



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS-UFAM  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS- ICHL  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e  
Sustentabilidade na Amazônia-PPGSS

O COTIDIANO DAS PESSOAS IDOSAS COM  
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC),  
PARTICIPANTES DO PROGRAMA SOS VIDA, E  
ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DE  
MANAUS.

Marlene de Deus Lima

MANAUS, Am - Agosto 2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS-UFAM  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS- ICHL  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e  
Sustentabilidade na Amazônia-PPGSS

O COTIDIANO DAS PESSOAS IDOSAS COM  
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC),  
PARTICIPANTES DO PROGRAMA SOS VIDA, E  
ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DE  
MANAUS.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, linha de pesquisa Questão Social, Políticas Públicas, Trabalho e Direitos Sociais, como requisito para a obtenção do título de mestre sob a orientação da Professora Dra. Yoshiko Sasaki.

MANAUS, AM  
2015

Lima, Marlene de Deus.

O Cotidiano das pessoas idosas com insuficiência renal crônica (IRC), participantes do programa SOS VIDA e atendidas nas unidades de saúde de Manaus [dissertação]: / Marlene de Deus Lima; orientação de Yoshiko Sasaki. Manaus: Universidade Federal do Amazonas - 2015.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Amazonas, Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, ministrado pela Universidade Federal do Amazonas.

1. Velhice. 2. Cuidado em Saúde. 3. Insuficiência Renal Crônica. 4. Cotidiano.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS-UFAM  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS- ICHL  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade  
na Amazônia - PGSS

MARLENE DE DEUS LIMA

O COTIDIANO DAS PESSOAS IDOSAS COM  
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC),  
PARTICIPANTES DO PROGRAMA SOS VIDA, E  
ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DE  
MANAUS.

Defesa em: 20/08/2015

BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Yoshiko Sasaki, presidente  
Universidade Federal do Amazonas  
PPGSS

---

Profa. Dra. Rosa Ester Rossini, membro  
Universidade de São Paulo  
PPGG

---

Profa. Dra. Rita Maria dos Santos Puga Barbosa, membro  
Universidade Federal do Amazonas  
PPGFEF

## DEDICATÓRIA

*Em primeiro lugar, a Deus que me deu saúde, força e sabedoria para superar todas as dificuldades vivenciadas ao longo desses mais de dois anos de estudo, dificuldades estas que mais contribuíram para que eu crescesse enquanto ser humano, mãe e profissional.*

*Ao meu esposo, filhos e neto, ao meu genro e à minha nora: Edson, Daniela, Edson Jr., Thais, meu príncipe, Heitor, e minha querida nora e genro, Graciane e William, pelo apoio e compreensão nos muitos momentos em que não pude me dedicar a vocês, como vocês mereciam.*

*À minha linda e maravilhosa mãe, Francisca, meus irmãos Marcio, Marlúcia e Rosemary, meus eternos companheiros, defensores e apoiadores, e sempre muito presentes em todos os meus momentos, sejam eles quais forem; ao Ulisses e Gilberto, que também amo muito e sei que sempre acreditaram em meu potencial.*

*Ao meu cunhado, Milton, minhas lindas sobrinhas e sobrinho, Michele, Idri, Paula, Maika e Álvaro; ao meu lindo e esquentado primo, Edilson, com sua linda família, Rita, Chaline e Derick, que sempre torceram por mim, ajudando-me e compreendendo meus momentos de ausência na família.*

*À minha eterna amiga e chefe Ana Cristina, que foi minha principal incentivadora durante toda minha trajetória nesses dois anos de estudo, agradeço seu carinho, paciência e manto protetor que acabou por me*

*blindar contra o cansaço, o desânimo, e até nos constantes momentos de ansiedade.*

*A todas minhas amigas de trabalho, que souberam ser sábias em meus momentos de angústia, tomando a frente em inúmeras atividades, de forma que eu conseguisse concentrar-me.*

*E a todos os idosos com Insuficiência Renal Crônica que acreditaram na importância deste estudo para este segmento de idosos no cuidado e tratamento deste agravo de saúde, principalmente, aqueles idosos que foram entrevistados, mas que hoje já não estão conosco nesta vida. Vocês são exemplos na perseverança e na vontade de viver.*

*Obrigada de coração, e amo muito todos vocês.*

## AGRADECIMENTOS

*Esta dissertação é expressão de estudos, encontros e diálogos realizados com diversas pessoas que estiveram no meu caminho nesse período e que contribuíram de diferentes formas para a viabilização deste trabalho.*

*A Deus e à Virgem Maria, meus eternos anjos da guarda, que sempre estiveram ao meu lado, principalmente nos momentos mais difíceis de minha vida, guardando-me de todos os males, das forças malignas e dos perigos que me rodeavam.*

*À minha linda família, pelo carinho, compreensão, proteção e incentivo que foram fundamentais para que eu pudesse me concentrar em meus estudos e construir este trabalho. Deus os abençoe e os conserve sempre bem perto de mim.*

*À minha linda e super mestre e orientadora Profa. Dra. Yoshiko Sasaki pelo incentivo, preocupação, carinho, compreensão e paciência, e até mesmo pelos “puxões de orelha”, quando necessitei, considerados de extrema relevância para que eu voltasse ao foco, aos meus objetivos, e que eu, curiosamente, conseguia produzir com muito mais qualidade, superando momentos de desânimo, indecisões e ansiedades.*

*Às colegas Lilian, Alcione e Keithiane (minhas colegas de mestrado), Itaciara, Luciana e Renata (IFAM), além de todas as colegas de trabalho do Programa S.O.S Vida (Aline, Márcia, Helena, Olinda, Rosalva, Claudia, Rita, Joseleida, Raine, e Ketlhen), pela compreensão e muitos*

*momentos em que tiveram que concentrar as atividades em função de minha ausência.*

*Às professoras convidadas e que se dispuseram a participar da minha banca de Qualificação: Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira e Profa. Dra. Rita Maria dos Santos Puga Barbosa. Agradeço pelas muitas contribuições no momento de minha qualificação e agora, na minha defesa da dissertação, contribuições estas que foram decisivas no reordenamento e delimitação deste estudo. Meu sincero reconhecimento e agradecimento.*

*Às professoras convidadas e que se dispuseram a participar da minha banca de defesa: Profa. Dra. Rosa Ester Rossini e Profa. Dra. Rita Maria dos Santos Puga Barbosa, meus eternos agradecimentos por sua colaboração na minha formação.*

*À Universidade Federal do Amazonas, e em especial ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, por ter acreditado em minha decisão, competência e compromisso para com o curso, assim como pela oportunidade que me proporcionaram em concluir o mestrado.*

*A todo corpo docente do PPGSS-UFAM que muito contribuíram em minha formação durante o curso de mestrado, principalmente, a Profa. Dra. Iraildes Caldas Torres, que, num momento muito difícil de minha vida, soube me avaliar por minhas produções e esforço durante o desenvolvimento de sua disciplina, mostrando-me que, mesmo tendo perdido a visão direita, eu continuava a ser competente e, portanto, me ajudou a continuar acreditando em mim mesma. Meu muito obrigada.*



*Aos idosos e seus familiares que foram os protagonistas deste estudo, que, mesmo em seus momentos de muita dor e sofrimento foram sensíveis, entendendo a importância do estudo, dando informações e contribuições que muito enriqueceram este trabalho. Meu muito obrigada!*

## RESUMO

Como na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o envelhecimento da população brasileira tem sido acompanhado pelo tempo da velhice vivenciada por esse segmento e, por transformações societárias e nos arranjos familiares. A construção social do envelhecimento tem maior visibilidade nas últimas décadas do século XX, costuma ser associada aos processos de transição demográfica e epidemiológica. O alastramento da Insuficiência Renal Crônica junto às pessoas idosas e seu elevado risco são reconhecidos como “problema de saúde pública”, cuja única estratégia de cuidado diante da doença é a necessidade constante de dialisar. Neste contexto, estes sofrem duplamente: com o próprio processo de perda das capacidades físicas e psíquicas e pelos condicionantes e limitações que a doença crônica impõe no cotidiano dos mesmos, alterando não só seu estado geral de saúde, mas também a relação com a família. É objetivo deste estudo, analisar o cotidiano das pessoas idosas com IRC, usuárias do programa SOS VIDA e atendidas nas unidades de saúde em Manaus, Estado do Amazonas, caracterizando-os quanto à situação socioeconômica, familiar e histórico do agravo da doença, detectando os serviços de saúde demandadas pelas mesmas, descrevendo seu cotidiano entre o viver, cuidar e tratar a doença, e sua reação diante da morte de seus amigos de tratamento. A metodologia centrou-se na abordagem crítica, de natureza qualitativa/quantitativa a partir da aplicação de formulários e entrevistas junto a 24 de um total de 117 pessoas idosas com IRC atendidas pelo Programa SOS VIDA. O estudo apontou que a maioria delas é de baixa renda, vive em situação de vulnerabilidade social e é originária de outros municípios do Amazonas, desconhecem os fatores que as levaram à situação terminal da doença e suas conseqüentes necessidades de dialisar cotidianamente. Servem-se dos Prontos Socorros 28 de Agosto e João Lúcio como porta de entrada ao sistema de saúde do município, realizando seus procedimentos em clínicas privadas, porém, conveniada com o SUS. O cotidiano das pessoas idosas com insuficiência renal crônica é sofrido, triste, doloroso e está limitado ao processo de tratamento por meio da hemodiálise, onde são obrigados a realizar, no mínimo, três vezes por semana, num processo que ocupa o paciente por até doze horas entre viagem até a clínica, triagem e procedimento, os demais dias da semana são destinados à sua recuperação para a próxima sessão de hemodiálise, sendo permanente e naturalizada a situação de precarização socioeconômica dessas pessoas e família nuclear.

Palavras-chave: Velhice, cuidado em saúde, Insuficiência Renal Crônica, Cotidiano.

## ABSTRACT

As in most developed and developing countries, the aging of Brazilian population has been accompanied by the oldness of the time experienced by this segment, and corporate transformations and family arrangements. The aging of the social construction has greater visibility in the last decades of the twentieth century, often associated with demographic and epidemiological transitions. The spread of Chronic Renal Failure with the elderly people and their high risk are recognized as "public health problem", whose only care strategy in the face of disease is the constant need to dialyze. In this context, they suffer doubly: with their own process of loss of mental and physical capabilities and the constraints and limitations, that chronic disease imposes on the daily life of them, changing not only their general health, but also the relationship with the family. The aim of this study is to analyze the daily lives of elderly with IRC, users of SOS LIFE program and attended in the health units of Manaus, Amazonas State, characterizing them as socioeconomic and familiar situation, history of the disorder of the disease by detecting health services demanded by them, describing their daily lives among the living, care for and treat the disease, and their reaction to the death of their friends treatment. The methodology focused on the critical approach, qualitative / quantitative from the application forms and interviews with 24 of a total of 117 elderly people with IRC assisted by SOS LIFE program. The study found that most of them are low income, living in situation of social vulnerability and is from other cities of Amazonas, are unaware of the factors that led to the end of the disease and its attendant needs to dialyze every day. They use 28 de Agosto and João Lúcio hospitals as the gateway to the city's health system, making their procedures in private clinics, however, contracted by the SUS. The daily life of older people with chronic renal failure is suffered, sad, painful and is limited to the treatment process by hemodialysis, where they are required to hold at least three times a week, a process that takes the patient for up to twelve hours of travel to the clinic, screening and procedure, the other days of the week are aimed at their recovery to the next hemodialysis session, being permanent and naturalized the precarious socioeconomic situation of these people and the nuclear family.

Keywords: Old age, health care, Chronic Renal Failure, Daily Life.

## LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
PACAC	Procedimento de alto custo em alta complexidade
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BPC	Benefício de Prestação Continuada
DPAC	Diálise Peritoneal Ambulatorial Continua
CADUNICO	Cadastro Único
CDR	Centro de Doenças Renais
CE A	Constituição do Estado do Amazonas
CF	Constituição Federal
CR	Clínica Renal
DATASUS	Departamento de informática do SUS
DM	Diabetes Mellitus
DPI	Diálise peritoneal intermitente
DRC	Doença renal crônica
EI	Estatuto do Idoso
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HD	Hemodiálise
HSJ	Hospital Santa Júlia
HUGU	Hospital Universitário Getúlio Vargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social

IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
IRC	Insuficiência Renal Crônica
IRCT	Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT)
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MAUTH	Manual para abordagem de usuários em tratamento hemodialítico
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PMM	Prefeitura Municipal de Manaus
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNAPDRC	Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
PNRH	Política Nacional de Recursos Humanos
PRONEFRO	Serviço Especializado em Medicina Interna e Nefrologia
PSHJL	Pronto Socorro e Hospital João Lúcio
PSF	Programa de Saúde da Família
SB	Sala Branca
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Terapia renal substitutiva

TSV	Troca de Sonda Vesical
TX	Transplante

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 01:</b> Estatística das Demandas Atendidas pelo Programa SOS VIDA em Dezembro 2009.....	153
<b>QUADRO 02:</b> Estatística das Demandas Atendidas Pelo Programa SOS VIDA em Dezembro/2014.....	154
<b>QUADRO03:</b> Estatística das Demandas Atendidas pelo Programa SOS VIDA no Período de 2009 A 2014.....	156
<b>QUADRO 04:</b> Perfil das Pessoas Idosas com IRC quanto a Idade, Zona de Origem e Profissão.....	162
<b>QUADRO 05:</b> Perfil das Pessoas Idosas com IRC Quanto a Renda, e com Quem Vivem.....	163
<b>QUADRO 06:</b> Fatores Que Comprometem A Renda Das Pessoas Idosas com IRC.....	164
<b>QUADRO 07:</b> Rede De Saúde a qual as Pessoas Idosas com IRC Recorrem.....	164

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo I</b>	
<b>A QUESTÃO DA VELHICE NA SOCIEDADE CAPITALISTA.....</b>	<b>32</b>
1.1. O Idoso na Sociedade Contemporânea brasileira.....	34
1.1.1.Aspectos Demográficos, Sociais e de Saúde.....	55
1.2. Principais Agravos que Acometem os Idosos.....	77
<b>Capítulo II</b>	
<b>PROTEÇÃO SOCIAL À CIDADANIA DO IDOSO NO BRASIL.....</b>	<b>88</b>
2.1. A Carta Magna e o direito aos Idosos.....	89
2.2. Política de Saúde Voltada aos Idosos.....	99
2.2.1. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa .....	107
2.2.2. A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal.....	123
2.2.3. Serviços e atenção aos IRC em Manaus, Amazonas.....	137
2.3. Lócus da Pesquisa: Manaus, Amazonas.....	150
2.3.1. Perfil dos Idosos com IRC de Manaus.....	157
<b>Capítulo III.</b>	
<b>O COTIDIANO DE IDOSOS COM IRC EM MANAUS .....</b>	<b>165</b>
3.1- Entendendo um pouco sobre cotidiano e IRC.....	166
3.2- Cotidiano dos idosos com IRC atendidos no Programa SOS VIDA e nas unidades de saúde.....	194
3.3- Reflexão sobre o seu agravo, tratamento e cuidados cotidianos.....	224
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>247</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>261</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>279</b>



## INTRODUÇÃO

Entendemos o envelhecimento como fenômeno natural e processual, que vai do útero ao túmulo. Para nós, o processo de envelhecimento é compreendido como processo de vida, ou seja, envelhecemos porque vivemos e muitas vezes sem nos darmos conta disso; comporta a fase da velhice, mas não se esgota nela, mas a qualidade de vida e, conseqüentemente, a qualidade do envelhecimento se relacionam com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido, assim como com o “estilo de vida” conferido a cada ser.

O aumento considerável da população acima de 60 anos de idade vem sendo objeto de observação em todo mundo, inclusive no Brasil. Esse envelhecimento populacional se deve, entre vários fatores, ao desenvolvimento tecnológico, principalmente na medicina e na melhoria da infraestrutura sanitária, que acaba por auxiliar na redução da mortalidade e, conseqüentemente, proporciona melhor qualidade de vida.

Numa dimensão histórica e social da velhice, Silva (2003) infere que quando as sociedades começaram a se organizar a concepção e o papel dos idosos era determinado por usos e costumes, encontrados em cada cultura, em referência a uma dada conjuntura histórica. Para umas comunidades antigas, os idosos tinham o papel de transmitir a cultura, os valores religiosos, de “genuínos guardiões do saber,

responsáveis em instruir os mais jovens, ocupando lugar de destaque e respeito, gozando de certos privilégios”. (p.96)

Em outras, as pessoas conseguiam vencer os desafios da debilitação progressiva das funções intelectuais, isto é, de se manterem lúcidas e com capacidade física para trabalhar e participar de outras atividades na comunidade.

Desta forma, em cada sociedade os idosos têm sua função social, o qual Magalhães (1987) denomina de “função social da velhice”, cujas características intrínsecas dinamizam-se historicamente segundo as relações de forças, as culturas, e demais fatores que podem intervir direta ou indiretamente nesta construção.

Se nas sociedades antigas os idosos tinham uma função social de curandeiros, conselheiros, sábios ou feiticeiros, titulação adquirida a partir do critério experiência de vida acumulada, ou seja, uma atividade de cunho individual, a partir das revoluções comercial, industrial e econômica e suas profundas modificações na estrutura social. O conceito de “velhice” foi modificando-se ao longo deste processo histórico, em consequência, “[...] o conceito de velhice difere em cada sociedade, a partir da significação que o envelhecimento tem o que acarreta uma pluralidade de conceituações [...]”. (ALCÂNTARA, 2010, p.336).

Na sociedade capitalista, Beauvoir (1990) classificou a velhice como um fenômeno biológico que acarreta consequências psicológicas, tem dimensão existencial, não é um fenômeno estático e sim o resultado e prolongamento de um processo.

Outros teóricos chamam atenção para o fato de que o termo velho também é fortemente associado à doença, a morte, decadência, a incapacidade para o trabalho. (PEIXOTO, 2000; BARROS, 2004)

Neste estudo, os termos “velho e idoso” passam a ser entendidos enquanto fenômeno natural, iniciando no período da fecundação e tendo seu momento final com a chegada da morte. É um processo de vida, onde, envelhecemos a cada dia e momento, porém, na maioria das vezes, não nos damos conta de tal fato, a não ser quando começamos a ser “dispensados”, no mercado de trabalho, no qual, predomina o entendimento de que este papel cabe somente aos jovens.

Assim, PEIXOTO (2000. p.25) aponta a velhice em termos de “complexidade fisiológica, psicológica e social”. Essa dinâmica leva ao entendimento de que uma pessoa pode estar velha ou envelhecida quando acredita que já está gasta, obsoleta ou antiga; mas que paradoxalmente, poderá encontrar-se também envelhecida, apesar da pouca idade, em função de sua extrema situação de vulnerabilidade social, de sua expropriação pelo mercado de trabalho, pelos inúmeros problemas de ordem econômica e social (pobreza, alimentação, violência, moradia, desemprego, saúde, entre outros).

Ressaltamos que alguns autores substituem a palavra velho, pela palavra idoso, em função do termo velho possuir uma conotação pejorativa, indo além da descrição nos dicionários. Conforme Barros (2004, p.58) o termo “velho” leva a noção de alguma coisa que pertence ao passado, que fica esquecido e representa imagem negativa de perda, seja da saúde, do vigor físico, da lucidez mental, da força ou da

capacidade laboral de produzir, observando-se assim, um preconceito cultural em relação ao citado termo.

Já o termo idoso, segundo Peixoto (2000), serve para caracterizar a população envelhecida em geral, independentemente de classe social. Representa o indivíduo enquanto cidadão, com direitos e deveres legalmente instituídos na sociedade a qual está inserido.

Na contramão deste processo, do idoso enquanto sujeito de direito, o capital impõe a ideologia da “Terceira Idade”, que passou a ser fundamentalmente empregado, segundo Barros (2004, p.58) nas proposições relativas à criação de atividades sociais, culturais e esportivas, especificamente voltadas para a categoria dos jovens velhos, representada pela classe dos jovens velhos profissionais liberais, autônomos, empresários e aos aposentados dinâmicos.

A concepção ideológica que envolve o termo Terceira Idade procura passar a ideia de que para viver bem o último período da vida, bastaria nos engajarmos nestas atividades, onde cada pessoa que não conseguisse engajar-se nelas, passa a ser vista enquanto problema pessoal, independente das reais condições sociais e culturais as quais cada um destes idosos estão inseridos (BARROS, 2004; DEBERT, 1999).

Neste estudo, entendemos que as pessoas idosas são aquelas que já passaram por todas as fases da vida anterior à velhice, vivendo cada uma delas de forma única, e condicionadas aos fatores sociais, históricos, econômicos e culturais vivenciados pelo mesmo. Portanto, as pessoas idosas são sujeitos históricos e sociais, cidadãos dignos

de respeito, reconhecimento e com direitos assegurados pelo ordenamento jurídico pátrio, e imprescindível à continuidade existencial de nossa sociedade.

Nas últimas décadas o mundo tem presenciado o crescimento acentuado do número de idosos, alterando a estrutura etária e levando ao envelhecimento populacional do país, e que no entendimento de Camarano (2007), esse crescimento está intimamente ligado a dois processos: a alta fecundidade no passado, principalmente ocorrida nos anos de 1950 e 1960 se comparada à baixa taxa de fecundidade nos dias de hoje, e a redução da mortalidade. Esses dois processos interligados, fecundidade e mortalidade, têm como consequência o aumento da expectativa de vida, fenômeno exponencial em muitos países ao redor do globo terrestre.

De acordo com o IBGE (2010) em 1900 o brasileiro, ao nascer, tinha uma expectativa de vida de 33,7 anos. Em 1950 subiu para 43,2 anos, passando para 55,9 em 1960. Nas décadas seguintes, o aumento da expectativa de vida vem se apresentando de forma modesta, mas contínua. Assim, em 1980 a expectativa de vida ao nascer era de 65,6 anos; em 1991 subiu para 67,0, passando para 70,4 no ano 2000 e 71 anos em 2002. Registre-se ainda que em 2004 a expectativa fosse de 71,7 anos, avançando para o patamar de 71,9 anos em 2005.

Assim, aqueles sujeitos que eram considerados pessoas idosas no início do século XX estando no topo da pirâmide etária, no início do século XXI se encontra inserido na metade da pirâmide. Sendo que, de acordo com os dados do IBGE, as mulheres estão vivendo em média sete anos a mais que os homens, ou seja, se em 2004

a expectativa de vida do homem era 67,9 anos para as para as mulheres era de 75,5 anos.

O Brasil, apesar do aumento constante da longevidade de sua população, se encontra no 80º lugar no ranking mundial, atrás dos países desenvolvidos e de outros em vias de desenvolvimento, como a Costa Rica (78,1 anos) e Colômbia (72,2 anos) (CAMARANO, 2007), levando-nos ao entendimento de que o envelhecimento populacional se dê de forma diferenciada nos diferentes países, assim como também dentro do nosso, no caso, o Brasil.

À exemplo do que os dados do IBGE têm evidenciados, ou seja, as pessoas idosas residentes na região sul vivem mais do que os que estão no nordeste brasileiro. Enquanto a média etária em Santa Catarina é de 74,8 anos, no Maranhão é de 66,8 anos. Essas diferenças são fruto do padrão de vida diversificado da região sul, muito similar aos de certos países do primeiro mundo, cujo resultado é uma velhice com mais qualidade de vida. Paradoxalmente, na região nordeste, desprestigiada social e economicamente, assolada cotidianamente pelas secas, pelo analfabetismo e pelas doenças endêmicas, conduz ao envelhecimento da população precocemente e a uma velhice mal produzida (IBGE, 2007; BARROSO, 2009; VERAS & CAMARGO, 1995)

No Brasil, contrariamente aos países desenvolvidos, onde o aumento da expectativa de vida resultou de melhoria considerável das condições de vida das populações, o que se assiste é a presença de muitos indivíduos vivendo por mais tempo sem, necessariamente, dispor de melhores condições socioeconômicas ou sanitárias. (BERQUÓ, 1996; KALACHE, 1987, 1998; UCHÔA et al, 2002).

De acordo com esses autores, em um país tão marcado por desigualdades, como o caso do nosso país, o processo do envelhecimento pode reforçar desigualdades em termos da qualidade de vida e do bem-estar entre diferentes estratos da população, contribuindo para aumentar a chance de exclusão dos idosos.

Ainda de acordo com os autores acima, no Brasil há um equívoco com relação ao censo demográfico de envelhecimento de sua população. O avanço tecnológico possibilitou o “envelhecimento artificial da população, produzido por técnicas médicas e não pelo investimento de Políticas Públicas”.

Sendo assim, a população brasileira não envelheceu, e não está envelhecendo com qualidade e apoio de políticas públicas e o idoso brasileiro de hoje, atinge a média de faixa etária de vida de 80 anos devido à queda de doenças infectocontagiosas (MARTINS et al., 2005).

Envelhecer pode ser definido como um processo consequente de alterações no organismo, manifestado de forma variável e individual. Pode se referir a um fenômeno fisiológico, de comportamento social, ou ainda cronológico. Essas alterações fisiológicas no organismo do idoso acabam por fragilizá-lo e facilitando a instalação de afecções. Tais mudanças são normais do organismo do idoso que causam o aumento da vulnerabilidade às doenças e grande dificuldade no restabelecimento da saúde (KAWASAKI; DIOGO, 2001).

Segundo Moreira e Caldas (2007, p. 20) "à medida que a expectativa de vida aumenta, haverá um aumento drástico e catastrófico na prevalência de distúrbios

mentais e doenças crônicas em idosos." Onde, muitas das doenças que seria de fácil recuperação para um jovem ou adulto, tornam-se crônicas e até fatais ao idoso. Tudo isso, porque nesta fase da vida, os sintomas são agravados devido a própria fragilidade do organismo e da falha do sistema imunológico, que acaba por piorar o quadro patológico, interferindo diretamente na sua qualidade de vida.

De acordo com Montezuma et al. (2008), as pessoas, ao chegarem na fase da velhice, experimentam de uma ou mais doenças crônicas que requerem assistência intensiva por trazer consigo um fator emocional de regressão, dependência e insegurança.

Moreira & Caldas (2007) infere que foi observado nas pessoas com mais de 85 anos ou, ainda, mais jovens, que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzam sua capacidade, uma grande dificuldade para adaptar-se ao estresse causado por essas doenças agudas, pela hospitalização ou outras situações de risco.

Na mesma linha de entendimento, Moreira & Caldas (2007), afirmam que aproximadamente 40% dos idosos que apresentam idade entre 75 e 84 anos e mais da metade da população acima dos 85 anos de idade apresentam alguma incapacidade. Passando esses idosos a serem considerados, em muitas famílias, como um peso a ser carregado e que não tem mais utilidade, sendo tratados como um empecilho que atrapalha o desenvolver normal das atividades diárias de uma família, como passeios, programas de finais de semana, etc.



Esses processos, decorrentes de múltiplos e vulneráveis fatores, levam o idoso a apresentar doenças, como as cardiovasculares, respiratórias, neoplásicas, cerebrovasculares, osteoarticulares e endócrinas, que podem ou não estar associadas, caracterizando as comorbidades. (KUSUMOTA et al., 2004).

Algumas destas doenças, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e insuficiência cardíaca, predispõem à doença renal nas pessoas idosas. E as alterações anatômicas e fisiológicas nos rins, decorrentes do processo de envelhecimento renal, constituem um agravante para a patologia renal no idoso, aumentando a suscetibilidade da disfunção renal com o passar dos anos. (IDEM)

Os autores explicam que os diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes mellitus são determinantes na insuficiência renal e, ressaltam que da totalidade das pessoas submetidas à diálise em 1991, 30% eram idosos, onde já houve falência da função renal.

Inferem que uma pessoa com idade média de 80 anos já tem sua função renal reduzida pela metade e, quando acometida por uma patologia crônica não transmissível, possui grandes possibilidades de prejudicar ainda mais a função renal, que o levará a evoluir, provavelmente, para a Insuficiência Renal Crônica (IRC).

Assim, de acordo com Kusumota et al. (2004) a insuficiência renal crônica (IRC) passa a ser resultado dos múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal de manter a homeostasia interna do organismo, e, uma vez instalada, é necessário um tratamento contínuo para substituir a função renal, aparecendo como

sendo os únicos tratamentos disponíveis: a diálise peritoneal, a hemodiálise, e em pacientes bem definidos epidemiologicamente, o transplante renal.

Os autores observam que, durante sua prática profissional desenvolvida junto a uma Unidade de Diálise e Transplante Renal, que são muitos os idosos com este agravo internados, por alguma complicação e, que, comumente apresentam angústias e inseguranças, causadas pela limitação da própria doença, como também a presença de outros componentes de ordem emocional e física.

No Amazonas, a cidade de Manaus, acreditamos que a problemática não foge ao quadro acima apresentado. E que, infelizmente, devido à ausência de estudos publicados envolvendo a temática em nosso Estado, desconhecemos os números totais de pessoas com IRC. Nossas referências numéricas estão restritas as nossas observações enquanto assistentes sociais lotadas pela SEMSA junto ao Programa SOS Vida durante nossos atendimentos aos diferentes usuários, dos quais a maioria absoluta é formada por demandas encaminhadas por pessoas com IRC.

De acordo com nossas observações iniciadas, ainda, no ano de 2005, o número de pacientes IRC atendidos pelo citado programa em nenhum momento representa a totalidade de pessoas com IRC em Manaus e em tratamento de diálise, mas nem por isso, devem ser desconsiderados, tendo em vista o crescente número de pessoas, principalmente, o seguimento idoso, acometidos por este agravo, e sua dimensão enquanto “problema de saúde”, fatores estes que muito vem nos preocupando e principal motivador deste trabalho, enquanto ponto de partida para refletirmos a forma como cotidianamente desenvolvemos nossa prática frente a estes usuários,

tomando por base seu modo de viver e conviver cotidianamente com este agravo, enfrentando um sofrido e doloroso processo de tratamento por meio da hemodiálise.

Defendemos que o próprio processo de enfrentamento e tratamento da doença exige que esses usuários identifiquem e compreendam as alterações fisiológicas, psicológicas e sociais decorrentes da doença, a maneira pela qual esse agravo muda a sua cotidianidade, assim como a alternativa de convívio com a doença e qualidade de vida.

É importante para nós, assistentes sociais, conhecermos a imagem que os idosos fazem de si, de sua doença, de seu processo de tratamento, de sua vida sóciofamiliar, assim como as formas com que este agravo interfere em sua cotidianidade, de forma que esse conhecimento possa qualitativamente em nossas intervenções, enquanto profissional, junto aos mesmos.

Ao convivermos diariamente com os usuários IRC, passamos a refletir sobre o crescente número de mortes junto a este seguimento de usuários, assim como a forma com que estas mortes são naturalizadas, desconsiderando o pensar do outro, no caso, o doente. Percebe-se que para alguns de nossos profissionais, cada óbito é só mais um óbito, situação esta que passou a nos inquietarmos, levando-nos a questionarmos, se para nós, essa situação é naturalizada, mas para os doentes, o que isso representa? Como se sentem diante deste momento? Diante de tal problemática, é importante que este estudo possa dar a visibilidade que a questão merece, principalmente nesse momento de muita dor e finitude.

A relevância de trabalharmos neste estudo o cotidiano dos idosos com IRC está na oportunidade de analisá-los em seu constituinte natural e em seu dia a dia, a partir dos condicionantes e determinantes de sua real situação diante de seu acometimento da doença.

