (Org.). **Velhice ou Terceira Idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- DESCARTES, René. **Discurso do método**. Tradução de Paulo Neves. Porto Alegre: L&PM, 2007. 128 p.
- DÔLIVEIRA V.L.R. A construção dos saberes e da cidadania: da escola à cidade. **Revista Pedagógica Pátio**. Porto Alegre: Artmed, ano VII, n. 25, fev./abr. 2003.
- DORNELES B. V. A educação para o século XXI: questões e perspectivas. **Revista Pedagógica Pátio**. Porto Alegre: Artmed, ano IX, n. 33, fev./abr. 2005.
- ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA F.V.; RODRIGUES M.A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Artigo. Pelotas: UFPel, 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 11, v. 3, p. 669-681, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>>. Acesso em: 6 dez. 2009.
- FENSTERSEIFER, Paulo Evaldo. **A educação física na crise da modernidade**. Ijuí, RS: Unijuí, 2001.
- FIGUEIREDO, Carlos Eduardo dos Santos. **Estatuto do Idoso: em direção a uma sociedade para todas as idades?** Monografia. Concurso Talentos da Maturidade. 7. ed. Rio de Janeiro: Banco Real, 2005.
- FREIRE, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.
- FREITAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- _____. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUIMARÃES, C. Situação assistencial brasileira. In: GONÇALVES, E. L. (Coord.). **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1982.

HADDAD, E. G. M. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública**: a cidadania negada. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1994.

LACERDA, Maria R.; COSTENARO, Regina G. S. O cuidado como manifestação do ser e fazer da enfermagem. In: **Vidya**: Saúde, Educação e Meio Ambiente. Santa Maria, RS, n. 32, jul/dez 1999. p. 7-13.

LAZZAROTTO, E. M. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção/UFSC, 2001.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção de saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEHR, Úrsula. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. Estudos Interdisciplinares Envelhecimento. Porto Alegre, 1999, v. 1. p. 7-35.

LEITE, Marines Tambara. **Envelhecimento humano**: fundamentos teóricos para sua compreensão. Ijuí, RS: Unijuí, 2005. Cadernos Unijuí. Programa de Incentivo à Produção Docente.

LISBOA, João Carlos. **A educação na relação entre médico e paciente**: um estudo de caso com a população geriátrica em Ijuí (RS). Dissertação. Mestrado em Educação nas Ciências. Ijuí, RS: Ed. da Unijuí, 2004.

LOVISOLO, Elena; PEREIRA, Beatriz H. A.; POZZOLI, Thereza C. **Laousse Cultural** – Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Nova Cultural Ltda, 1992.

LÜDKE, N.; ANDRÉ, M.E. D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MAFFIOLETTI, Virgínia Lúcia Reis. Velhice e família: reflexões clínicas. **Psicologia e Ciências**. Set. 2005, v. 25, n. 3. p. 336-351.

MARIN, Nelly (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS-OMS, 2003.

MARQUES, Mario Osorio. **Conhecimento e modernidade em reconstrução**. Ijuí, RS: Ed. da Unijuí, 1993.

_____. **Universidade emergente**: o ensino superior brasileiro em Ijuí – 1957 a 1983. Ijuí, RS: Fidene, 1984.

MAYEROFF, M. **On caring**. New York: Harper Perennial, 1971.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a confirmação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano – o debate no campo da saúde coletiva**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 12 set. 2009.

MIRON, Vera Lúcia et al. **Ouvindo histórias, recordando memórias: uma história do curso de enfermagem da Unijuí**. Ijuí, RS: Ed. da Unijuí, 2004.

MORAIS, Manuel Ubirajara et al. **Ajuricaba em revista: administração Zanatta Koller**. Ajuricaba, RS: Cine Vídeos Produções, 1988.

NÉRI, L. **Psicologia do envelhecimento: uma área emergente**. São Paulo: Papyrus, 1995.

NETTO, Antonio J. **Gerontologia básica**. São Paulo: Lemor, 1997.

NORMANHA FILHO, Miguel Arantes. **A sociedade em transformação: velhice, um evento complexo – uma análise com foco na gerontologia social**. Artigo. São Paulo. [2000]. Curso de Aperfeiçoamento em Gerontologia, online pela UNB.

NOUWEN, Henri; J. M; GAFFNEY, Walter J. **Envelhecer: a plenitude da vida**. São Paulo: Paulinas, 2004. Coleção Terceira Idade.