Assim, a presente dissertação que tem como título – “O Cotidiano das Pessoas Idosas com Insuficiência Renal Crônica Atendidas pelo Programa SOS Vida e nas Unidades de Saúde de Manaus”, faz parte da minha inserção no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS- UFAM.

Nosso objetivo foi de analisar o cotidiano das pessoas idosas com IRC, usuárias do programa SOS VIDA e atendidas nas unidades de saúde de Manaus; caracterizando-os quanto a sua situação socioeconômica, familiar e histórico do agravo da doença; detectando os serviços de saúde demandados por estes idosos; apontando como é o seu cotidiano entre o viver, cuidar e tratar a doença e sua reação diante da morte de seus amigos de tratamento.

A metodologia por nós utilizada neste estudo teve como objetivo a construção de um saber científico com foco no cotidiano das pessoas idosas com IRC e atendidas pelo programa SOS VIDA, na cidade de Manaus. O estudo realizado foi de natureza quantiqualitativa e crítica, que possibilitou a coleta de dados e informações não só dos aspectos quantitativos, mas também qualitativos dessas pessoas idosas em suas múltiplas manifestações a partir do processo saúde-doença.

Optamos trabalhar com este seguimento de pessoas por entendermos que a quantidade de pacientes atendidos pelo Programa é bastante significativa se pensarmos na totalidade de pacientes existentes na cidade de Manaus, pois aplicamos os formulários e entrevistas em 24 dos 117 idosos (as), ou seja, mais de 20% em relação à totalidade existente, o que referencia o estudo aqui apresentado. É relevante dizer que entre os pacientes selecionados constou amostra de pacientes atendidos em cinco, das oito Unidades de tratamento especializado na doença em nossa cidade, denominadas no meio clínico como “Clínicas Renais”.

O estudo foi realizado a partir de quatro momentos inter-relacionado entre se, que além de constituírem-se em ação metodológica em constante movimento de construção e desconstrução da temática, foram imprescindíveis à construção de um resultado teórico-prático afirmando os objetivos propostos por esse estudo científico.

No primeiro momento realizamos levantamento bibliográfico a cerca da temática em revistas, jornais e informativos, dando suporte à construção do referencial teórico. No segundo momento realizamos coleta de dados documentados institucionalmente sobre o objeto estudado; observação simples ou espontânea do objeto estudado; analisamos documentos estatísticos das demandas postas ao Programa SOS VIDA no período de 2009 a 2014; construimos, validamos e aplicamos os formulários, com perguntas abertas e fechadas, junto aos pacientes, convidados a participarem voluntariamente da pesquisa através do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido. No terceiro momento realizamos as análises dos dados coletados, e apresentamos às conclusões finais do trabalho. Como os momentos estão interligados,

o processo de escrita do estudo foi realizado concomitantemente a realização de cada atividade acima descrita.

A amostra significativa e não probabilística das pessoas idosas com 60 ou mais idade foram selecionadas tomando por base atingir pelo menos dez por cento dos 117 usuários IRC atendidos pelo citado Programa, seguindo o critério de tempo com a doença e sexo, assim delineado: oito (quatro mulheres e quatro homens) com até três anos com a doença, oito (quatro mulheres e quatro homens), com mais de três anos a dez anos e oito (quatro mulheres e quatro homens) com mais de dez anos, envolvendo cinco unidades de tratamento especializado, as quais também fazem parte de nosso objeto de estudo.

O Critério de inclusão utilizado foi o de que as pessoas selecionadas teriam que possuir 60 anos ou mais de idade, ter diagnóstico de IRC; serem usuários (as) do Programa SOS VIDA e aceitarem participar da pesquisa, sendo livres para sair da pesquisa, quando buscaremos outro para substituí-lo. Critérios de exclusão: Pessoas com menos de 60 anos de idade, acometidos ou não por outros agravos, não serem usuários do programa SOS VIDA; realizarem atendimentos de saúde em unidades de saúde não denominadas de clínicas renais.

Este estudo, para uma melhor organização, foi dividindo-o em três capítulos.

No primeiro, contextualizamos a questão da velhice na sociedade capitalista, analisando a problemática a partir da relação capital-trabalho, seus determinantes e condicionantes enquanto manifestação da questão social e gestada nas próprias contradições desse sistema; apresentamos dados demográficos, sociais e de saúde do

idoso, estudos anteriores sobre a população idosa com agravos na área da saúde, a proteção social à cidadania do idoso no Brasil.

No segundo, refletimos sobre a Constituição Federal do Brasil de 1988 e o que a mesma prevê enquanto direito para a categoria de idosos, e mais especificamente, em relação a sua saúde. Aprofundamos as análises no âmbito das Políticas de Saúde voltada aos idosos e as idosas renais crônicas, assim como sobre os serviços e atenção aos mesmos no Amazonas. Realizamos a caracterização do *lócus* onde desenvolvemos este estudo, refletindo sobre as demandas da população manauara postas ao Programa SOS Vida e, o perfil das pessoas com IRC em Manaus, capital do Estado do Amazonas e usuárias do citado Programa.

No terceiro, inicialmente, fizemos uma breve discussão envolvendo a categoria cotidiano e Insuficiência Renal Crônica (IRC), apresentando e refletindo sobre o Cotidiano dos idosos com IRC atendidos no junto ao referido programa, seu modo de viver e conviver com a doença, a percepção destes usuários frente a morte de outros colegas de tratamento, assim como sua luta diária para suportar o sofrido, doloroso e intenso tratamento e seus efeitos sobre a família.

Por último, apresentamos nossas considerações finais sobre o estudo e a pesquisa empírica realizada, tomando por base os objetivos propostos, assim como, possíveis encaminhamentos para uma intervenção profissional mais fundamentada e voltada para a qualidade de vida das pessoas Idosas com IRC, com destaque para a questão da velhice na sociedade capitalista a partir da relação capital –trabalho; as políticas sociais as quais as pessoas idosas têm acesso a partir da aquisição da IRC, a

situação de abandono desses usuários diante da insuficiência de unidade de saúde que disponibiliza o procedimento de hemodiálise, levando-os a uma suposta fila com características e condicionalidade desconhecida para todos, assim como as formas com que estes usuários (as) vivem e convivem cotidianamente com a doença e a permanente sensação de finitude de vida que os acompanha cotidianamente.

## **Capítulo I**

### **A QUESTÃO DA VELHICE NA SOCIEDADE CAPITALISTA**

O capital é totalmente desprovido de medida e de um referencial humanamente significativo, enquanto que seu impulso interno à auto-expansão é, a priori, incompatível com os conceitos de controle e limite, para não mencionar o de uma autotranscendência positiva. Por isto, ao invés de aceitar as restrições positivas necessárias no interesse da produção para a satisfação das necessidades humanas, corresponde à linha de menor resistência do capital levar as práticas materiais da auto-reprodução destrutiva ampliada até o ponto em que levantam o espectro da destruição. (MÉSZÁROS, 2002, p.599-600/699).

Buscamos neste capítulo contextualizar a questão da velhice na sociedade capitalista, analisando a problemática a partir da relação capital trabalho, seus determinantes e condicionantes enquanto manifestação da questão social e gestada nas próprias contradições desse sistema; apresenta dados demográficos, sociais e de



saúde do idoso, estudos anteriores sobre a população idosa com agravos na área da saúde, a proteção social à cidadania do idoso no Brasil.

No primeiro momento, iremos analisar o significado do envelhecimento na sociedade capitalista de modo geral e no Brasil, apontando as formas de apropriação do trabalho pelo capital e suas consequências nas condições de vida da população idosa.

No segundo momento, apresentaremos os dados demográficos, sociais e de saúde da população idosa brasileira, assim como os agravos que mais os acometem quando chegam à velhice.

### **1.1. O Idoso na Sociedade Contemporânea brasileira**

Pensar a questão do envelhecimento na sociedade capitalista contemporânea significa localizá-lo, no âmbito da análise das relações de produção, do trabalho, do mercado de consumo e de seus determinantes e condicionantes nas condições de vida da população idosa no país.

Nos primórdios, a velhice era vista como um processo natural, gradativo e contínuo, iniciando com o nascimento e estendendo-se por todas as fases da vida, numa sociedade comunitária. (BEAUVOIR, 1994)

Esta autora lembra que na sociedade antiga, composta essencialmente de camponeses e artesãos, havia uma exata coincidência entre a profissão e a existência, ou seja, a coletividade não tinha que se preocupar com o idoso, uma vez que,

O trabalhador vivia em seu local de trabalho, as tarefas produtivas e as domésticas confundiam-se. Entre os artesãos altamente qualificados, as capacidades aumentavam com a experiência e com os anos. Nas profissões em que elas declinavam com a idade, existia no seio da exploração uma divisão do trabalho que permitia adaptar as tarefas às possibilidades de cada um. Quando se tornava inteiramente incapaz, o velho vivia com a família, que assegurava sua subsistência. (p.273-274)

Analisando a velhice sobre outro prisma, Paiva (2012) afirma que a velhice é experiência tão antiga quanto à história da própria humanidade, longe de ser um problema social, era vivenciada naturalmente no domínio do espaço privado e da mesma maneira se vivenciava o processo de finitude da vida humana.

No entanto, a história registra mudanças que repercutiram nas relações sociais, como aquelas que no século X, com o fim das invasões na Europa, possibilitaram um crescimento demográfico, cujas necessidades básicas do novo contingente humano não poderiam ser supridas pela produção servil (IDEM). De acordo com a autora, o contingente populacional passou a compor o rol das mediações de reprodução social, pois a sobrevivência da própria espécie dependia disso.

Contudo, na sociedade moderna, segundo Mészáros (2002), essa mediação passa a sofrer as determinações da ordem sociometabólica da reprodução do capital. Tendo em vista que, além de reproduzir a espécie como garantia da sobrevivência

humana, a mesma deve realizar-se nos limites necessários à sobrevivência do sistema do capital.

Assim, o trabalho antecede o capital, e é histórico, porque é a mediação através da qual o homem transforma a natureza para satisfazer suas necessidades, mas que, infelizmente, adquiriu na sociedade moderna, na vida do proletariado, a dimensão do castigo imposto a “Sísifo” (PAIVA, 2012).

Paiva explicita que cada vez mais dividido e multiplicado, ou seja, fragmentado e globalizado, o trabalho tem sido esvaziado de sentido, diante da capacidade ontológica do ser social, atingindo sensivelmente a dimensão da unidade entre objetividade e subjetividade da *práxis* humana.

De acordo com Mészáros (2002), no sistema do capital a relação entre os indivíduos e a humanidade depende do modo como a interação necessária entre os seres humanos e a natureza é mediada por um conjunto de relações sociais historicamente determinadas.

Para o autor, o capitalismo pressupõe as inevitáveis mediações de primeira ordem entre a humanidade e a natureza, a um conjunto de mediações alienantes de segunda ordem, criando, por meio disso, um círculo vicioso “eternizado”, do qual não pode haver escapatória, uma vez que se compartilhe da perspectiva do capital.

No entendimento de Teixeira (2009) a força de trabalho, enquanto um dos aspectos específicos da produção capitalista é comprada não como outra mercadoria qualquer, para satisfazer as necessidades pessoais do comprador, mas sim, para

valorizar o capital enquanto riqueza, através da produção de mercadorias que consubstanciem mais trabalho do que ele paga.

A assim, “a força de trabalho só é vendável quando conserva os meios de produção como capital, reproduz seu próprio valor como capital e proporciona, com o trabalho não pago, uma fonte de capital adicional”. (MARX, 1985, p. 667).

Conforme Mészáros (2002) o sistema do capital é, na verdade, um sistema de controle sem sujeito, uma vez que as determinações e os imperativos objetivos do capital, sempre devem prevalecer contra os desejos subjetivos do pessoal controlador do capital, que é chamado a traduzir esses imperativos em diretrizes práticas.

O autor aponta que o aspecto mais problemático do sistema do capital é a total incapacidade de tratar as causas como causas, não importando a gravidade de suas implicações em longo prazo:

Essa é uma dimensão estrutural do sistema, ou seja, estão sempre voltados para as exigências de expansão, as relativas aos custos, da expansão de lucratividade, de eficiência econômica, de aspectos essencialmente quantitativos, também necessita buscar respostas e soluções diante dos contínuos antagonismos e contradições. (p.94)

Assim, ainda segundo o autor, o tratamento dos problemas e de todas as dificuldades é restrito aos seus “efeitos e consequências” e tratado como “disfunções temporárias”, através de ajustes e modificações parciais que, sem questionar os fundamentos causais, propiciem possibilidades imediatas de remediá-los e corrigi-los.

É essa incapacidade do capital de “tratar as causas como causas, é a sua própria fundamentação causal: uma verdadeira *causa sui perversa*” (grifo do autor). (p. 96). Defende que focar o tempo histórico humano, significa fazer uma avaliação qualitativa que vislumbre todas as intenções ideológicas com os quais está impregnado, imputando uma visão determinista, mecânica e crua à concepção marxiana do tempo histórico.

Pontua ainda que o significado central da necessidade histórica humana reside precisamente no fato de que ela é apenas histórica, o que significa que é uma necessidade em última instância fadada a desaparecer, e não deve ser tratada ao modo de determinação naturalista.

Mészáros acredita que o tempo de vida dos indivíduos é potencialmente significativo, emergente em seu vínculo próximo com o desenvolvimento produtivo da humanidade, é capaz de libertar pouco a pouco os indivíduos dos constrangimentos brutos de sua remota existência, restrita à mera sobrevivência, e instituir para eles o poder de fazer escolhas genuínas.

Assim, a potencialidade da vida significativa para os indivíduos sociais emerge porque, por se desenvolver historicamente, a espécie humana é uma parte única na ordem natural. Em função disso, os seres humanos não constituem um simples gênero animal, mas um complexo corpo social composto de uma multiplicidade de indivíduos reais.

Para Beauvoir (1990), uma sociedade é uma totalidade destotalizada. Seus membros estão separados, mas unidos por relações de reciprocidade e desigualdade.

Neste sentido, para a autora, há todo um aparato ideológico no sentido de naturalizar a problemática do envelhecimento, e as péssimas condições de vida em que a maioria da população idosa está inserida.

Paiva (2012) infere que, na sociedade moderna, a velhice é desvelada como um processo não meramente natural, não essencialmente casual, na medida em que está condicionada pelas relações sociais, isto é, pela estrutura de classes, que se sobrepõe aos fatores biológicos e cronológicos do envelhecimento humano.

São inúmeros os estudiosos que defendem a necessidade de um olhar diferenciado para a questão de velhice. Para isso, traçam diferentes análises sobre a questão, enquanto expressão da questão social e política, de abrangência mundial e particularmente no Brasil (BEAUVOIR, 1990; DEBERT, 2004; KALACHE, 1998; NERI, 2008; PAIVA, 2012; VERAS& CALDAS, 2004; TEIXEIRA, 2009, etc).

Teixeira (2009) entende que o envelhecimento do trabalhador é a expressão da questão social, negando o fato de que a problemática seja uma condição inexorável e que atinge a todo o grupo etário, indistinta e independentemente. Com isso, o autor atribui centralidade à problemática social do envelhecimento do trabalhador, onde sua intensidade depende da forma como a força de trabalho é expropriada e explorada das condições de produção e da reprodução social, inclusive, do seu tempo de vida.

Assim, o envelhecimento não pode ser entendido enquanto problema social pelas restrições físicas, fisiológicas ou biológicas do organismo, pelo crescimento demográfico da população idosa, pela restrição de papéis sociais, familiares, trabalhistas, mas pelas próprias contradições do sistema capitalista de produção.

No entendimento de Teixeira (2009), a classe trabalhadora é a protagonista da tragédia no envelhecimento, considerando-se a impossibilidade de reprodução social e de uma vida cheia de sentido e valor, na ordem do capital, principalmente, quando perde o “valor de uso” para o capital, em função da expropriação dos meios de produção e do tempo de vida.

O autor explica que não é para todas as classes que o envelhecimento promove efeitos imediatos de isolamento, de exclusão das relações sociais, do espaço público, do mundo produtivo, político, artístico, dentre outras expressões fenomênicas dos processos produtores de desigualdades sociais.

Assim, se de um lado temos um pequeno grupo de idosos, detentores de propriedades, bens, rendas com condições materiais e acesso aos meios de prolongar a vida com saúde e qualidade de vida, e um grupo intermediário, de classe média – com tempo livre, disposição, condições financeiras e acesso a serviços necessários para uma velhice saudável, ativa e participativa, no outro extremo temos a parte da classe trabalhadora que vive de mínimos sociais fornecidos pelas políticas públicas (previdência e assistência social), tendo suas necessidades alienadas, rebaixadas às “necessidades necessárias”, tornando-se um “ser isento de necessidades” pela homogeneização de suas necessidades por baixo, ao mínimo. (TEIXEIRA, 2009, p.421)

De acordo com o autor, uma parte considerável desses idosos é obrigada a voltar ao trabalho árduo, ou dele não podem se desligar nem na velhice, ampliando o tempo de trabalho na sua vida, um trabalho na maioria das vezes pesado, insalubre, informal, de mera sobrevivência, mas ainda extremamente necessário, considerando a carência de recursos e/ou as baixas aposentadorias.

Já dizia Beauvoir (1990) nos anos 70 na França, que o idoso que amealhou recursos, estaria melhor do que os que não o fizeram, sendo estes últimos sujeitos à política do Estado.

Muniz & Barros (2014) inferem que, do ponto de vista do trabalhador idoso, as contradições do capital e as mudanças na esfera do trabalho impulsionam às situações de maior gravidade para os trabalhadores envelhecidos, que nessa fase da vida evidenciam a reprodução e a ampliação das desigualdades sociais.

Os autores defendem que, mesmo nesta fase idosa da vida, o processo de exploração do capitalismo continua usurpando as necessidades de satisfações desses trabalhadores velhos, que ainda vivem ou viveram da sua força de trabalho. E que, paradoxalmente, ao mesmo tempo em que promove historicamente a expressão da questão social do envelhecimento, a sociedade capitalista segrega e se distancia do idoso, julgando-o como um ser impotente, improdutivo e descartável.

Neste contexto, alguns autores apontam que o capital impõe um ritmo natural ao ciclo de vida dos seres humanos, que deve ocorrer num movimento retilíneo, onde as alterações apresentadas na vida do homem são fruto da própria incapacidade dele



adaptar-se a sua natureza. Ou seja, o homem nasce, cresce, trabalha e aposenta-se, e qualquer desvio deste ciclo é responsabilidade do homem: “o ancião prudente converte-se no velhinho aposentado...” (MORIN, 2010, p109)

Para Teixeira (2009) o capital transforma o tempo de vida do trabalhador, em tempo de trabalho para fins de valorização do capital, em detrimento das qualidades e necessidades humanas do produtor trabalhador. Especialmente para os que envelhecem na periferia do sistema, em que o tempo de trabalho se estende ao tempo de envelhecer, ou, ao tempo de consumo manipulado de bens, serviços e mercadorias.

De acordo com o autor, tal perspectiva leva a priorizar a condição de classe como elemento central no detalhamento da problemática social do envelhecimento, sob a prevalência de um tipo de sociedade regida pelo trabalho abstrato, que condena o trabalhador, não só, a uma antecipação do processo de depreciação natural de sua capacidade de labor, por exclusões pelo critério de idade, pela desvalorização social, pela pobreza, em sua maioria.

Mas também, antes de tudo, condena-o a uma depreciação social que atinge todo esse segmento, alienado e submetido às forças cegas da produção, contraditoriamente. Tal processo, segundo Teixeira, reduz a força material de produção a um objeto destituído de qualidades e necessidades, principalmente, quando envelhecida, exacerbando as experiências negativas com o tempo, pela impossibilidade de controlá-lo, já que é expropriado pelos capitalistas.

O autor, entende que a categoria questão social se constituiu, no eixo articulador, de todas as expressões da problemática social do envelhecimento do trabalhador, que demanda formas de respostas do Estado e da sociedade.

Ainda, de acordo com o autor, essa perspectiva de análise implica desvendamento, tanto das condições materiais (estruturais e de classe), sob a lógica do capital, que engendram desigualdades sociais, pobreza, desemprego, populações excedentes, desvalorização social e outras manifestações da questão social, quanto na reconstituição das lutas sociais que problematizam necessidades sociais, ou a não satisfação delas, por atingirem um coletivo e, serem efeitos de estruturas geradoras de desigualdades sociais e de acesso restrito a bens e a serviços produzidos socialmente.

Segundo Netto (2010) a *lei geral da acumulação capitalista*, escrita por Marx revela a anatomia da “questão social”, sua complexidade, seu caráter de corolário necessário do desenvolvimento capitalista em todos os seus estágios.

Para Netto o desenvolvimento capitalista produz compulsoriamente a

“questão social” – diferentes estágios deste desenvolvimento produzem diferentes manifestações da “questão social”; esta não é uma sequela adjetiva ou transitória do regime do capital: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social dominante. *A “questão social” é constitutiva do capitalismo: não se suprime aquela se este se conservar.* (p.7).

Neste contexto, o fetichismo insula o velho em sua própria velhice, arrancando de sua vida as raízes, a história e a memória e explicita que,

Na racionalidade capitalista, o tempo, que não podia ser vendido no modo de produção feudal, foi expropriado do trabalhador numa dinâmica que o alienou de qualquer possibilidade de exercer controle sobre o seu tempo vital, desde então, dilatado e submetido ao imperativo da cronologia do capital. O tempo, agora, é dinheiro. (PAIVA, 2012, p.117).

A autora explicita que é neste sentido que o tempo de vida do trabalhador coincide com o tempo de seu processo produtivo e que a mesma engrenagem destrutiva que transforma uma relação social definida e estabelecida denominada de “fetichismo”. (IDEM)

Conforme ainda a autora, esse processo fragmenta a vida humana em fases que, por sua vez, serão coisificadas. É neste contexto que o capital impõe a ênfase na demarcação cronológica para designar etapas singulares da vida, numa perspectiva fragmentada do todo, enquanto produto da modernidade.

Beauvoir (1990) diferencia o tratamento dado ao idoso entre as nações capitalistas, afirmando que entre as nações capitalistas havia três que consideram um imperativo assegurar a todos os cidadãos um destino decente (nos anos 70 do sec.XX): Suécia, Noruega e a Dinamarca.

Conforme a autora, esses países, para garantir a todos a proteção mais completa possível, cobram pesados impostos sobre os rendimentos elevados, e os produtos de luxo. Assim, as pessoas idosas beneficiam-se dessas disposições, a exemplo da Suécia, em que o sistema de seguro cobre a totalidade da população, estando em constante aperfeiçoamento, e onde, quaisquer que sejam seus

rendimentos, todo cidadão recebe uma pensão a partir de 67 anos, idade esta, fixada também para aposentadoria.

Conforme a autora, em outros países, também, capitalistas, tudo ocorre de modo diferente, levam em consideração, quase sempre, os interesses econômicos, o capital, e não as pessoas,

Eliminados cedo do mercado de trabalho, os aposentados constituem uma carga que a sociedade baseada no lucro assume mesquinamente. Permitir aos trabalhadores que permaneçam ativos tanto tempo quanto possam, e garantir-lhes, em seguida, uma vida decente, é uma solução correta. Aposentá-los cedo, assegurando a eles um nível de vida satisfatória, é também uma opção válida. Mas nas democracias burguesas, quando retiram dos indivíduos a possibilidade de trabalhar, condenam a maioria deles à miséria. (p.277).

Ao referir-se aos tempos áureos do *WelfareState*, Paiva (2012) explicita que a velhice de trabalhadores que usufruíram desses ganhos conquistados nesse sistema, passou a se diferenciar da velhice dos trabalhadores que não habitam o chamado “Primeiro Mundo”.

Pondera que, na França, a expressão “terceira idade” começou a ser utilizada, na década de 1960, para designar uma diferenciação na *espécie* de trabalhador que sobreviveu às mazelas e aos efeitos deletérios do sistema capitalista de maneira “ativa” e “independente”, estando integrado socialmente e autogerindo a própria vida, contrapondo ao “velho” pobre e sujeito da política de Estado.

Continua a autora que a expressão “terceira idade” vem definir “a nova fase da vida entre a aposentadoria e o envelhecimento”. Encaixam-se no grupo “terceira

idade” os denominados grupos: “velhos jovens”, idosos com idade entre 60 aos 80 anos; os “velhos velhos”, enquanto representantes da imagem tradicional da velhice, compondo o que se convencionou chamar de “Quarta Idade”. Mas, “estão excluídos da categoria de Terceira Idade os indivíduos com sinais de decrepitude e senilidade” (PAIVA, 2012).

A autora infere que a velhice, nesse apelo ideológico, simboliza a negação da juventude, símbolo esta da beleza, da força e da virilidade para reproduzir e produzir. E ser velho ou ser velha significa a personificação de todos os “atributos” negativos da velhice. Ser idoso, idosa – mesmo que o sufixo oso/osa dê à palavra o significado de que idoso/ idosa, é o indivíduo que tem muita idade – ideologicamente apelando, passa a ser diferente de velho, velha.

Em relação ao *WelfareState*, a autora afirma que somente foi possível modificar o *status* moderno da velhice, em decorrência dos ganhos obtidos pela classe trabalhadora, o que vem comprovar ser possível uma velhice diferente da que se processa para milhões e milhões de trabalhadores pelo mundo inteiro. E que, com o desmantelamento do *WelfareState*,

O processo de reestruturação produtiva, mais especificamente, o desemprego estrutural, veio atingir a população jovem, barbarizando ainda mais a sua condição de acesso e exercício dos direitos do trabalho, tornando as gerações mais jovens dependentes por mais tempo das mais velhas, comprometendo a renda dos velhos trabalhadores e eternizando o trabalho doméstico servil, do qual nunca se livraram mulheres de todas as idades. (IDEM, p.127).

Assim, conforme a autora, a reestruturação produtiva, na contemporaneidade, vem afetar substantivamente as vidas dos que compõem o “velho proletariado”, colocando em cena novos arranjos familiares e novas modalidades de interdependência entre diferentes gerações. Realidade que nem sempre é favorável à dignidade das mulheres velhas, nem dos homens velhos, principalmente, por favorecerem práticas de violência.

No entendimento de Teixeira (2009),

o trabalhador idoso, na grande maioria, assim destituído [...] em um tempo de sua vida em que, ele perde o valor de uso para o capital, que o condena a um antecipado processo de depreciação natural de sua capacidade de labor [...]. (p.18).

Muniz & Barros (2014) explicam que diante da conjuntura social regida pela lógica mercantil, parar de trabalhar significa a perda do papel profissional, familiar e social. Conseqüentemente, essas perdas afastam o idoso da sociedade a qual ele está inserido, refletindo na construção de diversos estigmas sobre a pessoa idosa.

Conforme Lara & Canoas (2010) a produção capitalista, nas últimas quatro décadas, intensificou mudanças na organização da produção e na exploração da força de trabalho. Essas metamorfoses trouxeram consigo inovações tecnológicas e organizacionais e, simultaneamente, ocasionaram as diversas desregulamentações das relações de trabalho.

O processo de reestruturação produtiva transpôs todas as fronteiras geográficas políticas, econômicas, sociais e atingiu a classe trabalhadora nas suas representações

políticas. Os sindicatos enfraqueceram suas forças de reivindicações e as empresas passaram a defender a flexibilização dos contratos de trabalho, aumentando o trabalho precário sem direitos sociais (LARA&CANOAS, 2010).

O ideário neoliberal viu na flexibilização o objetivo para aumentar o número de emprego, porém não encontrou sustentação no mundo do trabalho, pelo contrário, gerou crescimento de empregos nos setores paralelos da economia, os quais desembocam no “trabalho informal”, temporário, subcontratado, caracterizando a precarização das relações e condições de trabalho. (IDEM).

Nesse contexto, segundo Antunes (2005), surgem “os novos subproletários do mundo” – trabalho feminino mal remunerado, jovens sem experiência no mercado de trabalho, trabalhadores considerados “velhos”, segundo a ótica do capital, os quais são tidos como descartáveis pelos empregadores e sem outras oportunidades, vão aumentar a massa de desocupados.

Lara & Canoas (2010); Antunes (2005); Mészáros (2002), explicam que a produção capitalista, alimentada pela exploração da força de trabalho, produz e acumula riqueza sem precedentes na história da humanidade. Que é nesse processo contínuo e excludente que é gestada uma população supérflua de trabalhadores, que são os “sem ocupação” na divisão social do trabalho, sendo esta também uma condição para o desenvolvimento da riqueza e da organização do sistema capitalista.

Os autores inferem que a superpopulação relativa existe sob as mais variadas matrizes. Afirmam que todo trabalhador dela faz parte durante o tempo em que está

desempregado ou parcialmente empregado. As fases alternadas do ciclo industrial fazem-na aparecer ora em forma aguda, nas crises, ora em forma crônica, nos períodos de paralisação.

Lembram ainda que a superpopulação não é algo novo na sociedade humana sob a ordem do capital, faz parte da metamorfose pela qual o sistema de produção capitalista vem sucessivamente passando; porém, nas últimas quatro décadas, o desemprego, como uma de suas formas mais perversas, tornou-se estrutural e irremediável.

Conforme Mészáros (2002), o desemprego já não se limita a um exército de reserva à espera de ser ativado e trazido para o quadro de expansão produtiva do capital, como aconteceu durante a fase de ascensão do sistema. Agora a grave realidade do desumanizante desemprego assumiu um caráter crônico.

Para o autor, o desemprego estrutural atinge todos os trabalhadores- jovens, velhos, qualificados, desqualificados, dos países centrais e periféricos. O novo padrão de desemprego, aprofundado pela crise estrutural do capital, adquire características e tendências nunca antes imaginadas pelos defensores do sistema.

Mészáros explica que o elevado índice de desemprego atingiu a todos aqueles que vendem sua força de trabalho. Desemprego e trabalho precários atingem a todos - dos mais jovens aos mais velhos de todas as categorias. O mercado de trabalho estreita-se com a crise do capital, acentuando-se a concorrência por uma vaga nos postos de trabalho.



Conforme Pochmann (2002) ao analisar o mapa do desemprego em São Paulo e, aponta que o perfil do desempregado no processo de reestruturação produtiva do capital apresenta as seguintes características: Idade mais avançada (+ de 49 anos); sexo feminino; chefe de família; reside na região Sudeste. E que esse quadro começa a preocupar o Estado, os sindicatos e os estudiosos do mundo do trabalho.

O autor destaca que esse segmento de trabalhadores fica desempregado e ao mesmo tempo distante da aposentadoria e, com pouca perspectiva de conseguir trabalho na profissão em que haviam sido “qualificados”. Muitos deles, com esgotamento do seguro-desemprego e de suas poupanças, são pressionados, por serem chefes de família, perdem a expectativa e vão se somar aos milhares de indivíduos que perambulam sem destino pelos centros industriais em busca de sobrevivência.

Mészáros (2002) ao referir-se aos "limites absolutos" do capitalismo, aponta que um desses limites passa pelo papel do trabalho na sociedade, que é visto como uma necessidade, tanto para os indivíduos que produzem quando para a sociedade como um todo. Uma situação onde o trabalho seja visto como um problema, ou pior, como uma falha, tem em si um limite a ser resolvido. O capitalismo, para o autor, "com seu desemprego perigosamente crescente" (ainda que a questão não seja meramente numérica), apresenta no trabalho um dos seus limites.

Mészáros lembra que os elementos constitutivos do sistema do capital (como o capital monetário e mercantil, bem como a originária e esporádica produção de mercadorias) remontam a milhares de anos na história. Entretanto, durante a maioria desses milhares de anos, eles permaneceram como partes subordinadas de sistemas

específicos de controle do metabolismo social, que prevaleceram historicamente em seu tempo, incluindo os modos de produção e distribuição escravista e feudal. Somente nos últimos séculos, sob a forma do capitalismo burguês, pôde o capital garantir sua dominação como um “sistema social” global.

Assim, em tempo de crise, está na ordem do dia: a reprodução do velho não como trabalhador, mas como consumidor, na engrenagem da reestruturação produtiva. Pois, como afirma Teixeira (2009), o desvendamento dos determinantes demonstra que o envelhecimento do trabalhador constitui-se em problemática social na ordem do capital, em virtude da vulnerabilidade social em massa dos trabalhadores, em especial, aos que perderem o valor de uso para o capital, pela idade.

Segundo o autor, esses trabalhadores, por não disporem dos meios de produção, de rendas advindas da propriedade e de riqueza socialmente produzida, capazes de garantir uma velhice digna, assim como de uma família com meios e recursos disponíveis para responder às dificuldades sociais vividas por grande parte deles, principalmente, famílias empobrecidas, em situação agravada com o desemprego estrutural, com a precarização do trabalho, dentre outras vicissitudes sociais que impedem os familiares de prover cuidados e a subsistência do grupo. Nessas circunstâncias, esses idosos são, então, submetidos à pobreza, à dependência dos recursos públicos e privados, ao abandono, às doenças, etc.

Para ele, essas desigualdades sociais são reproduzidas e ampliadas no envelhecimento do trabalhador, geralmente, para os trabalhadores pobres, cuja trajetória foi marcada por piores condições de vida e trabalho, que tiveram suas

necessidades sociais rebaixadas, submetidas a mínimos sociais para sua sobrevivência e de sua família.

Para Teixeira (2009) envelhecer para o trabalhador, na ordem e no tempo do capital, é ter seu tempo de vida subordinado ao tempo de trabalho, mesmo depois de aposentado. Para os trabalhadores velhos de baixa renda, no capitalismo periférico brasileiro, é ter seu tempo livre submetido às exigências de reprodução social do capital e de controle social que se estende ao envelhecimento, submetendo o idoso ao planejamento externo de comportamentos, atitudes, sentimentos, consciência e mecanismos organizativos.

Mas, sob a máscara da valorização social dos velhos, corresponde a uma pseudovalorização, posto que não foi superada a produção para fins de valorização do capital, antes, atingiu novos patamares, expandindo-se a setores e segmentos antes não mercantilizáveis ou consumíveis.

Paiva (2012) infere que com a reestruturação produtiva e a financeirização do capital, o processo de exploração foi aperfeiçoado. Todavia, as respostas dadas pelo Estado às questões da velhice da classe trabalhadora não alteram substantivamente essa realidade. Como exemplo, a autora cita os versos de João Cabral de Melo Neto, *“há milhares de Severinos “iguais em tudo na vida”, morrendo de “morte igual, mesma morte Severina: que é a morte de que se morre de velhice antes dos trinta [...]”*.

Para a autora, em tempos de “desemprego estrutural” consolida-se a crise estrutural desse sistema, que, ideologicamente, é produzida como peça chave. Na

“ordem da reprodução sociometabólica do sistema do capital”, a trama encenada é para negar a tragédia vivenciada pelo “velho proletariado”, como resultado do processo de vida e trabalho, reproduzindo, com o rigor, a ênfase no indivíduo, típico do pensamento burguês, com a culpabilização do velho pela sua própria “má sorte” na fase que completa o seu curso de vida. Restando aos mesmos somente o apoio da família, em particular, o da mulher, além do recurso à filantropia, enquanto amparo à velhice dos “condenados da terra”.

Segundo Muniz & Barros (2014), essa forma de estigmatizar o idoso como improdutivo está associada diretamente ao modo de produção capitalista. Como não há identidade entre a humanidade e a sociedade burguesa, o sistema capitalista não reconhece o ser humano como ser humano, assim como não reconhece o trabalhador com sua potencialidade orgânica e espiritual, apenas o compreende como mercadoria (forma de trabalho) que o capital adquire para realizar sua valorização.

Desta forma, conforme os autores, o idoso, enquanto parte integrante do segmento populacional que não atende às necessidades de intensificação e de exploração do trabalhador acaba sendo segregado do mercado de trabalho, e, portanto, também estigmatizado. Esse processo de estigmatização se desdobra e se reproduz por várias esferas da vida.

As discussões até aqui realizadas levam-nos ao entendimento de que, se por um lado, o *envelhecimento está* longe de ser um processo multidimensional, a *velhice está* longe de ser a fase que completa o curso de vida humana, e o homem *velho*, a mulher *velha*, estão longe de serem indivíduos que viveram muito tempo. Estes são conceitos

que traduzem sistemas de ideias e valores que elegem a juventude como uma fase que, na contemporaneidade, é apartada do curso de vida para representar um ideal a ser alcançado, independentemente da idade de quem o tente alcançar (PAIVA, 2012).

Da mesma forma, o envelhecimento humano não se limita aos aspectos biológicos, é também um processo social e cultural que deve ser apreendido no movimento histórico da relação capital x trabalho, nos domínios das relações de produção e reprodução social (PAIVA, 2012).

As palavras de Mészáros (2002) retratam bem o que Paiva afirma, quando o autor diz que em nossas sociedades tudo está impregnado de ideologia, quer a percebamos, quer não. Em nossa cultura liberal-conservadora o sistema ideológico socialmente estabelecido e dominante funciona de modo a apresentar – ou desvirtuar – suas próprias regras de seletividade, preconceito, discriminação e até distorção sistemática como “normalidade”, “objetividade” e “imparcialidade científica”.

Mas, isso não quer dizer que o autor seja fatalista, pois não acredita que as sociedades humanas padeceram sempre aos ditames do sistema capitalista de produção, porém que há a expectativa de que a sociedade um dia acorde deste sono profundo que escraviza os seres humanos ao longo da história. Segundo ele,

Acreditar, como dizem, que as contradições do capital e do trabalho não existem, ou que nunca serão reconhecidas e que jamais sofrerão a ação daqueles que mais sentem seus impactos devastadores, exige que também se acredite que o povo nada mais é do que cegos idiotas para sempre hipnotizados pelas promessas da “circulação econômica” universalmente benéfica do capital, embora os fracassos monstruosos do sistema afetem diretamente a vida de bilhões de pessoas. (MÉSZÁROS, 2002, p. 112).

### **1.1.1-Aspectos Demográficos, Sociais e de Saúde.**

Segundo Camarano (2004), a heterogeneidade é a primeira constatação quando se estuda o envelhecimento populacional no Brasil. E que tal característica deve orientar a pesquisa, mas que se não for levada em conta, acaba por debilitar a compreensão do impacto do fenômeno da longevidade na economia brasileira.

A autora destaca que essa longevidade observada mundialmente sempre foi constatada. Mas que a novidade no século 21 é o aumento da expectativa de vida ao nascer, permitindo que mais pessoas atinjam idades avançadas.

De acordo com Camarano, Kanso & Mello (2004), o aumento da expectativa de vida ao nascer pode ser visto como uma das maiores conquistas da sociedade brasileira na última metade do século XX. O período do pós-guerra foi marcado por uma redução expressiva nos níveis de mortalidade infantil, que foi por uma queda, também significativa, da mortalidade nas idades adultas. Tal dinâmica repercutiu em aumentos expressivos na expectativa de vida.

Conforme as autoras, em consequência da queda da fecundidade, o processo de envelhecimento populacional brasileiro tem se acentuado. Outro fator importante é que o grupo considerado idoso também está envelhecendo. Ou seja, não só o grupo dos idosos tem crescido além dos demais grupos populacionais, mas também entre os próprios idosos, elevando-se, inclusive, o número de idosos centenários.

As autoras citam que o Censo Demográfico de 2000 constatou a existência de cerca de 24,5 mil pessoas com mais de 100 anos, apontando como principais causas, a queda da mortalidade entre a população idosa, havendo indicativos de que,

A mortalidade entre a população idosa pode ainda ser reduzida em todo o mundo. Um prognóstico comum entre os gerontólogos é de um declínio continuado de mortes prematuras, uma compressão da mortalidade próxima do limite biológico, bem como a emergência de um padrão de morte próxima do limite biológico, bem como a emergência de um padrão de morte natural ao fim do período de vida (CAMARANO, KANSO; MELLO, 2004, p. 76).

Este prognóstico, segundo as autoras, induz-nos a uma continuação nos ganhos da expectativa de vida e uma redução da morbidade. Mas, assim como outros, vários cenários e projeções de expectativa de vida já foram desmentidos pela realidade.

As autoras inferem que há na literatura especializada um consenso sobre a continuação da queda da mortalidade, mas não há consenso sobre até quando e como ela pode cair e, que atualmente, valores de expectativa de vida acima de 80 anos são observados no Japão, Austrália, Cingapura, Suíça e Suécia.

Traçando um contraponto com a demografia brasileira, Camarano, Kanso & Mello (2004) lembram que a expectativa de vida ao nascer da população brasileira atingiu 71,2 anos em 2000, tendo aumentado nove anos entre 1980 e 2000. Ou seja, uma pessoa que chegou aos 60 anos em 2000, poderia ainda esperar viver, em média, 2,1 anos — 3,3 anos a mais do que em 1980.

Conforme o Fundo de População das Nações Unidas (2012), o envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI. Este crescimento apresenta implicações importantes e de longo alcance para todos os domínios da sociedade.

De acordo com o relatório, no mundo todo, a cada segundo, duas pessoas celebram seu sexagésimo aniversário – em um total anual de quase 58 milhões de aniversários de 60 anos. Uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais, e estima-se um crescimento para uma em cada cinco por volta de 2050, ou seja, o envelhecimento da população é um fenômeno que já não pode mais ser ignorado.

O censo 2010 do IBGE mostrou que a população brasileira era de 190.755.799 de habitantes, dos quais 20.590.599 eram de idosos, com idade maior ou igual a 60 anos, correspondendo a 10.8% da população brasileira (IBGE, 2010).

No período de 1991 a 2010 em relação à população jovem brasileira houve um decréscimo da mesma, considerando pelo menos dois movimentos novos: as pessoas com até 25 anos de idade passaram a possuir menor representatividade no total da população brasileira, em contrapartida da elevação do número de pessoas idosas (IBGE, 2010).

Observou-se também um significativo crescimento do número de pessoas idosas na participação relativa da população com 60 anos ou mais de idade. Se em 2002 o



percentual foi de 9,3%, em 2011 cresceu para 12,1%, chegando a 12,6%, conforme o PNAD/ 2012.

É bem verdade que a categoria de idosos com 80 anos ou mais anos de idade somente passou a ser computada nas estatísticas oficiais a partir de 2000, sendo esta a faixa etária que mais tem apresentado crescimento a partir deste período (PNAD/2012).

Em geral, um país é considerado jovem quando menos de 7% de sua população tem 65 anos. Quando este percentual atinge 14% da população do país, o país passa a ser considerado envelhecido (CHAIMOWICZ, 2013).

Esse grupo de idosos com 80 anos ou mais - *idosos mais velhos*, constitui uma população bastante distinta dos *idosos jovens* - aqueles na faixa etária de 60 a 74 anos, se considerarmos a prevalência de doenças e o grau de dependência funcional. Pois, se por um lado é o grupo que mais cresce, por outro, representa os que consomem recursos elevados do sistema de saúde, provocando enorme impacto sobre a dinâmica familiar, social e econômica ( CHAIMOWICZ,2013).

Na Europa Ocidental, em média três de cada 100 habitantes têm 80 anos ou mais, na Suécia, são cinco, na Dinamarca, são quatro. Em contrapartida, nos países em desenvolvimento, menos de um a cada 100 habitantes tem esta idade. Em países como Guatemala e Indonésia, menos de um em cada 200 habitantes. (IDEM)

No Brasil, o autor aponta que esse é o grupo que mais vem crescendo. Na década de 70, representavam 12% de todos os idosos. Até 2030, eles representarão 21%. Ou

seja, eles serão cerca de 5,5 milhões de octogenários, considerando que a taxa de mortalidade dos denominados idosos jovens vem caindo de forma progressiva.

Segundo Castro (2011), no que se refere ao crescimento populacional da população idosa no país, o estado de São Paulo é que possui maior número de idosos, cerca de 5,4 milhões. Em seguida, vem Minas Gerais, com 2,6 milhões, e Rio de Janeiro, com 2,4 milhões.

Para a autora, essa concentração da população idosa na região sudeste reflete uma tendência registrada entre as regiões do Brasil. Ou seja, enquanto a população do Sudeste envelhece, a do Norte está cada vez mais jovem em termos relativos. 57,6% da população nortista têm menos de 30 anos (PNAD, 2012).

Em relação ao mapa demográfico da população idosa brasileira, Castro & Araújo (2012) apontam que na região norte, mais precisamente no Estado do Amapá, está concentrado o menor percentual de idosos da região. Assim, o Amapá é o Estado que possui o menor número de idosos em relação aos demais estados da região norte. Ou seja, concentra apenas 5,9% da população de pessoas com mais de 60 anos.

A autora explica que o Tocantins é o único estado da região norte cuja população idosa destoa dos demais. Nele, a faixa etária de idosos representa 9,9% da população, enquanto as crianças são 7,6% dos residentes.

No Amazonas, conforme o censo de 2010, a população chegou a 3.483.985, destes, 210.173 era idoso, o que equivale a 6,03% do total da população do Estado, sendo 27.508 os idosos com 80 anos ou mais de idade.

A análise do índice de envelhecimento no Estado do Amazonas no período de 2001 a 2011 mostrou que saímos de um patamar de 13,2 em 2001, para 21,8 em 2011. Enquanto que o próprio índice de envelhecimento do Brasil em 2001 saltou de 31,7 para 51,8 em 2011. Tais resultados levam a inferir que, hoje, temos aproximadamente uma pessoa de 60 anos ou mais de idade para cada duas pessoas de menos de 15 anos de idade (SASSAKI ET AL. 2009).

Muniz (2003) observa que essa dinâmica não difere do que ocorre em todo o país, pois vem experimentando um forte declínio nos níveis de fecundidade e mortalidade com amplas repercussões demográficas e socioeconômicas. Explica que a taxa de fecundidade, que nos anos 50 passava de sete filhos por mulher, nos anos 90 reduz-se para quatro, fazendo com que haja uma redução na taxa de crescimento populacional, assim como várias mudanças na composição da população por idades.

Para Muniz (2003), se por um lado este declínio da fecundidade implica em redução da taxa de crescimento demográfico regional, por outro, o Amazonas continua a crescer a taxas acima da média nacional, em razão do volume do número de nascidos anteriormente, somados aos efeitos das migrações.

Em função das mudanças na estrutura etária, e com o aumento da população idosa e a redução da população jovem, o estado experimenta um processo de envelhecimento populacional que modifica substancialmente as demandas sociais. Se antes as demandas estavam voltadas para as despesas com os recém-nascidos e suas mães, tratamento de doenças infecciosas e parasitárias, hoje, é dirigido para o tratamento da saúde do idoso, principalmente para as doenças crônicas,

degenerativas, e próprias da condição natural do processo de envelhecimento do ser humano, ampliando-se também as pressões sobre a previdência social (MUNIZ, 2003).

Neri e Fortes (2006) consideram ambígua a ideia de classificar uma pessoa como velha, tomando por base somente a questão cronológica a partir de seu nascimento. Para ela, neste tipo de classificação, as idades funcionam como 'relógios sociais', estabelecendo agendas para o tempo e o ritmo esperados.

A velhice enquanto processo heterogêneo, nos leva ao entendimento de que esta é inerente à sociedade, ou seja, intrínseca à própria vida do ser humano, estando ligada à sua taxa de crescimento anual, a inúmeras variáveis e condições de existência, tais como: econômica, social, política, cultural, geográfica, e outras.

Minayo e Coimbra Jr (2002, p. 132) também pontuam:

Mas que cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais - classe, gênero e etnia - a ela relacionada, como saúde, educação e condições econômicas.

No entendimento de Ribeiro et al. (2009), a velhice é concebida como uma realidade multidimensional tendo em vista sua complexidade fisiológica, psicológica e social, pois existem conotações políticas e ideológicas atreladas ao conceito de velhice, sendo assim inviável estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente utilizável em relação ao envelhecimento. Sendo assim, os conceitos de idoso e velhice, devem estar associados aos fatores biopsicossociais, além da cronologia da própria idade do sujeito.

Neste estudo, mesmo apresentando diferentes concepções que envolvem o conceito de velhice, estaremos adotando o termo velhice não o limitando a fatores cronológicos, mas aquele fundamentado em Ribeiro et al. (2009); Paiva (2012) e Almeida (2003), que consideram a velhice enquanto fenômeno multidimensional, envolvendo o campo biológico, psicológico, fisiológico, social, econômico e cultural, entre outros.

E ampliando esta concepção a partir do entendimento de Paiva (2012), para a qual a velhice é reproduzida nos limites das condições concretas no espaço e no compasso do tempo do capital; como o resultado e o prolongamento de um processo que completa o curso de vida humana, onde a ênfase na demarcação cronológica para designar etapas singulares da vida, numa perspectiva fragmentada do todo, é produto da modernidade.

Assim, velho e idoso ou pessoas envelhecidas são fenômenos que variam no tempo histórico, segundo a estruturação, os valores, as políticas e práticas de cada sociedade. Há a necessidade de se adotar uma perspectiva multidisciplinar, na busca de melhor compreensão da velhice e do envelhecimento. (DIOGO & NERI, 2004).

Flávia, Rolim e Forti (2009) inferem que há consenso sobre padrões de envelhecimento, que pode ser classificado em primário, secundário e terciário. Em cada fase ou período, o indivíduo apresenta determinadas características.

Com base nos autores, o envelhecimento primário é considerado fenômeno universal e progressivo onde há a diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo

de forma gradativa. O envelhecimento secundário caracteriza-se pelas alterações causadas por doenças associadas ao envelhecimento, como o câncer e doenças crônicas. No envelhecimento terciário ou terminal há grande perda física e cognitiva em um período relativamente curto de tempo, normalmente levando à morte.

Mazo, Lopes e Benedetti (2010), apontam que os padrões acima descritos são influenciados por componentes sociais, biológicos, intelectuais e funcionais.

No envelhecimento biológico, o processo é contínuo, ocorrendo durante toda a vida, diferenciando-se de indivíduo para indivíduo, podendo haver, inclusive, diferenciações no mesmo indivíduo, quando alguns órgãos envelhecem mais rápido que outros.

No envelhecimento social, o processo ocorre de forma diferenciada nas mais variadas culturas, estando condicionada à capacidade de produção do indivíduo, tendo a aposentadoria como referencial marcante.

O envelhecimento intelectual tem início quando o indivíduo apresenta falhas na memória, dificuldades na atenção, na orientação e na concentração, apresentando modificações desfavoráveis em seu sistema cognitivo. No envelhecimento funcional, o indivíduo passa a depender de outros para o cumprimento de suas necessidades básicas ou de suas tarefas habituais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) considera o biológico, o psicológico e o social como parâmetros para diagnosticar a velhice. O parâmetro biológico é considerado enquanto conjunto de sintomas e sinais decorrentes do processo de envelhecimento, como a *“degeneração celular”*. E o psicológico e o social

estão em relação à acentuação das dificuldades dos sujeitos, pois, apesar de não serem parâmetros precisos, e sim variáveis e imprecisos, são tão ou mais importantes que qualquer análise científica.

Assim, tendo em vista o caráter dinâmico e multifacetado do conceito de velhice, percebemos ser importante definirmos o conceito de idoso na qual estaremos subsidiando nossas análises, de forma que possamos compreender sobre qual dos seguimentos humanos, entre o seguimento de pessoas adultas, estaremos nos referindo e a que faixa etária.

Assim como a velhice, não existe um único conceito de idoso. Este vai variar conforme a perspectiva em que o conceito foi fundamentado. Ele não é homogêneo, mas, normalmente priorizam-se critérios fundados na idade cronológica.

Mascaro (1997) chama atenção para a dualidade existente quando estabelecemos padrões rígidos, como por exemplo, a faixa etária, para definirmos padrões de envelhecimento, pois é comum em nossa cotidianidade percebermos pessoas com idade cronológica de 60 anos, mas que fisiologicamente destoam da referida idade, tendo em vista a o bom estado de saúde, a vida saudável, sua produtividade no mercado de trabalho, entre outros.

No entendimento da autora, do mesmo modo, observamos o inverso nesta mesma cotidianidade, ou seja, pessoas com idade em torno de 40 ou 50 anos aparentando idade de 60 anos ou mais, isso, devido a alguns condicionantes, tais como: genética, doenças, estilo de vida, condições sociais e outros.

Ao referir-se ao grupo de idosos, Camarano (2007) entende que este não se refere somente ao conjunto de pessoas com idade avançada, mas ao grupo de pessoas com determinadas características sociais e biológicas.

A autora aponta pelo menos três obstáculos que impedem a limitação do conceito de idoso a um marco cronológico: a heterogeneidade entre indivíduos no espaço e no tempo; o predomínio das características biológicas frente às culturais; e o objetivo social do conceito de idoso.

Nossa Constituição Federal de 1988 considera idosa a pessoa com 60 anos ou mais. É esta referência que utilizaremos em nosso estudo, já que tal parâmetro serviu de base para todas as demais políticas direcionadas ao idoso, tais como a Política Nacional do Idoso - Lei nº 8.842/94, o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2003 e outras.

Beauvoir (1990) apresenta não só uma visão multidimensional do conceito de idoso e da velhice, mas inter-relaciona um conjunto de visões que envolvem os dois conceitos. Assim, não é suficiente descrever analiticamente os vários aspectos da velhice, pois cada um deles reage sobre todos os outros e este sobre eles. É nesta dinâmica que ambos devem ser apreendidos, ou seja, em sua totalidade, que envolve a dimensão biológica, patológica, psicológica e existencial.

Para Beauvoir (1990), a classe dominante impõe às pessoas idosas seu estatuto e uma parcela da população se faz cúmplice dela. As categorias de idade são criações arbitrárias que se modificam de acordo com as diferentes sociedades, que têm



significados e representações sociais, referem-se à forma como estas sociedades pensam questões como a idade, ou seja, são culturalmente construídas e não dados da natureza.

Debert (1999) explica que ser idoso, num país em processo de envelhecimento tem representado constantes momentos de exclusão social. Cita como exemplo as políticas públicas voltadas para este seguimento, que de tão limitadas, chegam a expressar algumas formas de discriminação social.

A autora argumenta que a idade cronológica que se baseia num sistema de datação, representa para as sociedades ocidentais um mecanismo básico de atribuição de status, a partir do momento que o sujeito social, ao adquirir sua maioridade legal, constrói papéis ocupacionais a partir de sua entrada no mercado de trabalho, e passa a formular demandas sociais como, por exemplo, a criação das aposentadorias.

Assim, as diversas formas de classificação da vida estão atreladas a um modelo de produção que sempre priorizou o econômico, a valorização da produtividade e do consumo, onde modelo de produção vigente enfatiza a valorização do jovem em detrimento do velho, dando a entender que o jovem é o indivíduo que está em plena atividade produtiva.

Dessa forma, a autora pontua que as ideologias dominantes fazem propaganda em cima da representação social de um idoso que está longe de ser real, como, por exemplo, a ideia de que o idoso viva de acordo com o estilo de vida do jovem, e que é aceito e considerado como “bom” em nossa sociedade.

O mesmo ocorre quando esta impõe a responsabilidade negativa do ato natural de envelhecer aos próprios idosos, culpabilizando aqueles idosos que, por diferentes fatores, não conseguem viver o estilo de vida do jovem, de não ter acesso à qualidade de vida.

Neri, Born, Grespan e Medeiros (2009) chamam atenção para o fato de que, mesmo que uma parcela dos idosos goze de boa saúde, de condições financeiras pelo menos razoáveis, de aceitação social e de atendimento igualitário aos seus direitos, mesmo assim a velhice impõe receios e restrições, porque implica maior fragilidade e menor probabilidade de sobrevivência.

Bosi (1987) constrói seu conceito de idoso a partir de seus estudos fundados na memória dos idosos. Para ela, as pessoas idosas são aquelas que já viveram determinados eventos culturais, familiares e sociais comuns. Defende que sem os velhos, a educação dos adultos não alcança plenamente o reviver de que se perdeu e o reviver de quem já partiu.

A autora enfatiza o aspecto social em relação ao biológico. Considera que a velhice é categoria social, que vai além do indivíduo, tendo em vista que cada sociedade vivencia de modo diferenciado o declínio biológico do homem.

Assim, nesse estudo, as categorias idoso e velhice serão pensadas enquanto construções históricas, biológicas, psíquicas, sociais, econômicas e culturais que vão além do indivíduo, abrangendo toda uma construção social, multidimensional e inter-relacional vivenciadas de forma diferenciada ao da história oficial em cada sociedade.

Tal dinâmica tem levado os estudiosos a buscarem meios para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e para controlar as morbidades que mais estão sujeitas.

Um dos maiores anseios da humanidade ao longo dos séculos é a busca da longevidade, de viver mais e de usufruir um estado de bem-estar e de saúde. Neste caso, a saúde do homem refere-se à capacidade de desenvolver uma perspectiva integradora de sua realidade, sendo o processo de viver uma situação permanente de equilíbrio e desequilíbrio ecológico (ALBUQUERQUE, 2008).

Dessa forma, o estado de saúde de um indivíduo é muito mais do que um bem-estar físico, constituindo-se de uma complexa interrelação entre os aspectos psicológicos e fisiológicos da saúde e da doença, e também entre os componentes objetivos e subjetivos desses estados.

A Organização Mundial de Saúde considera o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social, acrescido de seus determinantes e condicionantes, e que foi incorporada em nossa Constituição Federal de 1988, enquanto direito do cidadão e dever do Estado.

A saúde é produto da interação e do equilíbrio entre condições físicas e mentais dos indivíduos e os recursos que a sociedade lhes oferece para a promoção e a manutenção de sua boa qualidade de vida, ao longo de todo o desenvolvimento (DIOGO; NERI, 2009).

Para Moraes (2012) o conceito de saúde relaciona-se a capacidade de satisfação das necessidades e realização do ser humano, conforme podemos observar abaixo.

O conceito de saúde está relacionado à medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças, tendo em vista que a “maioria dos idosos são portadores de doenças ou disfunções orgânicas que, na maioria das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou a restrição da participação social” (p. 19).

Aqui, o conceito de saúde é pensado não na perspectiva biomédica, do binômio saúde-doença, mas enquanto um conjunto de múltiplos fatores que implicam em qualidade de vida para os indivíduos enquanto resultado de um processo contínuo de mudanças no indivíduo e na unidade sociocultural em que se desenrola a sua história pessoal. (NERI, 2008)

Neste contexto, a aplicação do conceito de saúde relacionado ao envelhecimento é complexa, pois essas medidas sofrem a interferência de atitudes culturais negativas, preconceituosas, relativas ao envelhecimento (ALBUQUERQUE, 2008).

E que foram fundadas no modelo que incita à associação da velhice com patologia ou anormalidade que requer “intervenção” (NERI, 2008; BORN; BOECHAT, 2006).

Na contramão da perspectiva biomédica, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) trabalha com o conceito de envelhecimento ativo enquanto processo para otimizar oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, possibilitando melhorar a qualidade de vida no processo de envelhecimento de cada pessoa.

Nestes termos, o envelhecimento ativo está relacionado ao grau de satisfação do idoso com a vida nos seus múltiplos aspectos: moradia, transporte, alimentação,

lazer e outros. Quando a qualidade de vida, está relacionada à área da saúde, diz respeito ao grau de limitação e desconforto que a doença/ e ou a sua terapia acarretam ao paciente e à sua vida. Dessa forma, liga-se à questão de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças, ou seja, à área epidemiológica (ROLIM; FORTI,2009).

Moraes (2012) defende a avaliação multidimensional como instrumento para avaliar a saúde do idoso, pois a mesma utiliza como parâmetros a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), que define como componentes da saúde: a *funcionalidade* e a *incapacidade*.

Segundo o autor, a avaliação multidimensional procura identificar problemas que até então eram atribuídos ao processo de envelhecimento *per si* (“da idade”) e, portanto, não abordados de forma adequada. É um processo global e amplo que envolve o idoso e a família, e que tem como principal objetivo a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados.

De acordo com Moraes (2012), mesmo com doenças, o idoso pode continuar desempenhando os papéis sociais. O foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades de forma independente e autônoma, mesmo que esteja acometida por doenças.

*A funcionalidade* é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação social; a *incapacidade* é um termo que abrange as deficiências, limitação das atividades ou restrição da participação social. (p.102)

De acordo com o autor, as funções do corpo são as funções dos sistemas fisiológicos e representam a perspectiva corporal da funcionalidade. A perda dessa função provoca um nível de incapacidade denominado deficiência (perspectiva corporal da incapacidade).

Para Moraes, bem-estar e funcionalidade são equivalentes e representam a presença de autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras) e independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios), permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida. A própria portaria que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que *“o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica”* (BRASIL, 2006).

Assim, a independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos seguintes sistemas funcionais principais: a cognição, enquanto capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano; o humor, que funciona como motivação necessária para atividades e/ou participação social; a mobilidade, sendo a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio onde o indivíduo está inserido; e a comunicação, enquanto capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias, sentimentos; e está intimamente relacionada à habilidade de se comunicar (MORAES, 2012).

Para o autor, as tarefas do cotidiano necessárias para que o indivíduo cuide de si e de sua própria vida são denominadas atividades de vida diária (AVD). Podem ser classificadas, segundo o grau de complexidade em: básicas, instrumentais e avançadas. Infere que quanto maior for a complexidade da AVD, maior será a necessidade do funcionamento adequado dos sistemas funcionais principais -cognição, humor, mobilidade e comunicação - de forma integrada e harmoniosa.

As atividades de vida diária básicas são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência do indivíduo e referem-se às tarefas do cotidiano necessárias para o cuidado com o corpo, como tomar banho, vestir-se, a higiene pessoal (uso do banheiro), transferência, continência esfinteriana e alimentar-se sozinho. Esse caráter hierárquico das tarefas é extremamente útil, capaz de traduzir a gravidade do processo de fragilização do indivíduo, pois o declínio funcional inicia-se por tarefas mais complexas, como o banhar-se, e progride hierarquicamente até chegar ao nível de dependência completa, quando o paciente necessita de ajuda até para alimentar-se.

De acordo com MOARES (2012), a gravidade do declínio funcional nas AVD básicas pode ser classificada em: *Independência*, onde o idoso é capaz de realizar todas as atividades básicas de vida diária de forma independente; *Sem dependência*, onde há o comprometimento de, pelo menos, uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado, como banhar-se, vestir-se e/ou usar o banheiro; *Dependência incompleta*, onde o idoso já apresenta o comprometimento de uma das funções vegetativas simples, transferência e/ou continência, além da dependência para

banhar-se, vestir-se e usar o banheiro; *Dependência completa*, quando o idoso apresenta comprometimento de todas as AVD, inclusive para se alimentar.