NULAND, Sherwin B. **A arte de envelhecer**. Tradução Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS et al. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec/Aderaldo & Rothschild, 2008, cap. 11. 411p.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S.M.F. **Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

OLIVEIRA, Regina C. **Estudo da ocorrência de quedas e seus fatores de risco em idosos não institucionalizados na cidade de Batatais**. SP. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade). Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2002. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br-teses-disponiveis-17-17139-tde-24112006-150241>>. Acesso em 6/3/2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento Ativo. Um Projeto de Política de Saúde. Departamento de Prevenção de Doenças Não-Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Segundo Encontro Mundial Sobre Envelhecimento**. Madri, Espanha, abr. 2002.

PAIM, J. S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. **Revista Espaço para a Saúde**. Curitiba, mar. 1989, v. 1. p.18-24.

PAIM, Paulo. **Estatuto do Idoso**: agora é lei. Lei nº 10.741 de 1º/10/2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2004.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dezembro de 2006. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>>. Acesso em: 04 mar. 2009.

PEDUZZI, Marina. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. In: **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, fev. 2001, v. 35, n.1.

PERREIRA et al. **Quedas em idosos**. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de geriatria e gerontologia, 2001 Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2009.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de; BARROS, Maria Elizabeth de (Org.) **Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007.

PINTO, Carlos Alberto Gama; COELHO, Ivan Batista. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS et al. **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec/Aderaldo & Rothschild, 2008. 411 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE AJURICABA. Secretaria Municipal de saúde. **Relato do trabalho**. Ajuricaba, RS, ago. 1997.

PRÉTAT, Jane R. **Envelhecer**: os anos de declínio e a transformação da última fase da vida. São Paulo: Paulus, 1997.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. **Estatuto do Idoso**: respeito, a melhor idade agora é lei. RS Amigo do Idoso. Programa Estruturante Nossas Cidades, 2009.

RUIPÉREZ, Isidoro; LLORENTE, Paloma. **Geriatrics**. Guias práticos de enfermagem. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2001.

SANTOS, Silvana Sydney Costa. **Enfermagem gerontogeriatrica**: reflexão e ação cuidativa. 2. ed. São Paulo: Robe, 2001.

SCARAZATTI, Gilberto Luiz; AMARAL, Márcia Aparecida do. Planejamento e contrato de gestão na atenção básica. In: CAMPOS et al. **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec/Aderaldo & Rothschild, 2008. cap. 8. 411 p.

SELENT, Caroline. **Processos de comunicação de agentes comunitários de saúde e equipes da estratégia de saúde da família do município de Ijuí**. Trabalho de Conclusão de Curso. Ijuí, RS: Ed. da Unijuí, 2007.

SELLI, Lucilda. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2005. 160 p.

SILVA, Graciete Borges da. **A enfermagem profissional: análise crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Qual o tempo do cuidado?** Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2004.

_____. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 5. ed. São Paulo: Gente, 1996.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. **Abordagem do idoso em programas de saúde da família**. Rio de Janeiro: 2003 (Cadernos de Saúde Pública).

SMETZER, S.C.; BARE, B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUZA, Rosangela Ferreira; SKUBS, Thaís; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, maio/jun 2007.

STREHL, Jussara Morandini. As intercorrências no curso de envelhecimento humano: uma leitura psicopedagógica. In: BOTH et al., Agostinho (Orgs). **Envelhecer: estudos e vivências**. Passo Fundo: Ed. UPF, 2005.

TEIXEIRA, M. H. **Características psicológicas da velhice**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

TERRA, Newton Luiz (Org.). **Envelhecendo com qualidade de vida**. Programa Geron PUC/RS. Porto Alegre: Edipucrs, 2001.

TOLOTTI, Márcia. **Passageiros do outono:** reflexões sobre a velhice. Caxias do Sul, RS: Maneco, 2005.

TSURUZONO, Eleni Raquel da Silva. **Assessoria na garantia dos direitos sociais do idoso**. Artigo. 2006. Disponível em: <www.mp.rs.gov.br/dirhum/doutrina/id592.htm>. Acesso em: 4 abr. 2009.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WEBER, Ângela; TOURINHO FILHO, Hugo. A percepção do idoso sobre a prática de atividades físicas: uma visão do meio rural. In: BOTH et al., Agostinho. **Envelhecer: estudos e vivências**. Passo Fundo: Ed. UPF, 2005.