O autor descreve, ainda, duas outras atividades que servem de parâmetro para definir a autonomia ou não do idoso: as *atividades de vida diária instrumentais* são as mais complexas que as básicas, sendo as mesmas, indicadoras de que o idoso tem capacidade de viver sozinho na comunidade. Nelas, estão incluídas atividades relacionadas ao cuidado intradomiciliar ou doméstico como preparo de alimentos, fazer compras, controle do dinheiro, uso do telefone, trabalhos domésticos, lavar e passar roupa, uso correto dos medicamentos e sair de casa sozinho; e as atividades de vida diária avançadas, representadas pelas atividades relacionadas à integração social, englobando as atividades produtivas, recreativas e sociais, como trabalho formal ou não, gestão financeira, direção veicular, participação em atividades religiosas, serviço voluntário, organização de eventos, uso de tecnologias (uso da internet, *hobbies*, dentre outros. (MORAES, 2012).

Para o autor, a funcionalidade global é o ponto de partida para a avaliação da saúde do idoso e deve ser realizada de forma minuciosa, utilizando-se todos os informantes, familiares ou não, desde que convivam com o paciente e sejam capazes de detalhar o seu desempenho em todas as atividades de vida diária. A presença de declínio funcional não pode ser atribuída ao envelhecimento normal e sim às incapacidades mais frequentes no idoso.

Moraes infere que o comprometimento dos principais sistemas funcionais gera as incapacidades e, por conseguinte, as grandes síndromes geriátricas: a Incapacidade



cognitiva, a Instabilidade postural, a Imobilidade, a Incontinência e a Incapacidade comunicativa. O desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento pode gerar intervenções capazes de piorar a saúde do idoso.

Dessa forma, a revisão dos sistemas fisiológicos corresponde à avaliação da funcionalidade das estruturas e funções do corpo (deficiências), enquanto que a revisão das funções corresponde à avaliação das atividades (limitação) e da participação social (restrição). Bem-estar é um termo geral que engloba o universo total dos domínios da vida humana, incluindo os aspectos biológicos, psíquicos e sociais.

Assim, a doença poderá, dependendo da capacidade de adaptação da pessoa, comprometer diretamente o bem-estar biopsicossocial. Essa capacidade de adaptação está diretamente relacionada ao contexto onde a mesma está inserida, cujos fatores contextuais representam o histórico completo da vida e do estilo de vida e que incluem os fatores ambientais e os fatores individuais. Os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e de atitudes nas quais as pessoas vivem e conduzem a sua vida. Os fatores individuais são o histórico particular da vida e do estilo de vida - o sexo, idade, estilo de vida, hábitos, estilos de enfrentamento, nível de instrução, padrão geral de comportamento e de caráter. São responsáveis pela manutenção do equilíbrio psíquico do indivíduo, protegendo-o de conflitos internos.

Desta forma, o envelhecimento normal está associado a diversas alterações estruturais e funcionais nos sistemas fisiológicos principais (sistema nervoso, cardiovascular, respiratório, digestivo, geniturinário, locomotor, etc.). Alguns

exemplos de alterações normais do envelhecimento são a sarcopenia (redução da massa muscular), a osteopenia (redução da massa óssea), a redução do conteúdo de água corporal, redução da capacidade aeróbica, dentre outros. Esse declínio normalmente não traz nenhuma restrição da participação social do indivíduo, apesar de caracterizarem uma deficiência.

Moraes (2012) esclarece que, no envelhecimento normal, o indivíduo poderá apresentar, no máximo, uma lentificação global no desempenho das tarefas do cotidiano (limitação das atividades). Esse declínio funcional fisiológico afeta somente aquelas funções que não são essenciais para a manutenção da homeostasia do organismo na velhice, sendo, por sua vez, essenciais para o adulto, que necessita de todas as funções no seu mais alto nível de funcionamento, para a reprodução e manutenção da espécie humana; ou seja, toda função perdida com o envelhecimento normal é supérflua, não sendo indispensável para a manutenção de uma vida funcionalmente ativa e feliz.

Moraes (2012) defende que a família é outro elemento fundamental para o bem-estar biopsicossocial e a sua ausência é capaz de desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e independência do idoso (insuficiência familiar). Ela é uma instituição de apoio capaz de modular o funcionamento do indivíduo, reduzindo ou exacerbando suas incapacidades, pois a presença de incapacidades é o principal preditor de mortalidade, hospitalização e institucionalização em idosos. É esse declínio funcional que é a principal manifestação de vulnerabilidade e o foco da intervenção geriátrica e gerontológica, independentemente da idade da pessoa doente.

## 1.2. Principais Agravos que Acometem os Idosos.

Enquanto o Brasil sofre o processo de envelhecimento rápido, sua infraestrutura de serviços não dá conta das demandas decorrentes destas transformações, levando à transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade (CHAIMOWICZ, 2013).

Para o autor, a transição epidemiológica, aqui entendida enquanto modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população, ocorre em conjunto com outras transformações demográficas e sociais, a partir de três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas dentre as primeiras causas de morte; o deslocamento da carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos; e a transformação de uma situação de predomínio de mortalidade para outra em que a morbidade é dominante.

O autor considera que a relação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica pode ser explicada pela queda inicial da mortalidade, que se concentra dentre as doenças infecciosas, beneficiando a população mais jovem. Estes se tornam adultos e passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial e hipercolesterolemia.

Desta forma, à medida que aumenta a expectativa de vida e cresce o número de idosos, tornam-se mais frequentes as complicações daquelas moléstias/agravos. Os

processos agudos, antes, maiores causadores de óbitos rápidos, dão lugar às doenças crônicas e suas complicações, levando a uma maior e prolongada utilização dos serviços de saúde (KALACHE et al. ,1987).

Seguindo este raciocínio, também Chaimowicz (2013) aponta que cresce a proporção de idosos debilitados “sobreviventes”. Para o autor, no Brasil, as mudanças não têm ocorrido exatamente de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados ou mesmo por vizinhos latino-americanos como o Chile, Cuba e Costa Rica, pois não houve substituição, mas superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, e agora associadas aos acidentes e mortes violentas.

Silva (2003) entende o processo de envelhecimento como resultante de uma complexidade e variedade de fatores no que diz respeito à saúde, relacionando-a aos aspectos: biológico, social, psicológico, intelectual, econômico, funcional cronológico.

Para Diogo e Neri (2009), a saúde deve ser pensada enquanto produto da interação e do equilíbrio entre as condições físicas e mentais dos indivíduos e os recursos que a sociedade lhes oferece para a promoção e a manutenção de sua boa qualidade de vida, ao longo de todo o desenvolvimento.

Discutindo a relação saúde e envelhecimento, Albuquerque (2008) considera que é complexa a aplicação dos conceitos de saúde relacionados ao envelhecimento, pois os mesmos sofrem a interferência de atitudes culturais negativas, preconceituosas, relativas ao envelhecimento.

Assim, com base no exposto, a relação saúde x envelhecimento, não envolve a ausência de doença, mas como condição multifacetada, variável e histórica resultante tanto de processos de desenvolvimento físico e mental do ser humano quanto do meio social.

Como exemplo, citamos as taxas de prevalência de incapacidade funcional dos idosos mais pobres (até um salário-mínimo per capita), que, segundo o IBGE (2009), são maiores do que as dos idosos com rendimento mais elevado (mais de cinco salários mínimos per capita), variando de 20,4% a 39,3% e de 5,8% a 32,9%, respectivamente, nas mesorregiões.

Esses dados são compatíveis com os resultados dos estudos sobre o tema, que mostram que a renda está associada com a incapacidade funcional de forma inversa, ou seja, o aumento da renda e diminuição da incapacidade funcional. Mas ressaltamos que, mesmo entre os idosos com nível de rendimento mais elevado, essa taxa de prevalência alcança 32% em algumas áreas, levando-nos a refletir que as ações preventivas de saúde, nestes grupos, são determinantes na redução de declínio funcional. (BRASIL, 2009)

Neste sentido, a noção de velhice não pode restringir-se apenas a uma fase de declínio inevitável e universal rumo à morte, mas que nela os indivíduos possam conviver tanto com limites, quanto com potencialidades para o funcionamento, constituindo-se numa complexa dinâmica de alterações físicas e comportamentais resultantes em ganhos e perdas concorrentes. (DIOGO; NERI, 2009, p.7).

Debert (1999) defende que a questão do envelhecimento seja discutida dentro de uma perspectiva multidimensional, ou seja, enquanto processo social, econômico, político e cultural, envolvendo ao mesmo tempo a pessoa envelhecida e relações de poder advindas do modelo de produção capitalista vigente em nossa sociedade, que manipula as categorias idade.

No mesmo entendimento, Gusmão (2003), infere que o modelo capitalista de produção institui prática e valores que negam a velhice, o estar velho em nome de um real que já não encontra lugar próprio. Esta dinâmica exige a intervenção do Estado por meio das políticas públicas, segundo este autor, tendo em vista que,

O caráter do mundo moderno em sua natureza capitalista está dado pela ordem produtiva que toma o jovem e o adulto com produtores e compreende o velho e a velhice como uma interrupção perigosa da ordem, posto que já não são produtivos para o capital (p.12).

Freitas, Queiroz e Souza (2010) chama atenção para o entendimento de que o envelhecimento independe, na sua singularidade da idade cronológica, pois alguns indivíduos, mesmo com idade avançada, não se sentem absolutamente “velhos”, enquanto para outros, de idade aparentemente pouco avançada, o peso da velhice é algo intenso e limitante.

Os autores explicam que quando o homem convive com as doenças e estas colocam em risco sua independência “funcional”, há uma tendência dos idosos entrarem em depressão, tendo em vista a perda de seu poder de provedor e chefe de família.

Quando os autores relacionam o envelhecimento, as doenças, a dependência funcional, e a possibilidade da morte, inferem que, na maioria dos casos, há provavelmente um processo de negação e de não aceitação de sua condição mórbida, permeado por valores culturais agregados de geração a geração.

Em relação ao conjunto das principais causas de internação hospitalar, as doenças crônicas apresentam-se como predominante se comparada a outros agravos, apresentando-se em segundo lugar, a pneumonia, agravo este que tem levado um grande número de idosos a constantes internações ou mesmo a óbito. (BRASIL, 2010).

Quando se trata de internação hospitalar pelo SUS, constatou-se que nem todos os idosos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, em média 70% dos idosos brasileiros o são, porém, há variações regionais consideráveis, com uma tendência de diminuição desses percentuais de Norte para o Sul do país.(BRASIL, 2010)

Assim, diante de um país *envelhescente*, mesmo diante de melhores condições de saúde, inúmeras situações e questões têm sido postas em função dessa nova condição, como é o caso dos idosos com fragilidades físicas e/ou mentais, dos portadores de doenças degenerativas, das doenças de caráter crônico, que vêm crescendo drasticamente a cada década. Ou seja, nas palavras de Ramos (2003), a grande maioria dos idosos são portadores de pelo menos uma doença crônica.

Carvalho (2003) também deixa claro sua preocupação quanto ao acelerado crescimento dessas doenças nas últimas décadas na população idosa, o que as deixa

mais vulnerável, assim como seu elevado índice de mortalidade, principalmente o percentual da doença cardiovascular como causa mais comum de óbito.

Vale ressaltar que, conforme a Organização Mundial de Saúde para definir grupos populacionais em situação de vulnerabilidade e o idoso frágil. Para o grupo em vulnerabilidade, os critérios utilizados são: idade superior a 80 anos; morar só; mulher, especialmente solteira ou viúva; morar em instituições; isolamento social; não ter filhos; apresentar limitações severas ou incapacidades; casais em que um dos cônjuges seja incapacitado ou esteja doente; e ter recursos escassos (BRASIL, 2006).

Usa-se a terminologia idoso frágil ou em situação de fragilidade para designar as pessoas com 75 anos ou mais de idade, e que: vive em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI); idoso acamado; recém hospitalizado; apresente doenças incapacitantes (acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros); idoso com, pelo menos, uma incapacidade funcional básica; ou vivencia situações de violência doméstica (BRASIL, 2006).

Segundo o IBGE (2009), com base no PNAD de 2003 a 2008, entre os idosos que declararam possuir doenças crônicas, 64% apresentavam mais de uma patologia. Enquanto entre as pessoas mais jovens, de 0 a 14 anos, esse percentual era de apenas 9%. Entre os idosos, esse percentual atinge 75% do grupo, tendo superior prevalência da doença nas mulheres (VERAS; PARAHYBA, 2007).



Entre as doenças crônicas, grande destaque tem sido dado pela comunidade científica nacional e internacional à doença renal crônica, que vem sendo considerada como problema de grande relevância, complexa, exigindo múltiplas abordagens no seu tratamento (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Os autores alertam que, apesar dos avanços que da medicina terem trazido significativos resultados ao tratamento da doença, a chance de morte supera a de iniciar a diálise, à medida que a doença progride, mesmo quando os usuários recebem cuidados médicos padrão.

O alastramento deste agravo junto ao segmento da população idosa, ao mesmo tempo em que eleva esse risco acentuadamente, coloca-o enquanto “problema de saúde pública”, cuja única estratégia de sobrevivência diante da doença, de seu agravamento e da debilitação física do paciente, é a necessidade constante de dialisar (RUCCO, 2010; PEDROSO; OLIVEIRA, 2007; KUSUMOTA, 2008).

Neste contexto, as pessoas idosas, portadoras de IRC, objeto de nosso estudo, sofrem duplamente. Ou seja, sofrem em função do próprio processo de perda das capacidades físicas e psíquicas, situação normal a partir dos 60 anos de idade, e sofrem também pelos condicionantes e limitações que a doença crônica impõe-lhes no dia a dia, alterando seu estado geral de saúde (ORLANDI, 2008).

O processo de acometimento da doença, assim como seu tratamento compromete não só a qualidade de vida do idoso, mas de toda sua família. Apesar de ser comum atribuir ao próprio idoso a responsabilidade pela mesma.

No entendimento de Neri (2008) a promoção da boa qualidade de vida na velhice, na verdade, excede os limites da responsabilidade pessoal, é uma construção de caráter sociocultural, resultante da qualidade da interação entre pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em mudança.

Desta forma, parece-nos que mesmo na condição de idoso portador de IRC, ele jamais deixa de ser um cidadão, portador de direitos, principalmente, de ter acesso a todas as formas de tratamento da doença e viver com qualidade de vida, mesmo na fase mais aguda do agravo.

Outro ponto sobre a IRC que merece ser aqui destacado é o fato de ela apresentar-se de modo silencioso, chegando a levar anos para ser diagnosticada ou percebida pelo próprio indivíduo, que por desconhecimento, despreza alguns sintomas, tendo como resultado um retardamento em seu diagnóstico. E em consequência, o completo e irreversível comprometimento do funcionamento de suas funções hepáticas, cujas consequências envolvem não somente o cuidado da saúde, mas também o social e o econômico (CESARINO, 1998; RESENDE, SANTOS, e SOUZA, 2007).

No Brasil, estima-se que o número da incidência dessa doença já atingiu os 1,4 milhões de indivíduos. E o mais alarmante é que mais de 70% das pessoas não sabiam que eram portadoras da referida doença (MAUTH, 2011).

O Censo nacional anual dos usuários com doença renal crônica em programa de diálise, realizado pela SBN aponta que o número total estimado de pessoas portadoras

de IRC em 2012 foi de 97.586 e que esse número vem aumentando gradativamente ao longo dos anos.

O mesmo aponta que no ano de 2000, esse número era de 42.695 pessoas, em dez anos esse número mais que dobrou, ou seja, foi para 91.314 pessoas. Em 2011, houve um crescimento em torno de 3% ao ano em relação a 2010, indo para 92.091 pessoas acometidas pela doença e em tratamento de diálise.

Esse estudo ainda mostrou que a taxa de prevalência de tratamento dialítico em 2012 foi de 503 usuários por milhão da população, variando por região entre 291 usuários na região Norte a 630 usuários na região Centro-Oeste.

Em relação ao percentual de usuários realizando diálise três vezes por semana, o estudo mostrou que entre as pessoas com idade menor ou igual a 12 anos, o percentual foi de 0,3%; entre 13 a 18 foi de 4,2%; entre 19 a 64 anos foi de 63,6%; já entre 65 a 80 anos foi de 27,7%; e nas pessoas maiores de 80 anos foi de 4,2%. E se o grupo de 19 a 64 fosse de 19 a 59, diminuiria este grupo e aumentaria o de idosos.

Os dados acima mostram que há uma permanente predominância de usuários idosos em situação de diálise, mas se percebe que a estes nem sempre é dado o direito ao transplante renal. Tendo em vista que, conforme infere a SBN, o transplante renal é o tratamento que envolve a escolha para usuários com IRCT e que o mesmo é indicado somente àquelas pessoas que “não apresentem contra-indicações” para realizá-lo, com objetivo de oferecer-lhe melhor sobrevida, qualidade de vida, considerando que o mesmo possui mais custo-efetivo do que as diálises.

Ao analisarmos as palavras do autor sobre o tratamento renal via transplante de rim, evidenciamos que é exatamente em cima do termo, “que não apresente contra-indicação” que os médicos não liberam usuários idosos IRC para o transplante, limitando seus tratamentos somente à diálise, devendo lá permanecer até seu óbito.

Assim, o atendimento ao idoso IRC visando a ampliação do seu tempo de vida, envolve uma série de ações na atenção básica, além de medidas universais de promoção à saúde e a prevenção deste agravo, principalmente a partir do controle estrito do diabetes e da hipertensão arterial. Para isto, é necessário que os programas de Saúde disponibilizem para a rede básica de Saúde diretrizes clínicas, exames laboratoriais, equipamentos para diagnóstico e medicamentos, entre outros.

Tais ações estão estreitamente relacionadas ao segundo nível de atenção, a que objetiva retardar a progressão da doença, mantendo as medidas de controle de diabetes e hipertensão, acrescentando medicamentos de proteção renal e acompanhamento nutricional. Nesta fase, é imprescindível o acompanhamento também do nefrologista no intuito de orientar a prevenção ou tratamento das complicações da DRC como anemia, osteodistrofia, acidose e outras.

Lembrando que com a evolução da IRC, tanto o paciente quanto seus familiares devem ser preparados para enfrentar a fase terminal da doença, que é caracterizada pela obrigatoriedade do idoso submeter-se ao procedimento de diálise, enquanto única possibilidade de manter-se vivo, ou seja, a vida do idoso passa a depender de uma máquina ao qual terá que submeter-se, pelo menos, por quatro horas e três vezes por

semana, já que, como afirmamos há pouco, lhe é negado o direito ao transplante de rins.

## **Capítulo II**

### **PROTEÇÃO SOCIAL À CIDADANIA DO IDOSO NO BRASIL**

No entendimento de que as recentes reformas da previdência foram no sentido de desvincular as aposentadorias dos reajustes salariais dados aos trabalhadores ativos, além de outras que propõem reduzir as transferências de rendas aos idosos em favor de crianças e adolescentes, como meio de reduzir a pobreza para um maior número de pessoas, com isso esquecem seu verdadeiro valor e contribuição na produção da riqueza nacional.

É importante discutirmos o lócus dos direitos dos idosos na Constituição, nas leis e em algumas políticas públicas diretamente relacionadas à população idosa e a esse estudo, considerando também suas relações com o mercado e as representações sociais da velhice, além das intergeracionais.

Assim, estaremos discutindo neste capítulo, em um primeiro momento, os direitos da população idosa a partir da Constituição Federal de 1988, no âmbito de sua cidadania, das políticas de assistências e de saúde. Em um segundo momento passaremos a analisar o papel das políticas públicas voltadas para a saúde do idoso, principalmente no âmbito do acesso dos idosos IRC aos seus respectivos tratamentos deste agravo. A partir da Lei nº 8.080/90, no Estatuto do Idoso, na Política Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa.

No terceiro momento, situaremos os serviços e atenção existentes sobre IRC, no lócus da pesquisa, Manaus; refletindo sobre as demandas postas pelos usuários ao Programa SOS Vida. E no final apresentamos os resultados da pesquisa de campo, com destaque para os perfis socioeconômicos dos idosos IRC atendidos pelo Programa SOS Vida. Em seguida, estaremos nos detendo, especificamente, ao histórico deste agravo juntos aos 24 entrevistados; o fluxo entre o aparecimento dos sintomas da IRC e sua conseqüente inclusão na clínica de hemodiálise; as reações destes usuários e de suas famílias após o diagnóstico deste agravo; e suas respectivas percepções em relação aos fatores causadores de sua moléstia.

## **2.1. A Carta Magna e o direito aos Idosos**

A cidadania é o ponto mais alto da realização do homem enquanto sujeito não somente deveres, mas principalmente, de direitos em uma sociedade. Muitos são os mecanismos e meios de proteção à cidadania da pessoa idosa hoje no Brasil, que teve na promulgação da Constituição Federal de 1988 seu marco mais democrático e pautado na ideia da dignidade humana e de universalidade.

Assim, nos países democráticos a dignidade do cidadão é sem dúvida um dos principais temas constitucionais tendo como idealizadora a Declaração dos Direitos Humanos, neste contexto, a partir da promulgação da Carta Magna no Brasil em 1988, foram criadas inúmeras legislações com base nos dispositivos constitucionais voltados especificamente aos idosos, entre outros.

No entendimento de Faleiros (2008),

O pacto social da Constituição de 1988, conforme a correlação de forças politicamente expressa no Parlamento, reflete a democratização da sociedade e a expressão dos direitos fundamentais e específicos dos idosos na Lei Maior do país, com garantia de implementação. A Constituição rompeu ainda com o centralismo e a fragmentação de políticas sociais, com o fortalecimento do federalismo e do municipalismo, assegurando a participação da sociedade em várias instâncias como nos Conselhos e também por meio da democracia direta do plebiscito, do *referendum* e de projetos de iniciativa popular. (p.11)

O autor infere que foi no contexto da transição democrática da ditadura de 1964-85 para a democracia, consolidada legal e formalmente na Constituição de 1988, que se expressou uma mudança de paradigma de direitos para a pessoa humana, inclusive para a pessoa idosa. A ruptura com o autoritarismo levou ao reconhecimento da liberdade, da igualdade, da solidariedade, do respeito e da dignidade como valores construídos democraticamente, isto é, com a participação da sociedade pelo voto, pela transparência, pela crítica, contraditoriamente.

Faleiros defende que a questão dos direitos da pessoa idosa, representa uma questão política, resultante de um pacto societário frente aos envelhecimentos demográficos e pessoais e, que se contrapõe ao então modelo filantrópico, clientelista e à privatização da velhice.

O autor explicita que os direitos da pessoa idosa se inscrevem numa relação complexa, onde a estrutura e as superestruturas formam um bloco histórico, o conjunto complexo, contraditório e discordante das superestruturas é o reflexo do conjunto das relações sociais de produção. (FALEIROS, 2008, p.71)

Para Cielo e Vaz (2009), a Constituição não se limitou apenas a apresentar disposições genéricas nas quais pudessem ser incluídos os idosos, mas surpreende o enorme avanço na área de proteção aos direitos dos mesmos, ao contemplá-los, garantindo-lhes assim a sua cidadania.

Faleiros (2008) tem outro entendimento, firmar o lócus dos direitos dos idosos na Constituição, nas leis e nas políticas é considerado polêmico, pois levam em conta não só as relações com o mercado e as representações sociais da velhice, mas com as relações intergeracionais. Para o autor, tanto a conquista de direitos como suas reformas, se inscrevem num processo da mobilização social, de coalizão/colisão de forças, do peso eleitoral dos mais velhos e dos dispositivos estatais que existem em relação a eles, na correlação de forças sociais.

Em relação ao idoso na Carta Magna, observamos que, de forma ampla, no Artigo 1º, inciso III, apresenta o fundamento da dignidade da pessoa humana. Já no Artigo 3º, estipula como sendo um dos objetivos fundamentais da República, a promoção do bem de todos, sem preconceito ou discriminação em face da idade do cidadão.

De acordo com Cielo e Vaz (2009) o texto constitucional assegura, também, que a cidadania e a dignidade da pessoa humana são fundamentos do Estado Democrático de Direito, que todo cidadão brasileiro tem os seus direitos garantidos e amparados e, aponta que é apenas o primeiro passo rumo à conquista da verdadeira cidadania.



Analisando os Arts. 5º, 6º e 7º em relação aos direitos fundamentais do cidadão, tanto os políticos, como os civis e os sociais a partir da clássica tripartição feita por T. H. Marshall em 1949. Faleiros explica reportando em Marshall (1967,p.6) que a cidadania civil é expressão do direito à liberdade; a política é expressão do voto; a social é garantia da educação e de mínimos sociais, constituindo-se assim a cidadania civil, no século XVIII, a política no século XIX e a social no século XX.

Para Barbalet apud Faleiros (1989), esta divisão tripartite defendida por Marshall não levou em conta as lutas sociais e as lutas de classes na implementação da cidadania, nem uma visão da cidadania como participação.

Faleiros defende que a dinâmica de construção da cidadania, de fato, passa pelo reconhecimento de direitos do ponto de vista jurídico, implicando, no entanto, uma dinâmica contraditória de lutas e de forças entre estruturação legal e a vida social real.

Em relação aos direitos e garantias fundamentais, há necessidade de vontade política para o implemento da norma, direcionamento das políticas públicas para a proteção do ser humano, sempre que não for autoaplicável o dispositivo constitucional, ou no caso de depender de implementação de políticas públicas (CIELO;VAZ,(2009).

No entendimento de Faleiros (2008) os direitos da pessoa idosa e sua inclusão na esfera constitucional não estão limitados a um corte de idade, apesar de a idade ser um critério para outorgar ou limitar direitos, esse critério é social, político e economicamente construído na relação estado/sociedade/mercado.

O autor explica que a idade de direitos ou direitos por idade, não são definidas cronologicamente, mas no confronto das relações e das mudanças demográficas, sociais, epidemiológicas, de qualidade de vida, intergeracionais, econômicas, políticas, culturais, como a relativa aos preconceitos em relação à velhice.

Faleiros (2008) explica que,

Tratar do reconhecimento dos direitos dos idosos significa, antes de tudo, considerar que o ordenamento jurídico se vale do critério etário para outorgar ou limitar de direitos, ou seja, a idade serve como parâmetro para a aquisição, modificação, ou extinção de direitos. (p.7)

E continua o autor, ao mesmo tempo, não se limitou apenas a apresentar disposições genéricas nas quais pudessem ser incluídos as pessoas idosas, mas, também em seu Artigo 229 impõe aos filhos maiores o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade, e ampliando a concepção de responsabilidades.

Cielo e Vaz (2009, p.38) também analisam o artigo 230 que impõe a família, a sociedade e ao Estado o dever de amparar as pessoas idosas, de forma que seja assegurada sua participação na comunidade, defesa de sua dignidade e bem-estar e garantia do direito à vida, o que representou, segundo as autoras, “enorme avanço na área de proteção aos direitos dos idosos, dado pela constituição de 1988 ao contemplar os idosos, garantindo assim a sua cidadania”.

Assim, o direito à liberdade, deve ser propiciado ao idoso por meio de providências reais por parte do Estado e da sociedade, principalmente a

independência familiar e social, através de prestações previdenciárias e assistenciais eficazes.

Já o direito à igualdade, deve ser concedido aos idosos às mesmas condições das demais pessoas, que vivem em sociedade, assim o direito à cidadania, assegura ao idoso a conservação de sua capacidade para analisar e compreender a realidade política e social, criticá-la e atuar sobre ela.

No Campo do direito ao trabalho, Cielo e Vaz (2009), assim como Silva (2005) afirmam que é uma garantia constitucional que necessita estender-se ao idoso de forma realmente eficaz, para que este possa prover o próprio sustento.

No campo da integridade física do idoso, o texto constitucional sugere que sua garantia se dê de todas as formas possíveis, incluindo a conscientização da população no que tange às particularidades do envelhecimento até a educação social, para o resgate das boas maneiras no trato com idosos.

Ou seja, no entendimento de Braga (2005), deve ser efetivamente assegurado a todo idoso, o direito de associação e convívio, garantindo a participação no processo de produção, re-elaboração e fruição dos bens culturais, educacionais e sociais.

A autora afirma que o idoso quase sempre não é tratado como cidadão, que a realidade obrigou o constituinte a ser bem claro no texto, estabelecendo meios legais para que o mesmo deixe de ser discriminado e receba o tratamento que lhe é devido.

Para Cielo e Vaz (2009) ; Braga (2005), mais do que reconhecimento formal e obrigação do Estado para com os cidadãos da terceira idade, que contribuíram para seu crescimento e desenvolvimento, o absoluto respeito aos direitos humanos fundamentais dos idosos, tanto em seu aspecto individual como comunitário, espiritual e social, relaciona-se diretamente com a previsão constitucional de consagração da dignidade da pessoa humana.

A Constituição Federal vigente demonstrou especial preocupação com o idoso no tocante à individualização da pena, Artigo 153, § 2º, I, devendo o mesmo cumpri-la em estabelecimento penal distinto. Outro aspecto relevante da proteção constitucional, Artigos 127 e 129 que reservam ao Ministério Público a defesa dos direitos coletivos da sociedade, incluindo-se os idosos.

No campo individual, os idosos carentes devem contar com o apoio da Defensoria Pública, Artigo 134. Aos economicamente frágeis, Artigo 201, isentando-os do imposto sobre a renda percebida, bem como dando a ele o direito ao seguro social, ou aposentadoria, variando as idades, se homem ou mulher, se trabalhador urbano ou trabalhador rural (CIELO; VAZ,2009).

Para o idoso que não tem previdência social, a Constituição assegura a prestação de assistência social à velhice, Artigos 203, V, e 204. Tal proteção deve se dar com os recursos orçamentários da previdência social, conhecida como BPC (Benefício de prestação Continuada), a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Rulli Neto (2003, p.43) observa que é necessário adotar continuamente comportamentos sociais e estatais que visem proteger o indivíduo – medidas que garantam a proteção dos direitos humanos. O que não deixa de ser contraditório, pois a Constituição brasileira, ao garantir os direitos a todos os cidadãos brasileiros ou estrangeiros aqui residentes, tais como respeito à vida, à cidadania, à dignidade, entre outros, não está sendo aplicada aos idosos, pois a sociedade atual valoriza mais os jovens.

Braga (2005) defende que a sociedade só será ética quando reconhecer todos os ciclos da vida:

Quando o Brasil reconhecer o potencial de seus membros idosos, passará a lutar para que o direito os reconheça como cidadãos. E, finalmente, se os idosos tiverem sua cidadania reconhecida e garantida, será possível dividir entre a família, o estado e a sociedade, a responsabilidade e o prazer de cuidar daqueles, que estão envelhecendo. Quando estivermos neste grau de evolução, estaremos conquistando o nosso próprio espaço no futuro e resguardando a nós mesmos um envelhecimento digno.(p.161)

Mas não é apenas na Constituição que os idosos possuem normas que lhes garantam alguma proteção e direitos. Tanto no Direito Civil, Tributário e Previdenciário, quase todos os campos de normatização do Direito possuem alguma regra dedicada a eles.

Ao referir-se aos direitos da pessoa idosa, Faleiros (2008) observa que eles estão presentes em vários capítulos da Constituição,

Considerando-se mudança de paradigma do idoso assistido para o do idoso ativo, do idoso improdutivo excluído do mercado de trabalho para o do idoso como sujeito de direitos como pessoa envelhescente, do idoso cuidado exclusivamente na família para o do idoso protegido pelo

Estado e pela sociedade, do idoso marginalizado para o do idoso participante. (p.11)

Para o autor, esses direitos se fazem presentes nos capítulos da assistência, da família, do trabalho e da previdência, considerando tanto a cobertura de necessidades (de forma não contributiva) como em decorrência da contribuição e do trabalho. Ou seja, a Constituição não só assegurou os direitos como também garantiu o espaço para sua defesa.

Ela contempla a inclusão da velhice no contexto da assistência social para cobertura de suas necessidades. O Art. 203 garante o benefício de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

No entendimento de Faleiros, fica claro a intenção do Estado de se combater a pobreza na velhice e de se manter o idoso no mesmo patamar de renda que milhões de trabalhadores produtivos que ganham um salário mínimo. Significando, simbolicamente, ter a mesma dignidade que um trabalhador no mercado.

Ainda no Art. 203, afirma-se que “a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social”. Não é à previdência que a lei se refere, mas à seguridade social representando o tripé saúde, assistência e previdência social (FALEIROS, 2008).

No âmbito da assistência social a constituição prevê que deve ser descentralizada e participativa, com coordenação e normas gerais de competência da esfera federal, mas com “a coordenação e a execução dos respectivos programas às

esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social” (Art. 204).

Segundo Faleiros, este artigo impõe a “participação da população por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis”, ou seja, os idosos são também protagonistas da política de assistência. São sujeitos políticos, portanto cidadãos politicamente ativos. Devem ser respeitados em suas ideias e demandas encaminhadas, pois, antes de qualquer discussão, são eles os maiores interessados e demandantes dos serviços de saúde ao Estado.

Referindo-se a previdência social, infere que o impacto do envelhecimento está fazendo com que haja um incentivo ao requerimento da aposentaria numa idade mais avançada, como já está explícito no *caput* do Art. 201. Cada vez mais os governos estão levando em conta não o conceito de improdutividade, mas o de idade avançada, ou seja, a maior longevidade.

## **2.2. Política de Saúde Voltada aos Idosos**

De acordo com o Art. 194 da Constituição Federal de 1988, a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, como visto no capítulo I, de que afunilaremos no estudo da política de saúde e especialmente voltada à pessoa idosa.

A Política de saúde está assegurada na Lei nº 8.080 de 1990 que forma o Sistema Único de Saúde - SUS, reafirmando a saúde enquanto um direito fundamental do ser humano, tendo o Estado o papel de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, mas que, o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

O dever do Estado abrange tanto o âmbito da formulação quanto o da execução de políticas econômicas e sociais que possibilitem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, além do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Dizem respeito também à saúde, as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Define que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, apontando como determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

A lei define como Sistema Único de Saúde - SUS o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, somando-se a eles também, as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. Permite que a



iniciativa privada participe das ações e serviços de saúde em caráter complementar.

Seus objetivos são:

- I- a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II- a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social;
- III- a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Art.5º).

Ao relacionar o processo de envelhecimento e a garantia dos direitos de cidadania do idoso, Paiva (2012) defende que ninguém é surpreendido pela velhice da noite para o dia. Que envelhecer é um processo multidimensional – biológico, psicológico, social e cultural – inerente ao ser humano, iniciado antes da velhice, fase que completa o curso de vida, cuja delimitação não coincide no tempo e no espaço das diferentes sociedades.

A autora ressalta que embora protegido pelos direitos de cidadania,

o “usuário” que atingir a sexagésima idade, provavelmente, enfrentará sérias dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde, cuja situação de doença deverá ser agravada em função da sua condição socioeconômica.(p.160)

Conforme a Lei Orgânica da Saúde está incluída ainda no campo de atuação do Art 6º do SUS:

- I- a execução de ações no campo de: vigilância sanitária e epidemiológica; saúde do trabalhador; assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II- a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III- a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV- a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V- a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI- a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII- o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII- a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX- a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X- o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI- a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

A vigilância sanitária é composta por um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo não somente o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendendo todas as etapas e processos, da produção ao consumo, como também a prestação desses serviços.

A vigilância epidemiológica é definida enquanto conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

A saúde do trabalhador é compreendida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, visando à recuperação e reabilitação

da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo a assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho, entre outros.

Paim (2011) chama atenção para o fato de que apesar da existência de um arcabouço jurídico-normativo, ainda competem, no espaço da formulação e implementação de políticas de saúde, distintas concepções:

O “SUS democrático”, desenhado pelo projeto da RSB; o “SUS formal”, juridicamente estabelecido pela Constituição Federal e todo aparato legal decorrente; o “SUS real”, refém dos desígnios da chamada “área econômica”, do clientelismo e da inércia burocrática que favorece o mercado para o seguro-saúde; e o “SUS para pobre”, centrado numa medicina simplificada para gente simples mediante “focalização”.(p.34)

Para esse autor, o velho trabalhador se insere, a rigor, no “SUS para pobre”. Ou pior, no “SUS para velho pobre”. O que vai de encontro com o que afirma Neto (2010), que “a massa dos vendedores de força de trabalho”, passam a ser responsabilizados pela velhice senil e culpabilizados pelo suposto ônus à política de Seguridade Social.

Assim, no entendimento de Paiva (2012), devem ser observadas algumas particularidades em relação à forma como ocorreu o processo de envelhecimento nos países capitalistas hegemônicos europeus em comparação aos países periféricos. Ou seja, as diferenças nas formas como se efetivaram as políticas sociais, sem perder do foco de análise a luta de classe, o poder de pressão da classe trabalhadora.

Ainda segundo a autora, nos países capitalistas hegemônicos europeus, após a segunda guerra mundial, onde foi implementado o *Welfare State*, a população envelheceu lentamente, tendo melhor qualidade de acesso a bens e serviços. Enquanto que a forma pelo qual o mesmo processo foi vivenciado nos países periféricos permitiu que a população envelhecesse de forma acelerada, e sem haver grandes mudanças nos indicadores de pobreza das sociedades.

A lei nº 8.080/90 estabelece como princípios a:

Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade;

Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

A descentralização político – administrativa deverá ocorrer com ênfase na,

Descentralização dos serviços para os municípios; na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; na organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Paiva (2012) infere que os limites efetivos da política de saúde - como o parco financiamento – são colocados como dados da realidade, naturalizados ou subestimados, transferindo-se a solução de todos os seus conflitos e contradições para o âmbito da gestão em saúde.

Paiva alerta para a percepção de uma defesa explícita de novas modalidades de gestão, numa menção direta ou indireta às fundações estatais de direito privado, onde a saúde passa a ser concebida como espaço estratégico não só no campo do direito, mas também no econômico, integradora de uma estratégia de reatualização desenvolvimentista, de uma tecnificação da gestão, com processos avaliativos instrumentalistas e políticas que acabam por descolar os conflitos e contradições de suas raízes concretas.

Em relação à regionalização e hierarquização e em níveis de complexidade crescente, podemos inferir que os serviços de saúde devem ser dispostos em uma área geográfica delimitada, com uma população definida. Que, para isso, as unidades devem estar organizadas em níveis de complexidade crescente, onde a “porta de entrada” da população para a rede de serviços dar-se-á por meio das unidades de nível mais elementar, ou seja, os Centros de Saúde e das Unidades de Emergência. Devendo os problemas que não são resolvidos nestas unidades serem encaminhados aos serviços de maior complexidade do Sistema.

Segundo a Lei nº 8080/90, esta forma de organização permite uma atenção maior aos problemas de saúde de cada região, favorecendo que as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e a educação em saúde sejam implementadas nas bases, ou seja, nas comunidades, bairros ou municípios.

Sobre o assunto, Paiva (2012) infere que o estudo crítico das políticas públicas nos leva à percepção de que apesar dos esforços que vêm sendo dedicados no sentido de efetivar, na prática, políticas sociais capazes de causar impactos positivos no cotidiano da população idosa, ainda predomina a “cidadania de papel”.

A autora explica que a maioria da população sofre as consequências do processo histórico de desigualdade social, contando unicamente com o aparato legal. Esse (pseudo) avanço se materializa quando, no âmbito do SUS, apesar do discurso legal em defesa da saúde pública, enquanto conquista social e direito humano fundamental, prevalece práticas curativas em detrimento das preventivas, da promoção e da educação em saúde.

De acordo com Faleiros (2012), o direito à saúde não se restringe aos idosos, sendo “direito de todos e dever do Estado”, levando em conta também as necessidades relativas à autonomia da pessoa idosa, que a Constituição, apesar da igualdade formal perante a lei, não elimina a desigualdade social.

Feleiros; Lima-Costa (2003) e Camarano (2007) afirmam que o acesso à saúde é desigual e depende tanto do sistema de saúde, como da renda, moradia e condições sociais e ambientais. E que quanto menor a renda domiciliar *per capita*, pior a condição de saúde, menor a capacidade funcional e mais restrito o uso de serviços médicos e odontológicos, tanto entre idosos como entre a população em geral.

No entendimento de Faleiros, no domínio da saúde pode-se constatar que a presença do SUS nos atendimentos aos idosos é muito significativa para os mais pobres, pois 90% dos 30% mais pobres o usam. Conforme pesquisa SESC/Fundação Perseu Abramo (2007), utilizada como parâmetro pelo autor, 68% dos idosos pesquisados declarou utilizar o SUS e 24% usam planos particulares.

Neste contexto, importante contribuição veio agregar a criação da Política Nacional de Saúde do Idoso, enquanto instrumento de democratização e acesso a saúde para o segmento idoso de forma mais próxima a sua especificidade e realidade, assim como a especial atenção dada aos mesmos, inclusive na própria Carta Magna.

### **2.2.1. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**

A aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI em 2006, não se deu de forma instantânea, mas foi resultado de um longo e contraditório movimento em prol da melhoria da qualidade de vida da população idosa do qual, a saúde é parte inseparável deste processo.

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (Brasil, 2006, 2010).

Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema (Brasil, 2006, 2010).

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (Brasil, 2006, 2010).

Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia



setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersectorialidade. Essa prática, antes denominada de Programa, passou a chamar-se Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 1994, 2006, 2010).

Paralelo à regulamentação do SUS, o Brasil também se organiza para responder às crescentes demandas de sua população que a cada dia envelhece, criando a Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996. Com essa política procurava-se assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, como estratégia para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Avançando mais ainda na ampliação da legislação especificamente em relação à saúde da população idosa, é criado, por meio da Portaria Ministerial nº 1.395/1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso determinando que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, ligados ao tema elaborassem ou readequassem os planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades da PNI (Brasil, 1999).

Um dos principais entendimentos que pautaram as discussões e ampliação da legislação foi o de que o principal problema que podia afetar o idoso era a perda de sua capacidade funcional, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (Brasil, 2006, 2010).

Em 2002, foi proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso - portaria nº 702/SAS/MS/2002 - normatizando sobre as condições de gestão e a divisão de responsabilidades e definidas a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). É neste momento que são criadas também as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, portaria nº 249/SAS/MS/2002 (Brasil, 2006, 2010).

O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida é criado por meio da portaria nº 399/GM/2003. Nele, a saúde do idoso é proposta como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (Brasil, 2006, 2010).

Ressaltamos que a publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa um avanço importante, porém, ainda há muito que ser feito, para que o SUS consiga efetivamente dar respostas eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira, entre outros.

Em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso, como instrumento para ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas, apesar de trazer um capítulo específico sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, tanto a vigência do Estatuto do Idoso quanto à ampliação da Estratégia Saúde da Família, que em seu bojo, passaram a revelar à concreta e precária situação vivenciada cotidianamente não somente pela população idosa brasileira, mas também a fragilidade das famílias, principalmente, aquelas em situação de grande vulnerabilidade social, assim como a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso foram decisivos na readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em 2006.

Desta forma, todas as políticas e programas criados voltam-se para seu objetivo primeiro, a atenção à saúde adequada e digna para a população idosa brasileira, principalmente aquela parcela que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando

medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Está voltada para todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade, considerando:

- a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;
- b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;
- c) o conhecimento atual da Ciência;
- d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;
- e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;
- f) o compromisso brasileiro com a Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso.

Aponta como desafios,

- a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;
- b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;
- c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e
- d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

São diretrizes da PNSPI:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Conforme a própria PNSPI, ninguém fica velho aos 60 anos. Este é um processo natural que se desenvolve ao longo da vida do ser humano, obedecendo a escolhas e circunstâncias. Defende que o preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo.

Esclarece que deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice, citando o Plano de Madri em seu Art.6º:

Quando envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas.

Assim, para a PNSPI, o ato de envelhecer deve ocorrer com saúde, de forma ativa, e livre de qualquer tipo de dependência funcional. Para isso, a promoção da saúde em todas as idades deve ser o eixo fundante de todas as ações no âmbito da saúde.

Essa política lembra que muitos idosos foram trabalhadores que envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde.

No âmbito desta totalidade estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os sequelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demências, sendo necessário achar respostas e ter ações específicas também para estes seguimentos de idosos.

De acordo com a PNSPI, *Envelhecimento ativo* é passar por todo o processo de envelhecimento mantendo a capacidade funcional e a autonomia. Para isso, permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. Nesta abordagem, há o reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002).

Reconhece-se que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo, desta forma é preciso vencer os preconceitos e discutirmos os mitos arraigados em nossa

cultura. Tanto os profissionais de saúde quanto a comunidade em geral devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não são privilégio apenas dos jovens, mas direito também do idoso.

As ações de prevenção e de promoção da saúde não terminam aos 60 anos de idade, mas devem acontecer continuamente em todos os níveis e incorporadas à atenção à saúde durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano.

Já o conceito de *Envelhecimento bem sucedido*, para a PNSPI, é entendido a partir de três componentes:

- ✚ Menor probabilidade de doença;
- ✚ Alta capacidade funcional física e mental;
- ✚ Engajamento social ativo com a vida.

Com a perspectiva de ampliar o conceito de *Envelhecimento Saudável*, a Organização Mundial da Saúde propõe o *Envelhecimento Ativo* enquanto Política de Saúde (Brasil, 2010).

Impõe aos governos, às organizações internacionais e à sociedade civil a obrigatoriedade de implementarem políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa.

Neste contexto, o idoso, antes não considerado, eleva-se a categoria de cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa

abordagem baseada em direitos, que valoriza os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

São ações a ser desenvolvidas pelos agentes públicos previstas na PNSPI:

- a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, de acordo com o risco;
- b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
- c) valorizar e respeitar a velhice;
- d) estimular a solidariedade para esse grupo etário;
- e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas;
- f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;
- g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;
- h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;
- i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;
- j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;
- k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;
- l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;
- m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;
- n) promover a saúde por meio de serviços preventivos em conformidade com a PNI;
- o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;
- p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas, reafirmando que envelhecimento não é sinônimo de doença;
- q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde, população, em especial para a população idosa;



- r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS;
- s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária, intervindo no processo que origina a dependência funcional;
- t) investir na promoção da saúde em todas as idades;
- u) articular as ações do SUS com o SUAS.

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado:

- nos seus direitos, e necessidades, preferências e habilidades;
- estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção providos de condições essenciais - infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica;
- instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa;
- incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial;
- incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa como:
- reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência;
- implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível, contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no Sistema Único de Saúde.

Chama atenção para o fato de que a prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, devendo as mesmas ser

flexíveis e adaptáveis às necessidades de uma clientela específica, e que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido.

Para isso, há necessidade de se incluir a identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades como parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam.

Assim, as intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o auto-cuidado, além do estímulo aos grupos de auto-ajuda entre as pessoas que cuidam dos idosos.

Lembrando que uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros. Lembra que

Uma vez que o modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas (BRASIL, 2006).

A PNSPI defende que a cada etapa de intervenção, os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

A PNSPI caracteriza:

*O Idoso Independente* como sendo aquele capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima.

*O Idoso frágil ou em situação de fragilidade* é aquele que se encontra acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontrando-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica.

Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais. (BRASIL, 2006, 2010).

Para isso, estabelece que seja desenvolvida ações de atenção primária, de prevenção – primária, secundária e terciária –, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde de acordo com a condição funcional da pessoa idosa; inclui nesse rol de ações, o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis.

Impõe a todo profissional a responsabilidade de procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. Defendendo que “ é importante viver muito, mas é fundamental viver bem”. Que preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção. Estabelece dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: “ o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção”.

Conforme estabelece a PNSPI, deve-se estimular às ações intersetoriais, objetivando a integralidade da atenção por meio do reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. Pois, a organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade. Essas ações devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais.

O estímulo à participação e fortalecimento do controle social dar-se-á através do estímulo a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências.

Prevê também que devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população.

Quanto as responsabilidades institucionais, a PNSPI estabelece que esta caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política.

No âmbito da articulação intersetorial, a PNSPI entende que as diretrizes definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores, tais como: Educação, Previdência, Transporte, Direitos Humanos, Assistência, habitação, entre outros.

Destes, destacamos neste momento a educação, a previdência, a assistência social, direitos humanos e o transporte, por estarem diretamente relacionados à própria melhoria da qualidade de vida dos idosos IRC e sua luta cotidiana no enfrentamento deste agravo.

#### Educação:

a) inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias;

b) adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

Previdência Social:

a) realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde; e b) elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

No âmbito do Sistema Único de Assistência Social e Transporte, as ações intersetorializadas têm como objetivo:

- a) reconhecimento do risco social da pessoa idosa como fator determinante de sua condição de saúde;
- b) elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa brasileira;
- c) elaboração de medidas, com o apontamento de soluções, para abordagem da população idosa sob risco social;
- d) criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da atenção básica do SUS e do SUAS;
- e) difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;
- f) inclusão das diretrizes aqui estabelecidas em seus programas de educação continuada;
- g) implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;
- h) promoção da formação de grupos sócio-educativos e de auto-ajuda entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária;
- i) implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº 1948/96;
- j) apoio à construção de Políticas Públicas de Assistência Social que considerem as pessoas, suas circunstâncias e o suporte social e que atuem como aliadas no processo de desenvolvimento humano e social, e não como tuteladora e assistencialista, tanto na proteção social básica, como na proteção social especial;
- k) compromisso com a universalização do direito, inclusão social, equidade, descentralização e municipalização das ações, respeitando a dignidade do cidadão e sua autonomia, favorecendo o acesso à

informação, aos benefícios e aos serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária;

l) desenvolvimento de ações de enfrentamento à pobreza.

#### Transporte:

a) implantação de ações que permitam e/ou facilite o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus. Em conformidade com a Lei da Acessibilidade, Decreto Lei nº 5296, de 2 de dezembro de 2004.

#### Justiça e Direitos Humanos:

a) promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei nº 8.842/94 e seu regulamento (Decreto nº 1.948/96), bem como a Lei nº 10.741/2003, que estabelece o Estatuto do Idoso.

Lamentavelmente quase todos esses parâmetros e objetivos ainda estão somente no papel, retratando uma sociedade desigual e injusta, onde as políticas públicas ficam mais na intenção do que na sua concretude, daí o desafio de conhecermos a realidade das pessoas idosas com IRC, identificando sua forma de inserção junto a rede de saúde no âmbito da garantia do direito ao tratamento da doença.

### **2.2.2. A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal**

O marco legal que ampara os pacientes acometidos por doença renal crônica são: Portaria GM nº 1.820, de 13/08/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS, fundamentada nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal, bem

como na Lei nº 8.080, de 19/09/1990. Que resultou na Portaria nº 1.168/GM de 15/06/2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, ambos, fundamentados nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19/09/1990; Lei nº 8.142, de 28/12/1990, assim como na Portaria nº 211/SAS, de 15/06/2004, que veio regulamentar a então Portaria 1.168/GM de 15/06/2004.

A criação da PNAPDR teve como pressupostos o entendimento do Ministério da Saúde sobre a importância do investimento na atenção básica a partir da implementação do modelo atual da Atenção Primária à Saúde, criando assim, o Programa de Saúde da Família (PSF), cuja a ideia central foi a de atender cerca de 75% da população Brasileira, reorganizando assim os serviços e ações de saúde em nível de atenção primária, envolvendo o processo de adoecimento da população, integrando-os de forma permanente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ações clínicas e coletivas, prevenção e promoção. (MENDES, 2004; BASTOS; BASTOS, 2007).

Segundo Bastos ; Bastos (2007) a equipe de Programa de Saúde da Família está inserida, também, na otimização da prevenção da Doença Renal Crônica, requerendo uma abordagem multidisciplinar, contribuindo para uma melhor visualização do chamado grupo de risco para doença renal crônica (diabéticos, hipertensos, idosos, familiares de pacientes em terapia renal substitutiva, portadores



de doenças cardiovasculares), que, quando identificados, serão encaminhados para atenção nefrológica.

Os autores defendem que a prevenção e o controle precoce dessas doenças implicará numa melhor assistência, proporcionando longevidade e uma melhor qualidade de vida. Destacaram a importância do DATASUS (Departamento de Informática do SUS), enquanto uma boa estratégia que tem sido disponibilizado pelo Ministério da Saúde para acesso a um banco de dados que ajuda a avaliar a prevalência da doença renal, após o início do atendimento pela equipe multidisciplinar, fato que tem melhorado a efetividade de propostas de ações preventivas. (BASTOS et al, 2007, p. 20).

Oliveira; Romão (2005) lembram que do alastramento doença renal crônica e a de seus impactos social e econômica, assim como a complexidade do aparato institucional e tecnológico necessários à atenção aos usuários que vem remetendo a constantes desafios que perpassa pela definição de uma política de atenção aos portadores de doença renal crônica.

Assim, o marco fundador de uma política para o paciente com doença renal crônica foi a Portaria nº 38 do Ministério da Saúde, publicada em 3 de março de 1994, que estabeleceu as Normas do Sistema Integrado de Atenção ao Renal Crônico, que versavam sobre o credenciamento, funcionamento e os procedimentos de avaliação de hospitais e serviços de diálise e transplante – vinculando as unidades de

tratamento dialítico a centros de transplante renal, bem como sobre a inscrição de pacientes em lista de espera por transplante e as autorizações de diálise.

Entretanto, segundo Coelho (1998), a complexidade da nova regulamentação aliada aos poucos recursos com que o Ministério da Saúde contava para implementá-la e a heterogeneidade das condições regionais parecem ter limitado, sensivelmente, o impacto que esse processo de normatização poderia ter alcançado. Com isso, em meados da década de 1990, havia, ainda, pouco controle e informação disponível sobre a quantidade e a qualidade dos tratamentos oferecidos pelo SUS para os doentes renais crônicos (CHERCHIGLIA et al., 2006).

Durante este processo, o Ministério da Saúde continuou promovendo alterações na regulamentação dos serviços de TRS e nas normas para cadastramento dos estabelecimentos junto ao SUS, normatizando sobre requisitos de segurança e qualidade, incentivando as unidades prestadoras, inclusive com financiamento específico, a trocar seus maquinários, já então, considerados ultrapassados. Foi instituída também a Autorização de Procedimentos de Alto Custo em Alta Complexidade (APAC). (CHERCHIGLIA et al, 2006).

Em 2002, com o objetivo de fazer uma revisão do modelo de prestação de serviços da Terapia Renal Substitutiva no SUS, o Ministério de Saúde (MS) criou um grupo de trabalho com a função de realizar um diagnóstico sobre a situação da doença renal no Brasil, no qual se iniciou um processo gradativo de formulação de

uma política regulatória, culminando em 15 de julho de 2004, pela Portaria n.º 1168, instituída pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

As diretrizes de atenção ao portador de doença renal estão pautadas pelos princípios norteadores do SUS, garantindo a integralidade do cuidado através de articulação dos vários níveis de atenção, inclusive prevendo a equidade na realização do transplante renal (CHERCHIGLIA et al, 2006).

A Política Nacional da Atenção ao Portador de Doença Renal revela a disposição política do Ministério da Saúde em mudar o modelo existente, baseado em procedimentos, centrados no Alto Custo e caracterizados, na gestão pública pela falta de integração entre os níveis de atenção.

A PNAPDR define uma série de medidas a serem desenvolvidas em todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Uma das estratégias é a inversão do modelo de atenção ao paciente portador de Doença Renal crônica da média e alta complexidade para a atenção básica. (Brasil, 2004)

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal deve ser organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

- ✚ Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção, recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
- ✚ Organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) envolvendo todos os níveis de atenção, e invertendo o modelo de atenção;
- ✚ Identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal, desenvolver ações transeitoriais envolvendo o Estado, a família e toda a sociedade;
- ✚ Definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, e seu monitoramento visando a redução dos riscos;
- ✚ Ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo à universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante);
- ✚ Ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil;
- ✚ Fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da Terapia Renal Substitutiva no Brasil;
- ✚ Contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença renal e dos indivíduos transplantados;
- ✚ Promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e
- ✚ Qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

De acordo com a PNAPDR caberá à atenção básica:

- ✚ Realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim que possam ser realizadas neste nível.

As ações da atenção básica serão executadas junto a rede de serviços básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), conforme a necessidade local.

Compete a Média complexidade as atribuições de:

- ✚ Realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, de diabetes mellitus e de doenças renais.

Essas ações devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada, segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.

Compete a Alta complexidade as atribuições de:

- ✚ Garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal.

A PNAPDR impõe, algumas outras responsabilidades ao gestor estadual e municipal como:

- ✚ Instituir na atenção básica, uma *equipe de referência da atenção básica*, cuja função será de tutoria e, ou referência assistencial à rede de serviços básicos de saúde a ser regulamentada em portaria da Secretaria da Atenção à Saúde;

- ✚ Instituir na média complexidade, um *Centro de Referência especializado em hipertensão e diabetes*, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde;

- ✚ Que a assistência na alta complexidade seja executada por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde.

- ✚ Construção do plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais, integrando os Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal;
- ✚ Regulamentar de forma suplementar e complementar em seu nível de atuação a atenção ao portador de doença renal;
- ✚ Regulamentar, fiscalizar, controlar e avaliar as ações de atenção ao portador de doença renal em seu nível de atuação;
- ✚ Criar em sua área de atuação o sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação; protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, fiscalização, controle e avaliação;
- ✚ Garantirem capacitação e educação permanente das equipes de saúde em seu nível de atuação a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde;
- ✚ Garantir acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos excepcionais, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS.

A PNAPDR foi criada, considerando que há uma deficiência das ações assistenciais, medidas de promoção e prevenção à saúde (atenção básica) o que vem propiciando a entrada dos pacientes em Terapia Renal Substitutiva – TRS pela porta da urgência, emergência dos diferentes prontos socorros.

Conforme o diagnóstico sobre a situação da doença renal no país, realizado pela FARBRA – Federação das Associações de Renais e Transplante do Brasil – em 2003, a política nacional do portador de doença renal crônica se justifica pela dimensão do problema evidenciada, principalmente, pelas condições de:

- ✚ Prevalência elevada das patologias que levam a Doença Renal (principalmente a hipertensão e a diabetes);
- ✚ Possibilidade de intervenção na história natural da doença renal através da melhoria da atenção à saúde em todos os níveis de atenção;
- ✚ Gastos cada vez mais elevados com o tratamento das doenças renais;
- ✚ A escassez de estudos mais aprofundados sobre a situação epidemiológica da Doença Renal no Brasil;

- ✚ Os múltiplos interesses econômicos, dos prestadores, dos fabricantes de equipamentos de máquinas e insumos, dentre outros, envolvidos na oferta dos serviços especializados ao atendimento das doenças renais.

Ao falarmos da implementação desta política na região Amazônica, registramos que, conforme os dados da SBN em 2006, onde a região já apresentava menores investimentos na prestação de serviços nefrológicos, caminhando contra o processo vivenciado pelos pacientes frente ao alastramento da doença e seus elevados nos Estados amazônicos. Hoje, verificamos que a situação em nada se alterou, pois constamos uma histórica negligência em relação aos direitos assegurados pelos idosos IRC frente às inúmeras legislações da saúde, principalmente quando consideramos a implementação da PNAPDR.

Constatou-se que a própria PNAPDR parece está já ultrapassada, uma vez que nenhuma pessoa é portadora de doença renal, mas o contrário, todas foram acometidas pela doença e possuem a mesma, como percebemos neste estudo, uma vez renal crônico, a situação é permanente até a finitude do paciente.

No Estado do Amazonas, assim como em seus municípios, a situação é mais grave, constatamos que inexistente linha de ação voltada para os pacientes em estágio terminal da doença, a não ser a emergencial e restrita a três pronto socorros de alta complexidade em Manaus, que contam com apoio de quatro clínicas privadas e um hospital federal, que não vem dando conta da grande demanda, resultando na implementação de uma imensa lista de espera sob os cuidados da SUSAM, cujos critérios e transparência é desconhecido por todos.

Neste contexto, Sesso et al (2008) infere que quanto maior o não da população aos serviços de saúde, a expectativa é de que haja aumento ainda maior da taxa de incidência de pacientes em tratamento dialítico.

Os autores chamam nossa atenção para o fato de que, ao mesmo tempo em que constatamos que a modalidade terapêutica Transplante Renal oferece melhor qualidade de vida aos pacientes com IRCT, constata-se, também, que o número de órgãos de doadores cadáveres ainda é insuficiente em relação à grande demanda.

Fora os determinantes acima descritos, ainda têm os casos em que inúmeros pacientes ou não possuem condições clínicas, ou não desejam receber o transplante de rins, considerando o pouco investimento no campo da divulgação e educação voltados a esclarecer e preparar as pessoas para optarem pelo transplante, dado as muitas variações culturais acerca do assunto e tipo de tratamento.

Nesse sentido, as ações de prevenção primária e secundária, que incluem o esclarecimento da população sobre o significado e a natureza assintomática e progressiva da DRC e o controle de seus fatores de risco são aspectos de muita importância. O reconhecimento e o cuidado precoce aos pacientes em estágios iniciais e intermediários da DRC, principalmente com relação aos hipertensos e/ou diabéticos, poderia reduzir, em longo prazo, o número de pacientes com IRCT. (SESSO ET, AL. 2008)



Os autores inferem que uma atenção básica incipiente e não resolutiva do ponto de vista das condições crônicas, em particular, diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica pode levar a piores índices de doença renal, apenas diagnosticados em fase terminal, com incremento no uso de unidades dialíticas.

Sesso et al chamam atenção para o fato de que as altas taxas de prevalência traduziriam uma atenção primária desqualificada e rede de saúde fragmentada para esse cuidado, ao mesmo tempo que também podem indicar uma interferência da incorporação tecnológica e da lógica da oferta que reflete em altos custos para o sistema, sem necessariamente significar uma melhoria do processo de atenção à saúde.

Para eles, a lógica da oferta de serviços de saúde, principalmente relacionada aos serviços especializados de alta complexidade, reconhecidamente induz a demanda e a utilização de serviços de saúde e é influenciada também por fatores socioculturais e organizacionais que variam de região para região.

Sesso et al (2008) defendem que a utilização de sistemas de gerenciamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus pela atenção básica, como no caso do sistema do Ministério da Saúde, SIS HIPERDIA, permitiria um maior conhecimento dessa população, bem como melhor delineamento de seu risco de apresentar doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e nefrológicas. Mas, ao

mesmo tempo advertem que esse tipo de gerenciamento de informações ainda não se encontra estruturado da forma necessária para fornecer os dados epidemiológicos desejados para o melhor entendimento dessa realidade.

Os autores destacam a importância de se considerar as intervenções voltadas aos novos modelos de gerenciamento das condições crônicas de agravos à saúde, conforme preconiza a OMS, nas quais se identificam quatro importantes pilares:

- ✚ Recursos comunitários;
- ✚ Apoio para o autocuidado;
- ✚ Suporte para decisões clínicas;
- ✚ E sistemas de informação clínica.