APÊNDICES

CARTA DE APRESENTAÇÃO

À
UNIJUÍ
Comissão Científica da Universidade Regional do Noroeste do Estado do
Rio Grande do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa

Ijuí, RS, 24 de março de 2008.

Prezados Senhores

Vimos por meio desta apresentar, para apreciação, o Projeto de Pesquisa intitulado **A Educação para Profissionais da Área da Saúde no Campo da Geronto-Geriatria**, correspondente ao curso de pós-graduação *stricto sensu* nível Mestrado da UNIJUÍ. Este estudo será realizado junto a profissionais da área de saúde da secretaria municipal de Saúde de Ajuricaba-RS. Contamos no momento com a autorização do Gestor Municipal de Saúde do referido município para o desenvolvimento da pesquisa.

No aguardo dos respectivos pareceres, subscrevemo-nos.

Atenciosamente

Marinez Koller Pettenon
Mestranda Pesquisadora Responsável

Walter Frantz e Antonio Andriolli
Professores Orientadores da Pesquisa

UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO NAS
CIÊNCIAS – NÍVEL MESTRADO

Ao Sr.
Olímpio Bandeira
Secretário Municipal de Saúde
Ajuricaba

Ijuí, RS, 24 de março de 2008.

Prezado Senhor

Na oportunidade em que o cumprimentamos, vimos por meio deste apresentar a mestranda **Marinez Koller Pettenon**, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação nas Ciências – nível Mestrado desta universidade, a qual deseja obter o consentimento desta instituição, para realizar uma pesquisa intitulada **A Educação para Profissionais da Área da Saúde no Campo da Geronto-Geriatria**, como parte para obtenção do título de mestre em Educação nas Ciências.

Esta pesquisa está sob a orientação dos professores doutores Walter Frantz e Antonio Luis Andrioli vinculados ao referido curso. Tem como principais objetivos: contribuir para a educação na área da saúde; instigar a equipe a cuidar e a educar principalmente para o campo da geronto-geriatria; identificar qual a formação e conhecimento que possuem os integrantes da equipe de saúde que atuam na secretaria municipal de Saúde do município de Ajuricaba, especificamente na área da geronto-geriatria; contribuindo assim, para a melhoria do atendimento de saúde ao idoso.

A mestranda pretende realizar essas atividades nos meses de abril e maio de 2008, em horários e dias a combinar com a referida Secretaria.

Solicitamos que haja uma manifestação por escrito autorizando o trabalho da mestranda se este for o caso. Para maiores esclarecimentos, colocamo-nos a disposição pelos fones (55) 3332 0200 ramal 417.

Atenciosamente,

José Pedro Boufleuer
Coordenador do Mestrado em Educação nas Ciências.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa intitulada: “A Educação para Profissionais da Área da Saúde no Campo da Geronto-Geriatria”

Prezado(a) Senhor(a)

Sou aluna do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação nas Ciências – Nível Mestrado da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. O projeto de pesquisa já foi submetido à banca de defesa do projeto de dissertação e tenho como pretensão desenvolver a pesquisa intitulada: “A Educação para Profissionais da Área da Saúde no Campo da Geronto-Geriatria”. Esta tem por objetivos: contribuir para a melhoria do atendimento da saúde do idoso, problematizando a atual conjuntura dos serviços e apontar possíveis sugestões que possam contribuir à qualificação dos profissionais que atuam nessa área da saúde; identificar qual a formação e conhecimento que possuem os integrantes da equipe de saúde que atuam na secretaria municipal de Saúde do município de Ajuricaba, especificamente no campo da geronto-geriatria; contribuir para a educação na área da saúde.

Caso necessário, o entrevistador realizará leitura deste Termo em linguagem simples, voz alta e pausada.

Será feito um acompanhamento concentrando-se na observação sobre a equipe, através de entrevistas (questionário), juntamente com gravação da mesma em aparelho MP3, (estas gravações serão mantidas sob a guarda da pesquisadora e posteriormente arquivadas no departamento de Ciências da Saúde, por um período mínimo de cinco anos em que a pesquisadora está vinculada), e acompanhamentos a atendimentos prestados aos idosos usuários dos serviços. Em nada prejudicarão o participante, seja do ponto de vista pessoal, moral, físico ou familiar, não havendo nenhum tipo de despesa financeira ou material, nem risco à saúde.