Explicam que essas intervenções poderiam promover interações produtivas entre pacientes ativos e informados e uma equipe de saúde proativa e preparada, alcançando melhores resultados clínicos e funcionais.

Sesso et al (2008), destacam, ainda, que é de extrema importância à capacitação dos profissionais para diagnosticarem de forma precoce a insuficiência renal, principalmente em pacientes de risco como hipertensos e diabéticos.

Consideram como sendo um grande desafio para o Estado continuar garantindo o acesso e a qualidade dos serviços aos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de complexidade, em particular aos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial, àqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares,

incluindo a chamada síndrome metabólica, que constituem fatores de risco importantes para desfechos de saúde desfavoráveis. (SESSO ET, AL.,2008)

Sobre o tratamento por meio das terapias mais especializadas, como a TRS e os transplantes, afirmem que estes precisam ser cada vez mais enxergados em toda a sua extensão e complexidade, pois,

Esses procedimentos são alvo de sistemas estruturados de informações que permitem um olhar epidemiológico sobre a doença crônica e suas complicações, bem como de seus determinantes e condicionantes. O monitoramento de um indicador que possa trazer esse foco deve ser priorizado como alvo das políticas públicas, de gestores do sistema de saúde e de gerentes de ferramentas da microrregulação assistencial. (SESSO et al.,2008, p.27)

Os autores defendem, ao citar o caso do Estado de São Paulo como exemplo, que a produção de conhecimento permitirá ao gestor uma tomada de decisão mais estratégica, baseada em evidências e com maior relação custo-efetividade; a inclusão do indicador de prevalência de DRC na Matriz de indicadores de Saúde do Estado; a contínua avaliação sobre a doença renal crônica. Além do contínuo acompanhamento das unidades de diálise, tudo isso, refletirá em melhor acesso e qualidade nesse nível de atenção.

Para Sesso et al, (2008), a prevalência de TRS é um indicador de extrema importância para o monitoramento da atenção à saúde no SUS, com foco nas linhas de cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, necessitando da incorporação de ferramentas regionais de gestão, que permitam o contínuo aperfeiçoamento do

monitoramento e do conhecimento sobre a situação de saúde e o funcionamento da rede e as necessárias intervenções para melhorar a atenção à saúde da população.

Desta forma, foi decisiva a contribuição da PNAPDR na garantia dos direitos e deveres dos usuários da saúde, deixando claro que toda pessoa tenha direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para a garantia da promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, bem como ao tratamento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade. Promove, inclusive, a ampliação da cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo-lhes a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle e o acesso às diferentes modalidades de TRS (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante).

Lembrando que a PNAPDR define também como sendo direito do paciente renal o acesso aos serviços de Atenção Básica, integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares, mais próximos de sua casa, sendo que, nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa, bem como encaminhá-la para outro serviço, caso haja necessidade.

Na possibilidade de risco de vida ou lesão grave do paciente, a política assegura a remoção do mesmo, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema, sendo que o encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica. Para isso, deve ser estabelecido

um fluxo em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação.

### **2.2.3. Serviços e atenção aos IRC em Manaus, Amazonas**

Ao avaliarmos o rápido e expressivo crescimento demográfico da população idosa no país e no mundo, entendemos a importância de termos o conhecimento sobre estes dados de cada região, assim como sua taxa de mortalidade, pois são determinantes para a construção de políticas públicas para o setor de saúde, em particular para o planejamento, execução e avaliação das ações.

O Amazonas experimentou um processo de envelhecimento populacional que modificou substancialmente as demandas sociais. Pois, reduziram-se as pressões sobre os gastos sociais no que respeita às necessidades de investimento em saúde orientadas para recém-nascidos e suas mães, tratamento de doenças infecciosas e parasitárias, e os gastos com educação em função do aumento das demandas por tratamento de saúde de doenças crônico-degenerativas, próprias da população idosa, assim como se ampliam as pressões sobre a previdência social (MUNIZ, 2003).

A compreensão da velhice e o envelhecimento na região da Amazônia perpassam pela necessidade de um olhar diferenciado devido às condições socioeconômicas e familiares estabelecidas a partir da formação e desenvolvimento urbano da cidade de Manaus. (SASSAKI et al. 2009). Assim, importante papel tem as políticas públicas

voltadas para a melhoria da qualidade de vida do idoso no Amazonas, principalmente, as políticas públicas voltadas para a área da saúde.

Nesse sentido, a promoção da saúde na velhice não segue mais a linha de prevenir o surgimento das doenças, mas a de evitar-se o processo incapacitante decorrente delas, além da redução do risco de adoecer e morrer.

As ações de saúde voltadas para os idosos devem procurar mantê-los com o máximo de capacidade funcional e independência física e mental na comunidade e no seio de suas famílias (BRITO; RAMOS, 2005). Ou seja, o idoso deve ser entendido dentro de toda sua complexidade, social, econômica, política, cultural e psicológica. Pois inúmeros são os problemas que influenciam a saúde do idoso e que compromete profundamente sua qualidade de vida, uma vez que são fenômenos que estão intimamente relacionados ao nível socioeconômico do país.

Para Brito ; Ramos (2005), qualquer ideia que envolva o cuidado e a manutenção da boa condição física do idoso deve levar em consideração os aspectos sociais, ou seja, as condições de vida destes na sociedade capitalista sob pena de tornar-se limitadas ou inócuas.

Assim, como no resto do Brasil, no Estado do Amazonas, a saúde o idoso está fundamentada na Constituição Federal de 1988, que considera o idoso como grupo prioritário, daí atribuir em seu artigo 230 à família, a sociedade e ao Estado o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando não somente a sua participação na comunidade, mas também, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito a vida. Para isso, introduz em suas disposições o conceito de seguridade social, determinando

que a rede de proteção social alterasse o seu enfoque, antes, estritamente assistencialista, para o campo da garantia dos direitos, da cidadania.

A Lei nº 8.842/94 cria a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96 como parte do Programa Nacional de Direitos Humanos, trazendo como princípio o fato do envelhecimento ser uma demanda à sociedade em geral. Tendo como objetivo promover a saúde do idoso, possibilitando, ao máximo, sua expectativa de vida na comunidade, junto à família, e com níveis altos de função e autonomia, dedicando enfoque especial ao papel da família, imprescindível no cuidado e manutenção da autonomia do idoso. Para isso, define como diretrizes essenciais: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional do idoso e a assistência às necessidades de saúde do idoso.

Em 2003 é sancionado o Estatuto do Idoso, como mais um instrumento que visa garantir e ampliar os direitos sociais do idoso, afirmando em seu Artigo 5º que a atenção integral à saúde do idoso está assegurada por meio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário. Devendo está pautado em um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços voltados para a prevenção, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2004, p.36).

Apenas em 2004 foi instituída uma Política Nacional de Atenção ao Portador de DRC, por meio da Portaria GM nº 1168/2004. Antes dessa regulamentação subsistia

uma legislação fragmentada, tratando a problemática da DRC de forma pontual ( Sesso et. al. 2007; Coelho, 2008). E a partir da política, as diretrizes de atenção ao portador de doença renal passarão a ser pautadas pelos princípios norteadores do SUS, garantindo a integralidade do cuidado através da articulação dos vários níveis de atenção, inclusive prevendo a equidade na realização do transplante renal.

Essa política passou a prever a integralidade no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, com a introdução das linhas de cuidado integral incluindo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. Na linha de cuidado supõe-se que o usuário do sistema tenha um acompanhamento contínuo, como resultado da articulação dos vários níveis de atenção à saúde.

Segundo Cauduro (2011), à medida que o idoso vive mais, maior é a possibilidade de isolamento social, ficando mais vulneráveis as doenças mais comuns do processo de envelhecimento como: Hipertensão, Diabetes, Doenças Cardiovasculares, Doenças Reumáticas, Pneumonias e também a Tuberculose. Sem contar que a grande maioria dos idosos encontra-se em precária situação social e econômica, agravando com isso, também, o convívio familiar.

Cauduro, trabalhando o idoso acometido pela tuberculose em Manaus, observou que, apesar de alguns familiares tentarem deixar transparecer que o idoso é bem cuidado e amado, mas que, na realidade, o idoso é amargurado, tem medo de ficar sozinho, e medo de morrer. Pensar na possibilidade de morte para eles “é um horror”.



A autora observa que as famílias dos idosos entrevistados desconhecem o processo de envelhecimento, e que em consequência deste desconhecimento, há uma série de desencontros na relação família-idoso, e de seu cuidado, fazendo com que os mesmos passem a ser mal interpretados e até maltratados pela própria família que não estão acostumadas com aquela situação.

Assim, conhecer as representações sociais sobre velhice e educação em saúde entre idosos amazônidas pode revelar possíveis obstáculos que se colocam contra o efetivo desenvolvimento de práticas educativas em saúde. O conhecimento gerado a partir desta reflexão poderá auxiliar profissionais e governo no estabelecimento de estratégias que objetivem negociar com os atores envolvidos no processo, práticas que propiciem uma melhor adequação das necessidades do idoso (FERREIRA, 2010).

A palavra “Vida” pode querer revelar a relação do idoso participante das práticas educativas em saúde e cuidado com os processos de viver, ser saudável e envelhecer com qualidade de vida. Pode, ainda, revelar um conteúdo presente nos discursos dos sujeitos, em função de cada ação destinada ao seu bem-estar (FERREIRA, 2010).

Para o autor, que trabalhou a representação social dos idosos de um CAIMI em Manaus, embora com menor frequência, a palavra “vida” retrata o sentido da inevitabilidade da enfermidade/ doença e de suas consequências ao sujeito que envelhece, podendo ainda, estar relacionada às informações e às práticas que têm sido

difundidas pelos profissionais do serviço, materializadas pelas diversas formas de promover, prevenir, cuidar e educar (FERREIRA, 2010).

No Amazonas, segundo a Cartilha do Idoso (2006), temos implantados em todos os municípios o Programa Médico da Família-PSF; as Unidades Básicas, que são administradas pelas prefeituras dos municípios em parceria com o os governos federal e estadual; hospitais de pequeno porte e prontos atendimentos. Em Manaus, além das Unidades Básicas de Saúde sob administração da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), temos os Prontos atendimentos; as UPAS; as policlínicas; Pronto Socorros de média e grande complexidade; as fundações, atuando como hospitais especializados, a exemplo do Hospital Tropical e Hospital do câncer. E mais especificamente voltado para a saúde do idoso manauara temos os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs) de responsabilidade do Estado.

Leão (2012) afirma que a projeção das redes a partir das necessidades de uma área ou Política leva a uma rede com escassos vínculos territoriais e com pouco sentido para os cidadãos para que dela se utilizem. Que a criação dos serviços mais adequados a necessidades que a realidade sanitária, demográfica ou epidemiológica vai apresentando não parece ser condição suficiente para sua caracterização como rede de atenção.

Assim, as ações de promoção em saúde, segundo Leão (2012), devem ter como base a atenção primária que deverá ser desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), mas que não se restringir ao setor saúde, tendo em vista que os modelos

assistenciais inovadores propõem não só os cuidados com a saúde do corpo, mas leva em consideração também o autocuidado, a integração social, a atividade física, controle de hábitos nocivos à saúde e utilização do tempo livre.

Segundo Lobato (2013), a Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e a Diabetes Mellitus - DM são doenças crônicas que afetam uma parcela considerável da população e que a partir da transição demográfica e epidemiológica responsável pelo envelhecimento populacional, verifica-se a predominância de doenças crônicas e degenerativas que desafiam o poder público a instituir políticas como é o caso da HAS e DM.

A autora ressalta que os idosos que procuram de forma mais frequentes os serviços de saúde pública, são aqueles que lutam contra várias doenças, e entre elas, a HAS e DM, cuja prevalência sofre aumento com o envelhecimento. Outro fator que leva estes idosos aos serviços de saúde pública é a impossibilidade de estes manterem-se em planos de saúde privados, devido aos valores exorbitantes que por sua vez são estabelecidos segundo o critério de idade.

Lobato (2013) defende a necessidade de efetivação das políticas públicas em todos os níveis de forma a impactar na população não apenas o prolongamento da vida, mas um envelhecimento ativo com qualidade e com dignidade, em uma perspectiva de direitos que é possível por meios de ações preventivas e educativas.

O sistema municipal de saúde do município de Manaus é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde observando os princípios e diretrizes do SUS. Segundo a Cartilha “Rede de Saúde Manauara” (SEMSA, 2014), a rede de saúde vem desenvolvendo, com qualidade e efetividade as ações de vigilância e atenção à saúde da população no município de Manaus.

Para isso, conta com os seguintes equipamentos: UBS; APS ou ABS; ESF; RAS; Academia da Saúde; Espaço Saúde; Policlínica; UPA; SAMU; Transporte Sanitário; Saúde Manaus Itinerante; CAPS; UA; CEU; CER; SISREG. (SEMSA/2014)

As Unidades Básicas de Saúde, também denominadas de Casinha, Casona, Unidade de Horário Estendido, Módulo, Posto de Saúde, Unidade de Saúde, com finalidade de oferecer Atenção Primária à saúde para a população. Essas unidades caracterizam-se por ser a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), visando à resolução de até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros pontos de atenção. (SEMSA, 2014)

Lembrando que a política nacional de atenção básica - PNAB (2012) prevê que a atenção primária à Saúde (APS), também denominada atenção básica (AB), oriente-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da equidade e da participação social.

A PNAB (2012) considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural buscando produzir a atenção integral. Tem como objetivo o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos,

o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, devendo ofertar serviços de saúde de qualidade, resolutivos e acolhedores ordenando e coordenando o cuidado nas Redes de Atenção.

A Secretaria explica que a Estratégia Saúde da Família é um instrumento de reorganização da Atenção Primária à Saúde no País. É constituída por Agentes de Vigilância em Saúde (ACS – Agente Comunitário de Saúde e ACE – Agente de Combate a Endemias), técnicos de enfermagem, médico, enfermeiro, cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal (ASB).

A ESF trabalha com base na população e território definidos visando o fortalecimento do vínculo com a comunidade e atenção colaborativa centrada na família. Para tornar-se mais resolutiva, conta com o apoio de uma equipe multiprofissional que inclui: fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, farmacêutico, e nutricionista dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Cada equipe multiprofissional dar suporte de 5 a 9 equipes de saúde da família.

De acordo com a Cartilha Rede de Saúde Manauara, a portaria MS nº 4.279 (2010) as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Em Manaus, as academias da Saúde (AS) são locais para o desenvolvimento de atividades físicas, individuais e coletivas para a promoção da saúde. Já o espaço Saúde está inserido nas unidades de atenção primária, onde é disponibilizada uma sala contendo as condições para o desenvolvimento de atividades em grupo, coordenadas por

uma equipe multidisciplinar, promovendo e compartilhando o autocuidado. As policlínicas são unidades de saúde para prestação de atendimento ambulatorial especializado médico e não médico.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) funcionam como unidades intermediárias entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os hospitais, juntos ajudam a desafogar os prontos-socorros, ampliando e melhorando o acesso dos usuários aos serviços de urgência no Sistema Único de Saúde (SUS).

As UPAS funcionam 24 horas, trabalhando de forma integrada com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que por sua vez, é um serviço de atendimento pré-hospitalar, oferecendo atendimento de urgência e emergência à população manauara.

O Serviço Móvel de Urgência (SAMU) possui ação intermunicipal, abrangendo inicialmente sete municípios da Região Metropolitana. Anexo ao SAMU existe o Serviço de Transporte Sanitário (STS), antigo SOS VIDA, constituindo-se de 10 ambulâncias e 20 Vans, realizando o transporte de pessoas em condições de doença de suas respectivas residências as unidades ou estabelecimento de saúde do município, assim como o retorno das pessoas dos estabelecimentos ou unidades de saúde as suas residências.

Compõe, ainda, a rede de saúde manauara, o Programa Saúde Itinerante, composto por Unidades Móveis de Saúde- carretas da saúde- com objetivo de prestar atendimento à população em localidades onde não existem UBS, incluindo a área ribeirinha.

Os centros de atendimentos psicossocial (CAPS) voltados para a saúde mental e dependentes de álcool e outras drogas, oferecendo atendimento à população no âmbito

do acompanhamento clínico e também da reinserção social dos usuários por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Unidades de acolhimento (UA) é a unidade de saúde que serve como residência transitória à Rede de Atenção Psicossocial (Portaria Nº 615, de 15 de abril de 2013). O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) caracteriza por ser um estabelecimento de saúde que oferece atendimento especializado em odontologia. Dar continuidade ao atendimento dispensado pelas equipes de saúde bucal da ESF.

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é uma unidade de saúde com atenção ambulatorial especializado em reabilitação da pessoa com deficiência. Esse atendimento é realizado de forma articulada com outros pontos de atenção da rede, favorecendo concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas necessárias para a qualidade de vida da pessoa com deficiência.

E por último, o Sistema de Regulação (SISREG) é um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo o Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

De acordo com o exposto, a Rede de Saúde Manauara não possui ações específicas para os pacientes renais crônicos, muito menos as pessoas idosas IRC, com exceção da remoção de alguns usuários por meio do serviço de transporte SOS VIDA, caracterizando-se mais no aspecto assistencial do que na garantia do direito a saúde,

considerando que não é realizado nenhum atendimento ambulatorial ou de urgência a saúde neste programa.

A ausência de ações especificamente para os pacientes com IRC reflete-se no completo abandono destes pacientes quando acometidos por esta doença, a exemplo do que afirma Sampaio; Sasaki (2009) que investimento quanti-qualitativo na principal rede de atenção à saúde através de ações preventivas e promocionais reduziria.

Sampaio; Sasaki (2009) ao analisarem a situação dos pacientes IRC junto ao Pronto Socorro João Lúcio em Manaus, afirmam que os pacientes IRC tem grande dificuldade para realizar seu tratamento regular, devido à escassez de vagas nas clínicas de dialise, impedindo o oferecimento dos serviços de saúde com qualidade, pautado na garantia de direitos.

Conforme as autoras foram detectadas junto aos usuários entrevistados no Pronto-Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, que a maior incidência da IRC encontra-se nos usuários que estão na faixa etária de 41 a 50 anos. Que 75% deles não utilizaram os serviços de atenção primária, apesar de 65% terem declarado possuir diabetes e hipertensão arterial.

Este estudo também revelou que 85% dos usuários descobriram ter a doença durante consulta emergencial junto ao pronto-socorro, ou seja, na rede terciária e do quais 50% informaram recorrer ao pronto-socorro devido a facilidade do atendimento/consulta imediato, ratificando, segundo as autoras, a necessidade de



implementar o que preconiza o SUS, numa dimensão sanitária, voltada ao modelo de atenção básica onde, pelo menos, 80% das doenças seriam prevenidas.

Outro dado levantado por Sampaio; Sasaki (2009) foi em relação ao tratamento dessa enfermidade em Manaus, onde 30% informaram que falta prevenção a essa doença; 30% informaram que não realizam tratamento devido escassez de vagas e 27% sugeriam aumento na quantidade de clínicas, de forma que dessem conta da enorme demanda dos pacientes IRC em tratamento ou em constante crise.

Para as referidas autoras, a falta de implementação dos serviços de prevenção nos grupos de risco, e a incidência da maioria dos casos pela via emergencial - terciária, aliado a reduzida quantidade de vagas nas clínicas de tratamento, sobrecarregam o sistema hospitalar e inviabiliza a recuperação dos pacientes.

### **2.3 - Locus da Pesquisa: Manaus, Amazonas**

Nosso estudo foi desenvolvido na cidade de Manaus, estado do Amazonas, junto as pessoas idosas com IRC e usuárias do Programa SOS VIDA que, por sua vez, é subsidiado pela Prefeitura de Manaus por meio da Secretaria Municipal de Saúde e está alocado dentro do departamento de Serviço Móvel de Urgência-SAMU.

Com a implantação do SAMU em 2006, no governo do Prefeito Serafim Correa a Secretaria Municipal de Saúde/ SEMSA visando atender as necessidades de atendimento móvel a população de Manaus, renominou através do decreto nº 8324 de

24 de fevereiro de 2006, o Programa SOS MANAUS para Programa SOS SOCIAL, cuja missão foi a de “transportar pessoas em situação de agravo à saúde, sem condição física de locomoção, para realizar consultas e procedimentos em saúde”.

No governo do Prefeito Amazonino Mendes, a Secretaria Municipal de Saúde/SEMSA, ainda buscando a melhoria e ampliação dos serviços de remoções destinados à população do perímetro urbano de Manaus, prioritariamente dos usuários que se encontram em situação de vulnerabilidade social e necessitam de transporte especializado, em razão de impossibilidade total ou parcial de locomoção, renomeou novamente em novembro de 2009, o Programa SOS SOCIAL que passou a denominar-se PROGRAMA SOS VIDA.

Segundo a SEMSA, o Programa SOS VIDA teve como preocupação estender o atendimento aos usuários considerados crônicos que realizem tratamentos continuados e que não se caracterizem em situação de urgência e emergência, cabendo ao programa a responsabilidade de prestar serviço à população, realizando assistência em situações de agravos à saúde através da viabilização de remoções de usuários por meio de agendamentos para atendimento e procedimentos médicos e ambulatoriais junto as diferentes unidades de saúde do município.

O Programa tinha como público alvo os usuários que apresentam dificuldades físicas de locomoção e acamados que precisam de um veículo especializado para remoção, de acordo com os níveis da complexidade da assistência em saúde; usuários crônicos e/ou terminais; usuários com necessidades especiais e com dificuldades físicas de locomoção; usuários em situação de vulnerabilidade social.

O Programa era composto por: uma central de regulação situada na Av.Tarumã, nº 1001, bairro Praça 14, anexo ao prédio do SAMU- 192 MANAUS; e duas bases descentralizadas: a primeira base inaugurada no dia 16 de março de 2011, na zona Centro Oeste no bairro da alvorada, e a segunda inaugurada no dia 11 de novembro de 2011, na zona Centro Sul, no bairro do Aleixo.

Sua frota era composta por:

- ✚ 07 ambulâncias de resgate (AR's);
- ✚ 06 vans; 01 veículo para realização das visitas.

O quadro de recursos humanos era composto de:

- ✚ 05 Assistentes Sociais;
- ✚ 01 Psicóloga;
- ✚ 01 Auxiliar Administrativo;
- ✚ 16 Auxiliares de Enfermagem;
- ✚ 24 motoristas.

Em 2013, no Governo do Prefeito Arthur Neto, o Programa sofreu a terceira renomeação, passando a denominar-se SERVIÇO DE TRANSPORTE SANITÁRIO SOS VIDA, permanecendo a mesma estrutura física, porém sofrendo uma significativa alteração em relação ao quantitativo de veículo, assim como também em relação a recursos humanos.

Hoje, o serviço conta com uma frota de:

- ✚ 12 (doze) ambulâncias;
- ✚ 20 (vinte) vans.

Possui como princípios norteadores: Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade; posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população.

Quanto à demanda mensal imposta ao programa pelos usuários, percebemos que esta cresce a cada ano. Ao analisarmos os relatórios estatísticos dos últimos seis anos, esse intenso crescimento fica bem visível em todas as modalidades de atendimentos. Mas é o número do crescimento do atendimento a usuários IRC que tem ficado muito em evidência.

### QUADRO I.

#### ESTATÍSTICA DAS DEMANDAS ATENDIDAS PELO PROGRAMA SOS VIDA EM DEZEMBRO 2009

Data	Consulta médica	Curativo	DRS	Exames Laboratoriais	Exame Radiológico	Fisioterapia	Hemodiálise	Outras	Radioterapia	Quimioterapia	Alta Médica	Ressonância	Troca de Sonda	Tomografia	TOTAL
1/12/09	3	4	2	2	0	8	108	2	2		0	0	0	0	131
2/12/09	6	0	0	0	0	6	98	4	4	2	0	0	0	0	120
3/12/09	3	4	0	1	0	8	105	0	4	1	0	0	0	0	126
4/12/09	5	0	0	0	2	13	98	0	1		0	0	0	0	119
5/12/09	2	4	0	0	0	0	99	3	0	1	0	0	0	0	109
6/12/09		3	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	6
7/12/09	1	1	0	1	5	3	98	0	0	1	0	0	0	0	110
8/12/09	0	1	0	0	0	0	101	1	0	3	0	0	0	0	106
9/12/09	4	4	0	0	0	4	99	0	2	1	0	0	0	0	114
10/12/09	5	0	0	1	0	7	116	2	0	2	0	0	0	0	133
11/12/09	8	1	0	0	0	7	120	2	0	1	0	0	0	0	139
12/12/09	0	2	0	1	0	0	119	0	0	1	0	0	0	0	123
13/12/09	1	2	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	6
14/12/09	6	2	0	0	2	7	118	2	2	3	0	0	0	0	142
15/12/09	7	3	0	1	2	3	125	0	0	1	0	0	0	0	142

16/12/09	0	1	0	0	0	7	115	4	2	9	0	0	0	138
17/12/09	6	0	0	0	1	4	127	0	0	9	0	0	0	147
18/12/09	3	0	1	0	0	5	120	1	0	9	0	0	0	139
19/12/09	0	0	0	0	0	0	120	1	0	3	0	0	0	124
20/12/09	1	1	0	0	0	0	20	4	0	2	0	0	0	28
21/12/09	3	0	0	0	0	3	133	3	1	10	0	0	0	153
22/12/09	2	0	0	0	1	7	122	0	0	12	0	0	0	144
23/12/09	6	0	0	0	3	4	138	1	0	8	0	0	0	160
24/12/09	0	0	0	0	0	0	123	0	0	4	0	0	0	127
25/12/09	0	1	0	0	0	0	7	1	0	2	0	0	0	11
26/12/09	1	1	0	0	0	0	157	0	0	6	0	0	0	165
27/12/09	0	1	0	0	0	0	120	3	0	7	0	0	0	131
28/12/09	3	0	0	0	2	5	142	1	0	15	0	0	0	168
29/12/09	4	0	0	0	1	7	113	1	0	9	0	0	0	135
30/12/09	2	0	2	0	0	5	142	1	0	10	0	2	0	164
31/12/09	0	0	1	0	1	0	124	1	0	6	0	1	0	134
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>113</b>	<b>3.227</b>	<b>42</b>	<b>18</b>	<b>140</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3694</b>

FONTE: PESQUISA DE CAMPO, 2015

Se em dezembro de 2009 a demanda posta ao programa foi de um total de 3.694, deste total, 3.227 eram de usuários IRC, ou seja, 87%. Em dezembro de 2014 a totalidade de remoções chegou a 7.903. Desse total, 7.034 foram de usuários IRC, o que equivale a 89% da totalidade. Os dados acima levam-nos a perceber que houve, no geral, um crescimento em relação à demanda geral do Programa SOS VIDA em torno de 114%.

## QUADRO II ESTATÍSTICA DAS DEMANDAS ATENDIDAS PELO PROGRAMA SOS VIDA EM DEZEMBRO/2014

DATA	Alta médica	Evento	Consulta Médica	Curativo	DSR	Exame de Curativo	Exames Laboratoriais	Exames Radiológicos	Fisioterapia	Hemodíalise	Internação	Outras	Perícia Médica	Quimioterapia	Radioterapia	Ressonância	Tomografia Computadorizada	Trocas de Sondas	TOTAL	
01/12/2014	0	0	6	8	0	0	0	0	22	267	0	2	0	0	6	0	0	0	0	311
02/12/2014	0	0	2	4	0	0	1	0	23	259	2	0	0	0	4	0	0	0	0	295
03/12/2014	0	0	3	6	0	0	2	0	16	265	0	4	0	0	6	0	0	0	0	302
04/12/2014	2	0	10	0	0	0	4	0	29	260	0	0	0	0	6	0	0	0	0	311
05/12/2014	1	0	6	2	0	0	1	0	16	270	0	1	0	0	1	2	0	0	0	300
06/12/2014	1	0	4	0	0	0	4	0	0	247	0	0	0	0	0	0	0	0	2	258
07/12/2014	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	9
08/12/2014	0	0	0	4	0	0	0	0	12	269	0	0	0	0	0	0	0	0	0	285
09/12/2014	1	0	5	4	0	0	0	1	27	261	0	0	0	0	8	0	0	0	2	309
10/12/2014	1	0	6	2	0	0	0	0	24	263	0	0	0	0	4	0	0	0	0	300
11/12/2014	2	0	5	0	0	0	0	2	29	253	0	2	0	0	2	0	0	0	0	295

12/12/2014	1	0	4	4	0	0	2	6	24	260	0	0	0	0	2	0	0	2	305
13/12/2014	1	0	0	2	0	0	0	0	0	259	0	2	0	0	0	0	0	0	264
14/12/2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	12
15/12/2014	0	0	7	6	0	0	0	1	24	261	0	0	0	0	2	0	1	0	302
16/12/2014	1	0	5	2	0	0	2	0	29	265	0	0	0	0	0	0	0	6	310
17/12/2014	1	0	8	2	0	0	0	0	14	258	0	0	0	0	4	0	0	0	287
18/12/2014	0	0	9	0	0	0	0	0	12	260	0	0	0	0	4	2	0	0	287
19/12/2014	0	0	3	2	0	0	2	2	12	252	0	0	0	0	4	0	0	0	277
20/12/2014	0	0	0	2	0	0	0	0	0	253	0	2	0	0	0	0	0	0	257
21/12/2014	0	0	0	2	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	8	26
22/12/2014	1	0	2	6	0	0	0	2	18	253	0	0	0	0	4	0	0	0	286
23/12/2014	1	0	8	0	0	0	0	2	29	258	0	0	0	1	4	0	0	0	303
24/12/2014	0	0	0	2	0	0	0	0	18	258	0	0	0	0	0	0	0	0	278
25/12/2014	0	0	0	0	0	0	0	0	31	259	0	0	0	0	0	0	0	0	290
26/12/2014	0	0	0	4	0	0	0	0	20	247	0	0	0	0	0	0	0	0	271
27/12/2014	0	0	0	2	0	0	0	0	0	270	0	0	0	0	0	0	0	4	276
28/12/2014	1	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0	0	0	0	8	27
29/12/2014	1	0	6	4	0	0	2	0	22	257	0	0	0	0	2	2	0	0	296
30/12/2014	1	0	2	0	0	0	2	2	29	263	0	2	0	0	0	0	0	0	301
31/12/2014	0	0	0	2	0	0	0	0	18	253	0	0	0	0	0	0	0	0	273
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>101</b>	<b>74</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>498</b>	<b>7034</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>63</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>50</b>	<b>7903</b>

FONTE: PESQUISA DE CAMPO, 2015

Mais especificamente, os pacientes com IRC, em estágio terminal da doença, e em procedimento de diálise na modalidade hemodiálise, o percentual de crescimento ao compararmos os meses de dezembro de 2009 a dezembro de 2014 foi em torno de 120%, o que temos nos levado a refletirmos e também entendermos a doença renal crônica enquanto problema de saúde pública, considerando a intensidade com que esta doença vem acometendo a população como um todo, e, em particular, o Estado do Amazonas e seus municípios.

Ao compararmos as demandas postas ao programa no ano de 2009 com as do ano de 2014, percebemos que a relação entre a totalidade das remoções e também das demandas para os IRC cresceram na quase na mesma proporção quando analisamos a relação entre os meses de dezembro de 2009 e 2014. Foram realizadas 18.794 remoções em 2009, destas, 16.337 eram para procedimento de hemodiálise, ou seja, 87%.

Em 2014 as remoções atingiram o número de 75.683 sendo 67.495, somente de usuários IRC, o que equivale a 89%. Ficando evidenciado um aumento real na demanda em torno de 303% na demanda geral e 313,14 na modalidade de remoção especificamente para procedimento em IRC de hemodiálise, conforme podemos visualizar no quadro abaixo.

Os índices acima descritos também trazem a confirmação de que a doença renal crônica vem estabelecendo-se como o agravo que mais mutila as pessoas, assim como a própria família dos inúmeros pacientes, pois, a grande maioria depende apenas do transporte do Programa SOS VIDA, quando temos alguma das viaturas em manutenção, aqueles usuários que estavam agendados para serem removidos naquele dia, deixam de realizar seu procedimento, tendo em vista que não dispõem de recursos financeiros para pagarem taxi ou fretarem outro tipo de veículo, tamanho é seu estado de debilidade e elevado grau de acometimento pela doença.

### QUADRO III

#### QUADRO DEMONSTRATIVO DAS DEMANDAS ATENDIDAS PELO PROGRAMA SOS VIDA NO PERÍODO DE 2009 A 2014.

ANO	Consulta médicas	Curativos	DSR	Exame Laboratorial	Exame Radiológico.	Fisioterapia	Hemodiálise	Diversos	Quimioterapia/Radioterapia	Retorno	Ressonância	Troca de Sonda	Tomografia	Alta Médica	Internações	Exame de corpo de delito	Perícia médica	Eventos	Visita domiciliar	Total
2009	463	142	128	11	22	665	16.337	293	198	151	0	151	0	0	0	0	0	76	157	18794
2010	1091	314	188	93	157	1426	60.199	348	241	2712	33	335	30	51	21	20	7	0	304	67570
2011	1816	832	32	181	209	8540	71.542	1169	400	0	49	859	20	194	84	101	59	94	109	86290
2012	1350	544	14	123	248	9560	74.521	19045	302	0	43	781	24	130	97	32	28	71	321	92577
2013	187	29	4	9	39	1331	11.606	118	7	1	21	28	136	32	25	6	10	18	422	13602
2014	769	523	8	106	128	5176	67.495	249	68	335	40	24	554	8	129	37	10	24	1222	76905
	<b>5876</b>	<b>2384</b>	<b>374</b>	<b>523</b>	<b>803</b>	<b>26698</b>	<b>301700</b>	<b>21222</b>	<b>1216</b>	<b>3199</b>	<b>186</b>	<b>2178</b>	<b>764</b>	<b>415</b>	<b>356</b>	<b>196</b>	<b>94</b>	<b>241</b>	<b>2585</b>	<b>355738</b>

Legenda: 1-Consulta médica 2- Curativos 3- DSR ; 4- Exames laboratoriais; 5- Exames radiológicos; 6-Fisioterapias; 7- Hemodiálise; 8- Diversos 9-Quimioterapia/Radioterapia; 10-Retorno; 11-Ressonância; 12- Troca de sonda; 13-Tomografia; 14- Alta médica; 15-Internações; 16- Exame de corpo de delito; 17- Perícia Médica; 18-Eventos; 19-Visitas (SEMSA2015)

FONTE: PESQUISA DE CAMPO, 2015

Em relação aos números de atendimentos a usuários IRC em dezembro de 2014, observamos que, das 67.495 remoções, 69% estão relacionadas ao atendimento aos usuários idosos IRC em tratamento de hemodiálise.

Percebemos que há uma predominância da doença nas usuárias do sexo feminino, em pelo menos 28% em relação aos usuários homens. Apesar de prevalecer como naturalidade dos usuários a amazonense, é bastante significativo o número de usuários idosos IRC natural de outros estados brasileiros, principalmente dos estados do nordeste, evidenciando aí o processo de migração por conta dos ciclos econômicos amazônicos.

### **2.3.1 - Perfil dos Idosos com IRC de Manaus**

Neste subitem, nosso estudo trabalhou num primeiro momento as demandas da população ao Programa SOS VIDA no período de 2009 a 2014 via análise documental. No segundo momento pesquisa de campo em 2015, onde se constatou a presença de 117 idosos IRC demandantes contínuos junto ao referido programa.

E por último, buscamos aprofundar nossas análises como base na entrevista de 24 pessoas idosas IRC participantes desta pesquisa, traçando seu perfil quanto às condições de vida e o acesso aos serviços de saúde para o tratamento desta doença, entre elas: Quantos são esses idosos? Quem são esses idosos? De onde vieram? Como



vivem? Qual a sua condição socioeconômica? O que mais compromete sua renda familiar mensal? A incidência da IRC atinge mais os homens ou as mulheres?

Antes de iniciarmos a exposição dos dados e análises realizadas quanto ao perfil das pessoas idosas IRC atendidas pelo Programa SOS VIDA, informamos que a base da coleta dos dados, assim como suas análises, foram os prontuários dos destes usuários arquivados junto ao citado programa, o qual nos permitiu inferir que há uma maior incidência deste agravo nas usuárias do sexo feminino, em pelo menos 28% em relação aos usuários homens.

Quanto à origem destes usuários, as análises mostraram que são em maioria nascidos no Amazonas, migrados de nossos inúmeros municípios. Mas, também é bastante significativo o número de usuários idosos IRC natural de outros estados brasileiros, principalmente dos estados do nordeste, evidenciando aí o processo de migração, por conta dos ciclos econômicos amazônicos.

Este quadro leva-nos a afirmarmos que a cada ano, acentua-se a curva do crescimento em relação aos procedimentos demandados ao programa por usuários IRC, o que tem deixado muito em evidência os motivos pelos quais a comunidade científica tem apontado esta doença enquanto problema de saúde pública:

“Nos últimos anos, o número de pacientes com insuficiência renal crônica tem crescido assustadoramente em todo o mundo, inclusive no Brasil.”. Alguns já se referem à doença como a “nova epidemia do século XXI”. (RIELA, 2003, p.9).

Sobre o assunto, Riel (2003) continua afirmando que,

No Brasil, estima-se que cerca de 1,4 milhões de indivíduos tenham problemas renais, mas 70% não sabem disso. Há, em 2010, cerca de 100 mil pacientes em diálise e 35 mil transplantados renais com enxerto funcionante. Este número deve dobrar nos próximos 10 anos e podem prejudicar os orçamentos destinados à Saúde Pública em países desenvolvidos. Acredita-se que os países menos desenvolvidos ou em desenvolvimento simplesmente não terão condições econômicas de tratar adequadamente os doentes renais crônicos. Como esses números revelam, a situação é cada dia mais preocupante. (p.9)

De maneira geral, pelo menos, 69% dos procedimentos médicos demandados ao Programa SOS VIDA no ano de 2014, provém do grupo de usuários idosos. Sendo eles, pela ordem de maior demanda: Hemodiálise, alta médica, fisioterapia, consulta Médica, perícia médica, curativo, exame radiológico e quimioterapia/radioterapia. Normalmente são idosos que já vem de um ciclo contínuo de internações e que em virtude de seus agravos de origem, acabam por ir a óbito.

Dos procedimentos mais demandados pelos usuários idosos, destacamos que as altas médicas são resultado das internações em função de fraturas ortopédicas, devido a diferentes tipos de quedas, de doenças crônicas como: IRC, fibrose pulmonar, artrose, doenças neurológicas entre outros.

Os procedimentos de fisioterapias são demandados pelo usuário idoso devido doenças como, segundo a ordem crescente de demanda: sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), quedas, principalmente, da própria altura e artrose. Já os procedimentos de quimioterapia e radioterapia ocorrem em função das neoplasias, principalmente na próstata, pulmão e garganta, mama, útero entre outros.

Em relação aos usuários idosos demandantes de procedimentos de curativos, os fatores fundantes são: lesão causada por diabetes e escaras, essas últimas,

consequência do longo período em que os usuários ficam acamados ou em contínuas internações hospitalar muito comum no idoso.

Lembrando que a análise dos dados de mortalidade proporcional no Brasil mostrou que há,

Uma concentração de 44,5% dos óbitos na faixa etária maior ou igual a 70 anos de idade. Ao se analisar a mortalidade proporcional segundo as regiões, observa-se que no Norte (34,2%) e no Centro-Oeste (38,5%) ocorreram proporções menores de óbitos nessa faixa etária, quando comparadas às informações das demais regiões. Nas últimas décadas, tem sido observado um aumento da mortalidade por complicações decorrentes de diabete (em 2007, ocorreram 47.432 óbitos). A região Sudeste mostrou as maiores taxas desde 1980, com intenso crescimento da mortalidade em todas as outras regiões. Em 2007, as causas externas foram responsáveis por 129.838 óbitos –12,5% do total de óbitos –, representando a terceira causa de morte no País, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias. Destaque-se que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as causas externas apresentam uma gravidade ainda maior, representando a segunda maior causa de morte. No Brasil, as causas externas mais frequentes são os acidentes de transporte terrestre – ATT – (37.997 mortes) e os homicídios (47.292 mortes). (BRASIL, 2010, p.25)

Tomando por base o mês de Fevereiro/2015, o Programa SOS VIDA transportava o quantitativo de 117 usuários idosos IRC realizando procedimento de hemodiálise junto às unidades públicas de saúde ou conveniadas com o sistema único de saúde (SUS).

Da totalidade dos usuários IRC transportados em fevereiro/2015, cerca de 54% são do sexo masculino e 46% são do sexo feminino, estando 25% dos homens e 34% das mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos de idade; 35% dos homens e 34% das mulheres na faixa etária de 70 a 79 anos de idade; 22% dos homens e 21% das mulheres na faixa etária de 80 a 89 anos de idade e 18% dos homens e 11% das mulheres na faixa etária de 90 a 99 anos de idade. Sendo originário da zona rural 63%

dos homens e 58% das mulheres; e 37% dos homens e 42% das mulheres, originários da zona urbana.

A grande maioria dos idosos IRC reside com familiares, 67% dos homens e 79% das mulheres. Quanto à renda familiar e sua origem, detectamos que 89% dos homens e 92% das mulheres possuem renda familiar em torno de 0 a 1 salário mínimo, originada em sua grande maioria- 63% dos homens e 55% das mulheres- pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) seja em função da IRC ou idoso em situação de vulnerabilidade social, ou seja, com renda familiar até um quarto ( $\frac{1}{4}$ ) do salário mínimo por pessoa.

Dos 117 idosos IRC inseridos nos Programa SOS VIDA, entrevistamos 24 no mês de maio/2015, sendo 12 do sexo masculino e 12 do sexo feminino. Destes, 50% dos homens e 67% das mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos de idade; 33% tanto dos homens, quanto das mulheres na faixa etária de 70 a 79 anos de idade; 8% dos homens e nenhuma das mulheres na faixa etária de 80 a 89 anos de idade e 8% dos homens e nenhuma das mulheres na faixa etária de 90 a 99 anos de idade.

Sendo originário da zona rural 92% dos homens e 75% das mulheres. Apenas, 8% dos homens e 25% das mulheres nasceram em Manaus, ou seja, lócus do tratamento de saúde.

Quanto às profissões dos entrevistados, detectamos que 50% dos homens antes de adoecerem eram agricultores. Já as mulheres, percebemos que prevaleciam as ocupações de agricultora (25%), serviços gerais (25%) e domésticos (25%).

Este quadro reflete, por um lado, o movimento migratório em que o homem do interior vem tentar a vida na cidade, principalmente, a partir da criação da Zona

Franca de Manaus. Por outro, mostra que em relação às ocupações das mulheres, todos estão muito relacionados à extensão do que elas fazem em suas casas, ou seja, os afazeres domésticos.

A análise acima talvez explique o fato das mulheres entrevistadas terem como origem de sua renda, o BPC e a pensão por morte de seus companheiros respectivos, conforme podemos perceber nos quadros IX e X.

#### QUADRO IV

##### DEMONSTRATIVO DO PERFIL DAS PESSOAS IDOSAS COM IRC QUANTO A IDADE, ZONA DE ORIGEM E PROFISSÃO.

<b>Identificação</b>	<b>Homem</b>	<b>%</b>	<b>Mulher</b>	<b>%</b>
	12	50%	12	50%
<b>Idade</b>				
60 a 69 anos	06	50	08	67
70 a 79 anos	04	33	04	33
80 a 89 anos	01	8	00	0
90 a 99 anos	01	8	00	0
<b>Zona de Origem</b>				
Zona Urbana	01	8	03	25
Zona Rural	11	92	09	75
<b>Profissão</b>				
Camelô	00	0	02	17
Doméstica	00	0	03	25
Costureira	00	0	01	8
Serviços Gerais	02	17	03	25
Agricultor (a)	06	50	03	25
Operador de Máquina	01	8	00	0
Caixeiro Viajante	01	8	00	0
Carpinteiro	01	8	00	0
Segurança	01	8	00	0

FONTE: PESQUISA DE CAMPO, 2015

Ao analisarmos os dados levantados em relação à renda mensal dos idosos IRC, detectou-se que os homens continuam a ter renda superior as das mulheres. Enquanto

75% dos homens possuem renda mensal média superior a dois salários mínimos, nas mulheres, esse percentual fica em 33%, mostrando que o segmento feminino continua, como há décadas, a possuir um subpreço dentro do mercado de trabalho monopolizado pelo sistema capitalista de produção.

Enquanto a origem da renda para a maioria dos homens, 93%, é a aposentadoria e o BPC; para as mulheres, essa é uma realidade apenas para 75% delas, que tiveram acesso ao BPC. Pois, o restante delas, tem sua renda mensal vinculada à pensão por morte do companheiro, característica esta não encontrada nos relatos de nenhum dos idosos entrevistados.

Para a maioria das pessoas idosas IRC entrevistadas, o fato de morar com a família trazem mais segurança e condições para enfrentar seu agravo. Enquanto somente 17% dos homens residem sozinho, não por necessidade, mas por opção, por primar pela sua liberdade, nem que sejam mais restritas, as mulheres, ou moram com seus companheiros, 17% ou com seus familiares, 83%, se comparado aos homens, cujo percentual é de 67%.

## QUADRO V

### DEMONSTRATIVO DO PERFIL DAS PESSOAS IDOSAS COM IRC QUANTO A RENDA, E COM QUEM VIVEM.

<b>Renda do Idoso</b>	<b>Homens</b>	<b>%</b>	<b>Mulheres</b>	
De 0 a 1 SM	01	8	02	17
Mais de 1 a 2 SM	02	17	06	50
Mais de 2 a 3 SM	06	50	04	33
Acima de 3 SM	03	25	0	0
<b>Origem da Renda</b>				
Aposentadoria	07	58	06	50
Aux. Doença	01	8	0	0
BPC	04	33	03	25
Pensão por morte	00	0	03	25
<b>Como quem Vivem ?</b>				
Sozinho	02	17	00	0

Com esposo (a)	02	17	02	17
Com parentes	08	67	10	83
Abrigo/casa de Repouso	00	0	00	0
Outros	00	0	00	0

FONTE: PESQUISA DE CAMPO, 2015

Ao serem questionados sobre os itens que mais comprometem a renda familiar dos idosos IRC em seu núcleo familiar, os mesmos responderam que a alimentação é o que vem mais onerando a família, isso para 75% dos os homens, enquanto para as mulheres, esse percentual é de 67%.

Em segundo lugar vêm as despesas com medicamentos, para os homens, 33%. Já ás mulheres, apontaram além dos medicamentos, as despesas com transportes para seus respectivos tratamento, pois a maioria delas declararam depender de outras pessoas ou familiares para ter acesso aos medicamentos e transporte necessários.

## QUADRO VI

### DEMONSTRATIVO DOS FATORES QUE COMPROMETEM A RENDA DAS PESSOAS IDOSAS COM IRC

<b>Fator que mais compromete a renda do idoso(a)/ família com quem vive?</b>				
Alimentação	09	75%	08	67%
Transporte	00	0	02	17%
Medicamentos	03	33%	02	17%
Consultas e Exames	00	0	00	0

FONTE: PESQUISA DE CAMPO, 2015

Sobre o acesso ao sistema de saúde, a totalidade dos entrevistados declarou realizar todos os procedimentos necessários a manutenção da sua saúde na rede pública. Mas, quando perguntamos onde realizavam a maioria das consultas, exames

e procedimento de hemodiálise, responderam que era nas clínicas renais particulares, porém conveniada com sistema único de saúde (SUS).

## QUADRO VII

### DEMONSTRATIVO QUANTO A REDE DE SAÚDE A QUAL AS PESSOAS IDOSAS COM IRC RECORREM

Rede de Saúde				
Pública	02	17%	02	17%
Privada - mas, subsidiada com recurso público - SUS	10	83%	10	83%
Privada	00	0%	00	0%

FONTE: PESQUISA DE CAMPO, 2015

Quando perguntamos sobre a qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS, os entrevistados responderam, com muita satisfação e entusiasmo, que o quadro de técnicos e profissionais das clínicas nunca fizeram diferenciação no nível de prestação de serviço aos usuários do SUS, aos conveniados, ou ao grupo dos usuários particulares. Que todos eram bem tratados sentia-se muito valorizados pelas equipes médicas e de apoio,

Tratam a gente como se fosse da família, com carinho, mesmo quando estamos muito chatos e deprimidos, sempre arrumam um jeito de ajudar. (IdosaA, 64 anos).

## CAPÍTULO III - O COTIDIANO DOS IDOSOS COM IRC EM MANAUS



Neste capítulo faremos, inicialmente, uma breve discussão envolvendo a categoria Cotidiano e o agravo da Insuficiência Renal Crônica (IRC). Em seguida, estaremos apresentando e refletindo sobre o Cotidiano dos idosos com IRC atendidos junto ao Programa SOS VIDA, identificando: Como descobriram a doença? Quais as principais mudanças que foram obrigados a fazer em suas vidas? Qual a reação diante da notícia de que seus rins estavam parados? E a família, como reagiu à notícia? A que atribuem às causas da doença? Como é seu cotidiano entre o viver, cuidar e tratar a doença? Qual sua reação diante da morte de seus amigos de tratamento. É naturalizada ou não pelos idosos, de forma que cada óbito é só mais um óbito? O que a morte representa para esses idosos?

### **3.1 - Entendendo um pouco sobre cotidiano e IRC**

Ao voltarmos ao cotidiano das pessoas idosas que sofrem de IRC, é mister o conhecimento a respeito destas duas categorias. Certeau (1994) infere que os mecanismos de poder, regulamentação e disciplinamento da sociedade que tenta regular e controlar a vida dos homens, podem ser burlados através de práticas, táticas e estratégias de sobrevivência que os indivíduos criam na dinâmica cotidiana, e que a vida social torna-se espaço de negociação dentro de um cotidiano improvisado, mas, que é sempre possível ser reinventado.

Para o autor, a ação dos indivíduos ou as formas de realizar suas ações representam infinitas formas práticas pelas quais os usuários se reapropriam do espaço organizado pelas técnicas e produção sócio – cultural. Explica que esses modos de procedimentos ou esquemas de ação se dão sempre no social, onde cada

individualidade é o lugar onde atua uma pluralidade, na qual o sujeito é seu autor ou seu veículo.

De acordo com Paes (2007) as condutas cotidianas continuam a obedecer a regras tácitas, em que se espelham alguns consensos sociais, mas depende também a capacidade de manipulá-las ou as superar.

O autor lembra que a modernidade arrasta uma tensão entre a consciência que os indivíduos têm de suas próprias contingências e a necessidade de responderem a seus próprios destinos. Nessa medida, a modernidade remete para um mundo que é produção de sujeitos, ao mesmo tempo, em que estes se vão construindo a si mesmos como autores, num jogo de espelhos.

Ainda, conforme o autor, nos cenários mais banais da vida cotidiana experimentam-se novas identidades, joga-se com a ambiguidade, alimentam-se dúvidas e cepticismos que nos deixam embaralhados. O dilema básico da interação é o de nos mostrar que os mesmos comportamentos que podem ser tomados como sinceros e honestos podem também ser usados para simular essa sinceridade e honestidade.

Os termos "cotidiano", "cotidianidade" e "vida cotidiana" são próximos, mas designam aspectos diferentes de uma mesma realidade. "Vida cotidiana", o que Marx e Engels chamavam de "vida real". O "cotidiano" corresponde a um momento desta vida rel. "Cotidianidade" significa o conjunto de aspectos da vida e da pratica sociais. (NASCIMENTO; FONSECA, 1989)

Marx enumera as condições de toda existência humana. Fala, portanto, da vida cotidiana: "Para a vida são necessários, a alimentação e a bebida, a habitação e a vestimenta e outras coisas mais..." E "os homens que renovam cotidianamente suas vidas, que produzem outros homens, se reproduzem é , a relação entre homem e mulher, pais e filhos, a família" (MARX,1989, p.234)

De acordo com Heller (1994) a vida cotidiana envolve a vida do homem em sua totalidade, nela, ele expressa todos seus sentimentos, emoções, sonhos, medos e anseios, como podemos observar abaixo,

A vida cotidiana , a vida de todo homem. Todos a vivem, sem nenhuma exceção... Ninguém consegue identificar-se com sua atividade humano-genérica a ponto de poder se desligar inteiramente da cotidianidade;(...) A vida cotidiana , a vida do homem inteiro, ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua personalidade. Nela, põem-se em funcionamento todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades de manipulação, seus sentimentos, paixões, ideias, ideologias.(p.16)

Nascimento; Fonseca (1989), inferem que o cotidiano, vida cotidiana, cotidianidade são conceitos, categorias excluídos da práxis política pelo "marxismo positivista", e que ao excluí-los da prática social, o marxismo reduziu a capacidade humana a luta e ao trabalho, ao que Marx chamou de "Homo duplex": de um lado, o indivíduo egoísta e, de outro, o cidadão abstrato. De acordo com os autores, no entendimento de Marx, a "essência" do Homem é a atividade objetiva, a práxis social.

Para Heller (1994) a vida cotidiana está intrinsecamente associada à reprodução dos homens na sociedade, pois sem ela não há sociabilidade. O cotidiano é

entendido enquanto conjunto das atividades que caracterizam a reprodução dos homens particulares, que por sua vez criam a possibilidade da reprodução social.

A autora defende que em *toda* sociedade há uma vida cotidiana, *todo* homem, independentemente do lugar que ocupa na divisão do trabalho, tem uma vida cotidiana. Mas isso não quer dizer que o conteúdo e a estrutura da vida cotidiana sejam homogêneas e independentes do tipo de sociedade e pessoas a nela inseridos.

De acordo com a autora, a reprodução dos homens se dá sob uma determinada forma e aspectos definidos pela divisão social do trabalho que a caracteriza. Ou seja, “para a reprodução de um escravo lhe são necessárias atividades distintas das necessárias a um cidadão da *polis*, a um pastor ou a um trabalhador da metrópole”. (HELLER, 1994)

A autora lembra que a cotidianidade é portadora de historicidade, que é na vida cotidiana que são determinadas novas categorias as quais,

“posteriormente ou se conservam, ou ao menos se desdobram por algum tempo, portanto, se desenvolvem, ou retrocede. A vida cotidiana também tem uma história, pois é uma categoria do real e historicamente determinado. Que por ser histórica, sofre alterações e limites em suas características essenciais, segundo determinações dadas pelos modos de produção e pelos processos de transição de uma sociedade a outra”. (HELLER, 1994, p.19)

Assim, é na vida cotidiana que o homem *se* objetiva em infinitas formas. Forma seu mundo, formando-se também a si mesmo. Melhor dizendo, à medida que o homem procura adaptar-se ao mundo, transforma-se, também, durante esse processo, uma vez que constrói capacidades, enfrenta medos, supera obstáculos etc., tendo a possibilidade também de auxiliar outros homens que vivem esse mesmo processo

através da educação e da orientação, considerando que é representante daquele ‘mundo’ em que outros nascem”. (HELLER, 1994)

Para a autora, a vida cotidiana absorve o homem na sua particularidade, mas suas ações objetivadas não se encerram nelas mesmas, mas possibilitam que o mesmo transcenda essa ambiência em direção a objetivações mais elevadas.

Desta forma, no entendimento da autora,

“é na vida cotidiana que desenvolvemos a atividade com que ‘formamos o mundo’ e aquela com que ‘nos formamos a nós mesmos’ coincidem”, pois, ao mesmo tempo em que nos reproduzimos, criamos as condições para superarmos o imediatismo cotidiano e realizarmos-nos genericamente (HELLER, 1994, p. 26).

A autora infere que a estrutura fundamental do homem é construída no cotidiano partir do momento que este absorve suas características essenciais e ao mesmo tempo as reproduz. É no cotidiano que o homem particular tem a possibilidade possibilita, por meio da estrutura que lhe oferece/impõe, a percepção de que o mesmo realiza a sua personalidade nesse âmbito, mesmo ela sendo ambiência imediatista e alienadora. (HELLER, 1994)

Segundo a autora, a vida cotidiana não representa a realidade social como um todo, como pensa a maioria dos homens particulares; ela é na verdade uma parcela destas, a qual absorve o homem desde o seu nascimento e pode condicioná-lo a alienações e imediatismos, assim como pode possibilitar a sua constituição genérica.

Heller (1994) lembra que a vida cotidiana dos homens está completamente impregnada da luta por si mesmo. Que essa luta é ao mesmo tempo uma luta contra outros. Que a história das sociedades de classe a vida cotidiana é – em maior ou menor

medida – também uma luta. Uma luta pela simples sobrevivência, por um posto melhor no interior da integração dada, por um posto no seio do conjunto da sociedade, cada um segundo suas necessidades e suas possibilidades.

Para a autora, a consciência da generalidade é própria da vida cotidiana, enquanto a relação consciente com ela pode nem sequer surgir na vida cotidiana. Ou seja, enquanto ser social, o homem é ao mesmo tempo ser particular e genérico, um ser que tem consciência dessa generalidade. Ao estabelecer uma relação consciente com ela, supera as amarras do cotidiano, supera o particular e opera “objetivações genéricas de tipo superior”. (HELLER, 1994).

A vida cotidiana é heterogênea nos sentidos e aspectos mais diversos; sendo esta a razão pela qual seu centro só pode ser o *particular*, no qual aquelas esferas, formas de atividade, etc. decididamente heterogêneas se articulam em uma unidade. (IDEM)

Em síntese, a vida cotidiana é um objetivar-se em duplo sentido. Pois ao mesmo tempo em que é um processo de contínua exteriorização do sujeito, é também um contínuo processo de *reprodução* do particular. Ou seja, no infinito processo de exteriorização do homem, se forma e se objetiva, o homem particular. (HELLER, 1994)

De acordo com Martins (2000) as instabilidades permanentes na vida cotidiana, são influenciadas por choques que interrompem a propagação do real dos fenômenos, com interpretações como realidades múltiplas, na passagem de um mundo a outro. Ou seja, embora a vida cotidiana seja um mundo que dá sentido aos demais, enquanto referencia, aparece subvertida e alterada nesses outros mundos. O que nos mostra as discontinuidades que atravessam a vida cotidiana todos os dias.

Segundo, Lefebvre (1972) o cotidiano não se resume a um conjunto de hábitos de uma massa “atrasada” a ser “modernizada” de acordo com os objetivos de uma burocracia estatal, mas ao contrário, nele, estão contidas, além das adversidades que caracterizam a vida dos trabalhadores, as possibilidades de produzir uma vida nova: por trás da miséria dos trabalhadores esconde-se uma autêntica capacidade produtiva e criadora.

Lembramos que a leitura de Lefebvre sobre o cotidiano traduzia em boa medida o “espírito comunista” da época, tanto quanto se distanciava dele em alguns aspectos. De acordo com Lefebvre, a ambiguidade da vida cotidiana decorre da situação contraditória do proletariado no interior da sociedade capitalista,

Por um lado, ele é esmagado sob o peso do trabalho, das instituições e das idéias dominantes. Por outro, sua relação com a atividade produtiva faz com que ele mantenha algo como um “senso de realidade” e um contato “orgânico” com a natureza (e com a sua própria natureza) que os outros segmentos da sociedade, devotados às atividades dispensáveis ou “improdutivas”, não possuem. Somente ao proletariado é reservado o privilégio de ter a sua condição social atrelada a uma “atividade prática criadora” (LEFEBVRE, 1972: 156).

O autor explica que é por isso, a privação material e espiritual do proletariado se apresenta de modo contraditório, como uma condição rica em possibilidades - na medida em que as condições da alienação o impelem à revolução contra o modo de produção existente.

O autor afirma que os elementos mobilizados contra a realidade alienada, sejam eles o sonho e a arte ou a poesia e as formas modernas assumidas pela festa, deviam ser criticados pela realidade cotidiana, em função do que eles têm de parcial e provisório.

Assim, a superação das alienações no interior das relações modernas não poderia ser empreendida a partir de algo alheio ao cotidiano. Nas palavras de Lefebvre, “o homem será cotidiano ou não será” (1972, p. 140).

De acordo com Alves (2013), a temática da vida cotidiana nas condições do capitalismo manipulatório, remete efetivamente à emergência de uma nova dinâmica sociometabólica do capitalismo histórico, onde a vida cotidiana – espaço-tempo da espontaneidade de classe em seu movimento pré-contingente, contingente e necessário – torna-se ponto de partida para apreendermos os sinais (ou campos de possibilidades concretas) da autotranscendência positiva dos sujeitos proletários alienados.

Para o autor, é na vida cotidiana que se põe a formação do sujeito-de-classe, capaz de negar e superar o capital como metabolismo social alienado. O autor aponta que a revolução social como processo de *Aufhebung* ou autotranscendência positiva da alienação que implica a formação da classe, isto é, processos de subjetivação ou formação de sujeitos humanos capazes de autonomia radical.

Alves (2013) afirma que a emancipação social do trabalho nasce da tessitura da vida cotidiana para além da ordem burguesa. Cita como exemplo, a ideia de democratização radical sustentada por Lukács que implica em processos cotidianos de elaboração positiva de dinâmicas alternativas à ordem alienada do capital. Ou seja, o exercício da autonomia radical ocorre no devir humano dos homens, na vida cotidiana como momento de processos mais amplos de transformação histórica.

Neste sentido, segundo Mészáros (2002) o sistema do capital é, na realidade, o primeiro na história que se constituiu como totalizador irrecusável e irresistível, não



importa quão repressiva tenha de ser a imposição de sua função totalizadora em qualquer momento e em qualquer lugar que encontre resistência. Aponta que o problema da totalização é insolúvel – tanto no nível a consciência como no das práticas materiais concretas – sem uma compreensão adequada da mediação.

Para (Sartori (2007), sujeito e objeto aparecem sem a separação estanque, ou a unidade originária e transcendente – surgem por meio das próprias mediações, que devem ser específicas, materiais. Portanto, se não se contrapõe de maneira a dialética a subjetividade e a objetividade, a única solução possível à questão parte justamente de uma “totalização” que não parte de um “sujeito”, mas da constituição ontológica do ser social.

O autor parte da abordagem lukacsina, onde não se abandona o “sujeito” ou a “totalidade”, do primado da constituição ontológica do ser social, do qual a compreensão da mediação é parte integrante.

De acordo com o autor, somente o trabalho tem, como sua essência ontológica, um claro caráter intermediário: ele é, essencialmente, uma inter-relação entre o homem (a sociedade) e natureza, tanto inorgânica (utensílios, matéria-prima, objeto do trabalho, etc.) como orgânica.