A participação é totalmente voluntária, tendo plena liberdade para recusar ou retirar o consentimento em participar da pesquisa ou a responder a alguma pergunta, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. No caso de haver desistência de sua parte poderá entrar em contato comigo através do endereço deixado neste documento e terá a gravação e a transcrição destruídas. Caso deseje obter informações adicionais sobre este estudo, a qualquer momento, poderá manter contato com os pesquisadores.

Toda a informação fornecida será confidencial, com garantia de anonimato e utilizada apenas com fins específicos para a realização da pesquisa, podendo os resultados ser publicados. A pesquisadora se compromete em manter a privacidade das informações, mantendo os participantes em anonimato.

Espera-se que os resultados deste estudo tragam como benefício aos profissionais da saúde e áreas afins a possibilidade de ampliar conhecimentos e entender o processo de envelhecimento, bem como as políticas de atendimento a este contingente populacional contribuindo para a qualificação da assistência prestada ao idoso. Não tendo aos sujeitos do estudo, benefícios diretos em participar, mas indiretamente o participante contribuirá para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Destaca-se que a sua participação não acarretará nenhum prejuízo ou dano pelo fato de colaborar, assim como não terá nenhum ganho ou benefício direto.

Este documento possui duas vias, ficando uma com o colaborador e a outra com a pesquisadora.

Sendo assim, e estando de acordo com o exposto, eu _____ concordo em participar da pesquisa realizada pela mestranda Marinez Koller Pettenon. Residente à rua 15 de Novembro, nº 399, Centro, Ajuricaba (RS), telefones (55) 3387 1103 ou (55) 9977 1869.

Sei que em caso de dúvida ou denúncia posso contatar com a instituição responsável pelo estudo – Universidade Regional no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, no endereço: rua do Comércio, 3000. Ijuí (RS). Fone: (55) 3332 0200. Como orientadores da pesquisa e referência para qualquer eventualidade que possa vir a ocorrer, seus orientadores professores doutores Walter Frantz e Antonio Andrioli, nos respectivos endereços: rua São Francisco, 501 bairro São Geraldo CEP:98700-000 CP: 560 fone (55) 3332 0459 e rua do Comércio, 3000 bairro Universitário, CEP: 98700-000 CP: 560 fone (55) 3332 0417 ou 3332 9100. Ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa, no endereço: rua José Hickembich, 66, Ijuí (RS), fone: (55) 3332 0334.

Muito obrigada.

Ajuricaba (RS), ____ / ____ / 2008.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura dos Professores Orientadores

ANEXOS



UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
 Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 497 de 28/06/85 - D.O.U 01/07/85, Regionalizada pelas Portarias
 Ministeriais nº 1626 de 10/11/93 - D.O.U 11/11/93 e nº 818 de 27/05/94 - D.O.U 30/05/94

VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIJUÍ

PARECER CONSUBSTANCIADO n. 036/2008

Protocolo de Pesquisa n. 123/2007 de 18/12/2007.

Projeto: “Questionando a educação para profissionais da área da saúde no campo da gerontogeriatrics.”

Trabalho de Dissertação do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação nas Ciências – Nível Mestrado

Pesquisadora Responsável : Marinez Koller Pettenon

Professores Orientadores: Prof.Dr. Walter Frantz e Prof. Dr. Antonio Andriolli

Instituição Responsável: UNIJUÍ

Área do Conhecimento: Enfermagem

Avaliação do Protocolo de Pesquisa, segundo orientações da Resolução CNS nº. 196/1996

Os pesquisadores apresentaram ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ, em 31 de março de 2008, o projeto de pesquisa reformulado que havia sido solicitado no Parecer CEP nº. 012/2008.

A nova versão do projeto de pesquisa atendeu todas as recomendações.

PARECER DO COMITÊ

O parecer final deste Comitê é de **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV. 1. f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV. 2. d).

Os pesquisadores devem desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP (Res. CNS Item III. 3. z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador, assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido e enviar notificação ao CEP junto com seu posicionamento.

O Relatório final deve ser apresentado ao CEP, ao término do estudo.

Ijuí, 23 de abril de 2008.

Doglas Cesar Lucas
Coordenador do CEP/UNIJUÍ