Conforme Sartori, o modelo de ser social não é a única mediação existente no ser social, embora seja a originária, àquela pela qual se dá a humanização do homem e pela qual se desenvolve o “modelo”, a “protoforma da práxis social”. Ele existe enquanto existir o processo pelo qual a sociedade se reproduz materialmente, estabelecendo o trânsito e a relação entre o homem e a natureza orgânica e inorgânica.

Ainda de acordo com o autor, o trabalho concreto é a mediação por excelência, o que decorre de seu “claro caráter intermediário”. Com as formas mais desenvolvidas da práxis social sempre está relacionado, mas nunca se identifica: “entre o modelo e suas sucessivas e mais complexas variantes há uma relação de identidade entre a identidade e a não identidade”. (SARTORI, 2007)

Entende que a questão ontológica é essencial e o trabalho não pode ser considerado, porém, caso não se tenha em mente a historicidade. A mediação do trabalho concreto é insuprimível ao mesmo tempo em que ela nunca aparece de forma “pura” aos homens de nossa sociedade de irracional desenvolvimento das forças produtivas. Que o fato de não “vermos” o trabalho concreto não significa, porém, que ele inexistia; pelo contrário: por meio de seu impulso originário e constante, o trabalho afirma-se como “momento predominante” essencial à reprodução material do homem, a qual se volta - sob o império do capital - contra ele. Que a forma alienada de trabalho, portanto, pressupõe a forma não alienada.

Assim, entre o trabalho concreto e a sociedade, portanto, se interpõe mediações diferenciadas, as quais conduzem, na sociedade civil-burguesa, às “mediações de segunda ordem”, que de acordo com Mészáros (2006),

Os meios alienados de produção e suas “personificações”; o dinheiro; a produção para troca; as variedades de formação do Estado pelo capital em seu contexto global; o mercado mundial – sobrepõe-se, na própria realidade, à atividade produtiva essencial dos indivíduos sociais e na mediação primária entre eles. (p.71)

Assim, o trabalho não apenas efetua uma transformação na forma da matéria natural, como realiza ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe

que determina, como lei, a espécie e o modo de atividade e ao qual tem subordinada sua vontade. (SARTORI, 2007)

E por isso, segundo os autores, que a reprodução do complexo social total somente se realiza pela mediação do indivíduo singular. Ambos os extremos do ser social pressupõe-se mutuamente. Isto se dá – sob o capitalismo – na medida em que a personalidade encontra-se dilacerada pela subjetividade do capital, a qual impõe aos indivíduos agirem de maneira alienada, como “personificações”. (IDEM)

De acordo com Sartori (2007) os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado. A tradição de todas as gerações mortas oprime como um pesadelo o cérebro dos vivos.

O autor explica que se não, entre os complexos, mediações de segunda ordem, estas tendem a ditar as “circunstâncias” em que o indivíduo atua. E isso não apaga o fato que “os homens fazem sua própria história”. Tem que haver, pois a mediação de um complexo específico para que se resolva esta aparente antinomia: trata-se do cotidiano. É no seu próprio cotidiano que o indivíduo atua em um ambiente marcado por mediações que aparecem fenomenicamente como “espontaneidade”, a qual, de uma perspectiva crítica, pode “aterrorizar-nos”. (LUKÁCS,1981)

O cotidiano, pois, pressupõe a distinção e a autonomia relativa dos complexos sociais na mesma medida em que é uma instância em que a consciência da pluralidade dos condicionamentos e das relações sociais é inatingível. (LUKÁCS,1979)

Sartori, ao referir-se ao sistema alienante da sociedade civil-burguesa infere que “a vida cotidiana, de todas as esferas da realidade é aquela que mais se presta à alienação”.

O autor defende que é impossível teorizar sobre o ser social sem a mediação do cotidiano, pois se estabeleceria uma parcela de arbitrariedade e o risco de tomar como “natural” o próprio discurso que se interpõe - com base direta ou indireta neste e na atividade alienada deste – pelas mediações reificantes da sociedade civil-burguesa.

Conforme Lukács (1979) o caráter mediatizado da imediatez do cotidiano é, portanto, essencial. Da mesma forma que é igualmente verdadeiro que o “essencial do ser e do pensar cotidianos [é] a unidade imediata da teoria e da prática” e que no cotidiano trata-se de “um ramificado, múltiplo e complicado sistema de mediações que se complica e ramifica cada vez mais no curso da evolução social”.

De acordo com o autor, o fato de o cotidiano ser estranho ao homem deve ser entendido pela própria peculiaridade deste, a saber, a unidade imediata da teoria e da prática, uma vez que o cotidiano é mediatizado em sua própria imediatez.

Lukács entende que na sociedade civil-burguesa o cotidiano é “um produto da divisão capitalista do trabalho”, levando -o a entendê-lo como uma mediação ontologicamente obrigatória, uma esfera em que a manipulação capitalista se exerce de maneira desenvolvidíssima – mesmo complexamente mediada, é “natural”, “espontânea”.

Sartori (2007) o cotidiano capitalista é contraditório - a esfera que é mais propensa à alienação e é mediação obrigatória ao indivíduo singular, contém a possibilidade latente do gênero que não é mais meramente “em si”. Se o imediato é ele

mesmo mediado complexamente, ele configura-se na própria sociedade capitalista como esfera em que estão contidas as possibilidades para a superação do “gênero” não mais “mudo”. Indica-se, assim, outro aspecto essencial da vida cotidiana, a saber: que o que está comprometido com ele é sempre o homem inteiro.

Portanto, o cotidiano tem caráter dúplice, sendo ao mesmo tempo uma esfera marcada pela alienação capitalista e uma esfera que contém “em-si” a possibilidade de uma vida “cheia de sentido”. Se se supera a alienação capitalista torna-se possível uma sociedade em que “o indivíduo é um particular que “sintetiza” em si mesmo a singularidade causal de sua individualidade e a genericidade universal da espécie” (HELLER, 1982).

Desta forma, com base nos autores, a esfera cotidiana é uma mediação insuprimível da práxis social, contendo tanto a preservação “natural” e “espontânea” do status quo quanto a possibilidade latente da supressão deste. Esse caráter “múltiplo, ramificado e complicado” das mediações tanto dificulta como possibilita isto, sendo indissolúvel das relações sociais de determinada sociedade.

A superação da alienação capitalista, portanto, passa tanto pelo cotidiano quanto pelas relações de produção. Pois num mundo “cheio de sentido”, não é possível sob o modo de produção capitalista. (LUKÁCS, 1981)

Deste modo, entende-se que o cotidiano é complexamente mediado pela divisão reificada do trabalho capitalista, sendo impossível haver uma transformação real nas relações de produção se não se revoluciona o cotidiano; desde o cotidiano das fábricas até o “tempo livre”. (SARTORI, 2007)

Discutir a IRC em idosos requer o entendimento de que o envelhecimento independe da idade cronológica, pois alguns indivíduos, mesmo com idade avançada, não se sentem absolutamente “velhos”, enquanto para outros, de idade aparentemente pouco avançada, o peso da velhice é algo intenso e limitante (FREITAS; SOUZA, 2009).

Os autores explicam que quando o homem confronta-se com as doenças e estas colocam em risco sua independência “funcional”, há uma tendência dos idosos entrarem em depressão, tendo em vista a perda de seu poder de provedor e chefe de família.

Esse processo, muitas vezes, leva o idoso a desenvolver uma negação e não aceitação de sua condição mórbida, permeado por valores culturais agregados de geração a geração, como é o caso dos idosos com fragilidades físicas e/ou mentais, dos portadores de doenças degenerativas, das doenças de caráter crônico, que vem crescendo drasticamente a cada década. Ou seja, nas palavras de Ramos (2003), a grande maioria dos idosos são portadores de pelo menos uma doença crônica.

Entre as doenças crônicas e não transmissíveis, com grande prevalência, principalmente em idosos, está a Insuficiência Renal Crônica, que vem sendo considerada como problema de grande relevância, complexa, exigindo múltiplas abordagens no seu tratamento (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Os autores alertam que, apesar dos avanços que da medicina ter trazido significativos resultados ao tratamento da doença, a chance de morte supera a de iniciar a diálise à medida que a doença progride, mesmo quando os usuários recebem cuidados médicos padrão.

O Brasil ocupa hoje o quarto lugar no ranking dos maiores programas de diálise do mundo, apenas superado pelo Japão, Estados Unidos e Alemanha. Estima-se que 95% dos tratamentos dialíticos são custeados pelo Sistema Único de Saúde (BEZERRA,2008; SANTOS,2006; LUGON, 2010).

No Brasil, estima-se que o número da incidência dessa doença já atingiu os 1,4 milhões de indivíduos. E o mais alarmante é que mais de 70% das pessoas não sabiam que eram IRC (MAUTH, 2011).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) tem sido uma das principais preocupações no Brasil e no mundo, considerando o acelerado crescimento dos números de pessoas acometidas por este agravo, sua elevada taxa de mortalidade, morbidade e custos. (SESSO et al, 2008, p.23).

Conforme estes autores, a doença renal crônica progressivamente e com frequência, evolui para a insuficiência renal crônica terminal (IRCT), com alta taxa de letalidade, apesar dos tratamentos disponíveis, no caso, a o tratamento por meio da terapia renal substitutiva (TRS), ou seja, diálise. Esses dados nos leva a refletirmos sobre os primórdios das ações voltadas aos pacientes com doenças renais crônica no Brasil.

A prevalência de pacientes mantidos em programa crônico de diálise no Brasil vem aumentando, progressivamente. De 24.000 pacientes mantidos em programa dialítico em 1994, alcançamos 59,153 pacientes em 2004. (BEZERRA,2008; SANTOS,2006; LUGON, 2010).

A incidência de novos pacientes cresce cerca de 8% ao ano, e estima-se que existiam em 2006, cerca de 1,2 milhões de brasileiros com DRC, e o gasto com o

programa de diálise e transplante renal no Brasil situa-se ao redor de 1,4 bilhões de reais ao ano (SANCHO;DAIN,2008; VERONESE, 2007; LANZA et al, 2008).

O Censo nacional anual dos usuários com doença renal crônica em programa de diálise, realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia aponta que o número total estimado de pessoas portadoras de IRC 2012 foi de 97.586. Que esse número vem aumentando gradativamente ao longo dos anos.

O mesmo aponta que no ano de 2000, esse número era de 42.695 pessoas, em dez anos esse número mais que dobrou, ou seja, foi para 91.314 pessoas. Em 2011, houve um crescimento em torno de 3% ao ano em relação a 2010, indo para 92.091 pessoas acometidas pela doença e em tratamento de diálise.

Esse estudo ainda mostrou que a taxa de prevalência de tratamento dialítico em 2012 foi de 503 usuários por milhão da população, variando por região entre 291 usuários na região Norte a 630 usuários na região Centro-Oeste.

Em relação ao percentual de usuários realizando diálise três vezes por semana, o estudo mostrou que entre as pessoas com idade menor ou igual a 12 anos o percentual foi de 0,3%; entre 13 a 18 foi de 4,2%; entre 19 a 64 anos foi de 63,6%; já entre 65 a 80 anos foi de 27,7%; e nas pessoas maiores de 80 anos foi de 4,2%.

No entendimento de Sesso et, al(2007), a Insuficiência Renal Crônica (IRC) tem sido uma das principais preocupações no Brasil e no mundo, considerando o acelerado crescimento dos números de pessoas acometidas por este agravo, sua elevada taxa de mortalidade, morbidade e custos.



Conforme estes autores, a doença renal crônica progressivamente e com frequência, evolui para a insuficiência renal crônica terminal (IRCT), com alta taxa de letalidade, apesar dos tratamentos disponíveis, no caso, a o tratamento por meio da terapia renal substitutiva (TRS), ou seja, diálise. Esses dados nos leva a refletirmos sobre os primórdios das ações voltadas aos pacientes com doenças renais crônica no Brasil.

De acordo com Silva, os rins são órgãos com a função de filtrarem e regularem o volume de líquidos no organismo dos seres vivos, trabalham realizando a excreção de substâncias tóxicas por meio da urina. Qualquer intercorrência neste processo que, de algum modo, possa impedir que os rins realizarem seu trabalho, poderá ser considerado algum tipo de distúrbio. (SILVA, 2000).

Se na população em geral a IRC já é um agravo de densidade mundial, seu alastramento junto ao segmento da população idosa, ao mesmo tempo em que eleva o risco acentuadamente a saúde dos mesmos, coloca-a enquanto “problema de saúde pública”, cuja única estratégia de sobrevivência diante da doença, de seu agravamento e da debilitação física do paciente, é a necessidade constante de dialisar (RUCCO, 2010; PEDROSO E OLIVEIRA, 2007; KUSUMOTA, 2008).

No entendimento de Romão (2004), a doença renal crônica pode ser identificada em suas fases de comprometimento dos rins, variando segundo sua gravidade e o do percentual com que a função renal está sendo realizada no organismo: função renal normal, não há lesão renal; rins lesionado com funcionamento normal; fase de insuficiência renal funcional ou leve; laboratorial ou moderada; crônica ou severa.

Outros autores inferem que o estágio mais grave é aquele quando o paciente apresenta o comprometimento total da função renal, denominado de estágio terminal, estágio este em que o paciente será obrigado a submeter-se a tratamentos adequados e sistemáticos, utilizando-se de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou os transplantes. (NUNES, 2007, SANTOS 2003; MOREIRA, 2005)

As causas mais comuns da IRC apontada pelos especialistas são: a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e histórico familiar de IRC, além de indivíduos com enfermidades sistêmicas, infecções urinárias repetidas e uropatias. (SESSO, 2012).

Os principais sintomas da IRC são: cor da urina, dor ou ardor ao urinar, urinar várias vezes ao dia e à noite, pressão sanguínea elevada, vômitos, náuseas, esquecimentos, perda da libido, cansaço e mal-estar generalizado. (RIBEIRO, 2008, SANTOS, 2003 ; LOPES, 2001)

Os autores aponta que um dos principais problemas no controle deste agravo é o desconhecimento das pessoas sobre a doença, que por sua vez, acomete-os de forma silenciosa, retardando, na maioria das vezes, seu diagnóstico, que dar-se em estágios avançados da doença, quando já houve comprometimento total da função renal, daí afirmar-se que o agravo poderá ocorrer de forma insidiosa e assintomática.

Sobre as terapêuticas ambulatoriais para os pacientes renais crônicos, Lanza et, al. (2008) inferem que a doença renal crônica consiste na perda progressiva e irreversível da função renal, detal forma que, em suas fases mais avançadas, os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente. Essa fase da doença também é denominada de doença renal terminal, pois os rins não mais mantêm a homeostase do meio interno do organismo.

Recentemente, a Sociedade Brasileira de Nefrologia referendou a definição de DRC proposta pela *National Kidney Foundation* Americana (NKF), em seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI)*, que, segundo Bregman e Kirsztajn (2010); e Bastos (2009), se baseia nos seguintes critérios:

- a) Lesão presente por um período igual ou superior a três meses, definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da filtração glomerular, evidenciada por anormalidades histopatológicas ou de marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas ou urinárias, ou ainda de exames de imagem;
- b) Filtração glomerular menor que  $60\text{ml/mim}/1,73\text{ m}^2$  por um período igual ou superior a três meses com ou sem lesão renal;
- c) Assim, a doença renal crônica é definida pela lesão parênquima renal (com função renal normal) e ou pela diminuição funcional renal presentes por um período igual ou superior a três meses.

Com base nesta definição, foi proposta a classificação dos estágios para a DRC, pacientes em estágios:

- Estágio 1 - apresentam lesão renal com FG normal ou aumentada taxa de FG  $\geq 90$ ;
- Estágio 2 - apresentam lesão renal com FG levemente diminuída FG 60-89;
- Estágio 3- apresentam lesão renal com FG moderadamente diminuída FG 30-59;
- Estágio 4- apresentam lesão renal com FG severamente diminuída FG 15-29;
- Estágio 5 - apresentam indicativo de falência funcional renal estando ou não em terapia renal substitutiva FG  $< 15$ , a necessidade de início de terapia de substituição da função renal a diálise ou transplante.

De acordo com Cherchiglia et al (2006) somente com a utilização de métodos de filtragem artificial do sangue, tais como diálise peritoneal e hemodiálise, ou com a realização do transplante renal, há a possibilidade de sobrevivência do paciente. Mas também lembra que a decisão clínica entre as terapias existentes deve levar em

consideração fatores como idade, a presença de comorbidades, a opção do usuário e a disponibilidade à acessibilidade à rede prestadora de serviços.

No Brasil, existem dois tipos de diálise: a peritoneal e a hemodiálise. A peritoneal se apresenta em três modalidades diferentes:

- ✚ Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
- ✚ Diálise ambulatorial automática (DPA);
- ✚ Diálise peritoneal intermitente (DPI).

Todos esses tratamentos substituem, parcialmente, a função renal, aliviam os sintomas da doença e preservam a vida do paciente, porém, nenhum deles é curativo (SANCHO; DAIN, 2008).

Kusumota, Rodrigues e Marques (2004) descrevem que, no tratamento por meio da diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), é realizada uma técnica de infusão de líquido de diálise na cavidade abdominal do paciente, favorecendo a depuração do sangue por meio de uma membrana peritoneal, com a finalidade de remover substâncias que precisam ser eliminadas pelo organismo.

Os autores explicam que a técnica usada na DPAC é a colocação de um cateter flexível no abdome, onde é introduzido um líquido semelhante a um soro, na cavidade abdominal. Esse líquido, que chamamos de banho de diálise, vai entrar em contato com o peritônio e por ele será feita a retirada das substâncias tóxicas do sangue.

Segundo Kusumota, Rodrigues e Marques (2004), após um período de 4 horas em permanência no banho de diálise na cavidade abdominal, este fica saturado de substâncias tóxicas, e é então retirado, sendo feita em seguida a infusão de novo banho de diálise, e o paciente realiza de 4 a 5 trocas por dia.

O método da diálise peritoneal intermitente está associado a maior número de complicações. É indicada para pacientes impedidos de utilizar outros métodos dialíticos, podendo ser usada por curto período de tempo. Apesar disso, é considerada a forma mais segura de tratamento e que atualmente é realizada por mais de 100.000 pacientes no mundo todo. (IDEM)

A dialise peritoneal intermitente é um procedimento que é realizado pelo próprio paciente e/ou familiar em seu domicílio. Mas para isso acontecer, paciente e familiar responsável receberam treinamento da enfermeira do serviço de diálise trocar a bolsa de diálise. (IDEM)

Todos os pacientes em tratamento por meio da dialise peritoneal são obrigados a retornarem ao ambulatório para avaliações periódicas do seu estado de saúde e possíveis dúvidas e complicações com os profissionais médicos e enfermeiros. (KUSUMOTA; RODRIGUES ; MARQUES, 2004).

Já a hemodiálise deve ser realizada com prescrição de três sessões semanais de quatro horas por sessão. É o tratamento proposto para 90% desses pacientes, sendo hoje o principal esquema dialítico (LOPES, 2008).

O processo de hemodiálise pode levar à remoção de 1 a 4 litros de fluido no período médio de quatro horas, dependendo do paciente e da eficiência da diálise. Esse procedimento vai promover a retirada das substâncias tóxicas, da água e dos sais minerais do organismo, através da passagem do sangue por um filtro.(KAMIMURA et al; 2004)

Nesse tipo de procedimento, para que o sangue passe pela máquina é necessário a colocação de um cateter ou a confecção de uma fístula, um

procedimento realizado mais comumente nas veias do braço a forma de permitir que estas fiquem mais calibrosas e, desta forma, forneçam o fluxo de sangue adequado para ser filtrado. (IDEM)

Tanto a hemodiálise quanto a diálise peritoneal ambulatorial contínua são eficientes métodos de substituição para função renal. Quaisquer dessas formas de tratamento podem ser usadas em pacientes renais crônicos. (IDEM)

Não existe um tipo de diálise melhor do que a outra. No entanto, de acordo com as condições clínicas de cada caso, pode haver preferência por um ou outro método. Quem decide sobre a escolha do tratamento o médico, em conjunto com o paciente e sua família, de acordo com o quadro clínico e o estilo de vida do paciente (D'ÁVILA, 1999; SMELTZER ET AL., 2009).

De acordo com Bastos et al (2004) ; DOUGLAS (2001); GROSS (1999), o tratamento de pacientes com IRC envolve:

1. As intervenções para diminuir a progressão da doença;
2. Diagnóstico e tratamento das complicações próprias da IRC;
3. A identificação e o manuseio das comorbidades mais frequentes;
4. As medidas educativas e de preparo para terapia renal substitutiva (TRS).

Neste contexto, as pessoas idosas, com IRC, objeto de nosso estudo, sofrem duplamente. Ou seja, sofrem em função do próprio processo de perda das capacidades físicas e psíquicas, normal a partir dos 60 anos de idade, sofrem também pelos condicionantes e limitações que a doença crônica impõe-lhes no dia a dia, alterando seu estado geral de saúde (ORLANDI, 2008).

O processo de acometimento da doença, assim como seu tratamento compromete não só a qualidade de vida do idoso, mas de toda sua família. Apesar de ser comum atribuir ao próprio idoso a responsabilidade pela mesma.

No entendimento de Neri (2006) a promoção da boa qualidade de vida na velhice, na verdade, excede os limites da responsabilidade pessoal, é uma construção de caráter sociocultural, resultante da qualidade da interação entre pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em mudança.

Outro ponto sobre a IRC que merece ser aqui destacado é o fato de ela apresentar-se de modo silenciosa, chegando a levar anos para ser diagnosticada ou percebida pelo próprio indivíduo, que por desconhecimento, despreza alguns sintomas, tendo como resultado um retardamento em seu diagnóstico. E em consequência, o completo e irreversível comprometimento do funcionamento de suas funções hepáticas, cujas consequências envolvem não somente o cuidado da saúde, mas também o social, e o econômico (RESENDE, SANTOS E SOUZA, 2007).

Os dados acima mostram que há uma permanente predominância de usuários idosos em situação de diálise, mas se percebe que a estes nem sempre é dado o direito ao transplante renal.

O atendimento as pessoas idosas com IRC visando a ampliação do seu tempo de vida envolve uma série de ações na atenção básica além de medidas universais de promoção a saúde a prevenção deste agravo, principalmente a partir do controle estrito do diabetes e da hipertensão arterial. Para isto é necessário que os programas de Saúde disponibilizem para a rede básica de Saúde diretrizes clínicas, exames

laboratoriais, equipamentos para diagnóstico e medicamentos, entre outros. (BRASIL, 2010)

Tais ações estão estreitamente relacionadas ao segundo nível de atenção, a que objetiva retardar a progressão da doença mantendo as medidas de controle de diabetes e hipertensão, acrescentando medicamentos de proteção renal e acompanhamento nutricional. Nesta fase, é imprescindível o acompanhamento também do nefrologista no intuito de orientar a prevenção ou tratamento das complicações da DRC como anemia, osteodistrofia, acidose e outras. (BRASIL, 2010)

Em contraposição à expansão da oferta de serviços dialíticos, ocorreu um pequeno crescimento no número de transplantes renais, devido às dificuldades de organização de um projeto integrado de financiamento entre os prestadores e o setor público (COELHO, 1998).

A primazia da difusão da atividade dialítica no Brasil, considerada menos custo-efetivo, parece dever-se mais a fatores políticos e institucionais do que econômicos e tecnológicos (CHERCHIGLIA et al, 2006).

Os dados da SBN indicam que atualmente, no Brasil mais de 70.000 pacientes são dependentes, seja, de procedimentos de diálise ou transplante renal, com gasto anual de cerca de 2,0 bilhões de reais. “Com base no grande número de grupos de risco, a previsão é que esse número possa duplicar nos próximos 5 anos, ultrapassando os 125 mil casos em 2010”. (SBN, 2007, p. 3).

As perspectivas são de que nos próximos anos haja um crescimento explosivo nas despesas do SUS “comprometendo outros importantes programas de saúde do



governo ou aumentando o número de pacientes fora do sistema” .(SBN, SOBEN, ABCDT, et al, 2007:17)

É notório o crescimento acentuado da atividade dialítica se comparada ao número de pessoas transplantadas. Segundo Coelho (2008), esse fato pode ser explicado quando se analisa os interesses do setor privado, quanto da falta de recursos – financeiros, hospitalares e de órgãos – para viabilizar o transplante.

Para Coelho se houvesse interesse por parte do governo em reavaliar e modificar o sistema de repartição dos recursos públicos atualmente destinados ao tratamento da insuficiência renal, poder-se-ia não somente garantir a ampliação do tratamento a um maior número de doentes, como também proporcionar-lhes melhor qualidade de vida.

A autora lembra que o crescimento da demanda dos doentes renais crônicos por tratamento e pelas características da diálise ocorreu a partir de meados da década de 1970, quando este tipo de procedimento dialítico começou ganhar espaço, com o credenciamento de unidades de hemodiálise pelo antigo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social- , hoje, INSS – Insitituto Nacional de Seguro Social.

Coelho (2008) atribui grande responsabilidade ao governo federal, então representado pelo INAMPS, o fato de não está preparado para lidar com pequenas unidades privadas prestadoras de serviço, assim como para planejar uma política de saúde com um real custo efetivo, que não reforçasse , assim como o fez, a opção da diálise.

Para Coelho, esses fatores foram de fundamental importância para o rápido crescimento de instituições privadas em ampliar seus lucros provindos da atraente remuneração paga pelos procedimentos dialíticos, garantindo não só os interesses dos prestadores de serviços em expandir a oferta, como também de popularizar o tratamento da IRC por meio dos procedimentos de diálise.

A autora explica que quando o Ministério da Saúde (MS) por meio do SUDS, hoje, SUS, procuraram rever a política de saúde e a estrutura de incentivos que garantia ao setor privado à diálise, foram travados por um conjunto de burocracias, ou um aparato institucional, que não permitiram qualquer mudança, pois a forma como foi organizado o financiamento do sistema, protegia de forma praticamente automática os interesses da iniciativa privada envolvida neste processo, criando, o que Coelho denomina, de “uma inércia difícil de ser vencida”, tamanho eram os grupos políticos defensores dos interesses privados.

Para Coelho (2008), isso pode explicar também a dificuldade de se levar adiante um projeto de integração interinstitucional entre os diversos prestadores de serviços e entre eles e o setor público. Pois, esse projeto perdeu muita de sua força devido à fragilidade vivida pelas instituições estaduais responsáveis pela política de saúde e, sobretudo pelos interesses econômicos que cercam os serviços de TRS.

Conforme Sesso (2007, p.7) atualmente, há uma preocupação por parte dos órgãos governamentais com relação ao elevado custo para manter pacientes em Terapia Renal Substitutiva – TRS, considerando que o Estado subsidia 95% desse tratamento, os outros “5% fazem o tratamento utilizando medicinas de grupo e/ou seguros de saúde particular”.

Comprovando as afirmações de Sesso (2007), o censo do IBGE (2008) apontou que em 2003, quase um quarto da população brasileira (24,6%) era coberta por algum plano de saúde. Mas que quando se trata de procedimentos de alta complexidade, a grande maioria destes procedimentos é coberta pelo SUS, visto que são muitas as exclusões e negativas de cobertura por parte das operadoras de planos de saúde.

Os dados acima apontados foram responsáveis, segundo, Sesso (2007) pela abertura de uma CPI em 2003 que tinha como atribuição, investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de plano de saúde, considerando que somente no ano de 2002, essas empresas de saúde suplementar faturaram uma quantia superior a R\$ 23 bilhões.

As alegações eram de que enquanto essas empresas tiveram altos lucros, o SUS recebeu do Orçamento Geral da União aproximadamente o mesmo valor desses recursos para prestar assistência a pelo menos quatro vezes o número maior de usuário, acrescidos aí nestas ações, as de as vigilâncias sanitária e epidemiológica, e muitas outras ações de alto custo também prestadas a portadores de cobertura do sistema suplementar. (CPI-Brasília, 2003).

Coelho (2008) lembra que em 1976, quando as duas técnicas ainda eram experimentais, o número de pessoas tratadas por transplante e diálise eram semelhantes. Em 1986 foram oferecidos 820 transplantes e 9 mil tratamentos dialíticos, em 1995 realizaram-se 1.700 transplantes, ao passo que mais de 25 mil pessoas receberam tratamento dialítico. Apesar do crescimento considerável da atividade transplantadora, proporcionalmente ela cresceu menos do que a atividade

dialítica nas últimas duas décadas como se pode observar no gráfico a seguir. (Coelho, 1998, p. 2)

Segundo a autora, o transplante é a solução mais econômica, permite uma boa sobrevida e melhor qualidade de vida do que a diálise. Apesar disso, hoje, em cada cem pacientes renais que recebem tratamento apenas seis são encaminhados para o transplante, sendo que, segundo estimativas da SBN, sob o ponto de vista médico, cerca de sessenta desses pacientes estão aptos para realizar a cirurgia.

Apesar das várias políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais no sentido de incentivar a atividade transplantadora, a distribuição atual ainda é inadequada se comparada com a distribuição ideal. Pois, esbarrou em regras que definiam montantes fixos a serem destinados para compra de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e a forma de pagamento desses serviços, descentralizada no caso dos procedimentos ambulatoriais e centralizadas no caso dos hospitalares. Essas regras representaram um obstáculo concreto e quase intransponível a qualquer projeto de desenvolvimento integrado de tratamento da IRC terminal crônica. (COELHO, 1998)

Em síntese, a análise aqui empreendida aponta que há um grande número de pessoas dependentes de TRS ou transplante. No entanto, a diálise cresceu mais do que o transplante nos últimos vinte anos e o jogo de interesse e a falta de definição de um orçamento que priorize as necessidades coletivas e integre os recursos públicos destinados ao transplante e a diálise tem dificultado a implantação de um sistema de integração ao doente renal crônico no Brasil.

Lembrando que com a evolução da IRC, tanto o paciente quanto sua família deve ser preparada para enfrentar a fase terminal da doença, que é caracterizada pela obrigatoriedade do idoso submeter-se ao procedimento de diálise, enquanto única possibilidade de manter-se vivo, ou seja, a vida do idoso (a) passa a depender de uma máquina ao qual terá que submeter-se, pelo menos, por quatro horas e três por semana, já que, como afirmamos a pouco, lhe é negado o direito ao transplante de rins.

### **3.2- Cotidiano dos idosos com IRC atendidos no Programa SOS VIDA e nas unidades de saúde**

O cotidiano das pessoas idosas IRC a partir do diagnóstico da doença junto aos principais pronto socorros de Manaus sofreu drástica e impactante mudança, pois passaram a realizarem seus tratamentos centrados na tecnologia da diálise na modalidade hemodiálise.

Esse procedimento é realizado por eles, no mínimo, três vezes por semana, na maioria dos casos. Apesar de haver usuários que necessitam, devido suas condições clínicas, realizarem mais vezes esse procedimento na semana, o que entre eles, denominaram de “fazer extra”, no qual o apoio família, a situação clínica e de autonomia do paciente é decisivo para obterem-se bons prognósticos quanto ao retorno clínico do tratamento ao qual o paciente é submetido.

Detectamos que a maioria dos entrevistados, apesar de dependerem muito de seus familiares, ainda possui uma relativa autonomia quanto à função motora, pois são capazes de caminhar e realizar pequenas tarefas em sua vida diária. Porém,

quando a pessoa idosa é deficiente visual, característica muito comum dentro do seguimento dos usuários IRC, tendo em vista que todos os entrevistados declararam possuir outras doenças além da insuficiência renal crônica, entre elas: hipertensão, diabetes, osteoporose, anemia, comprometimento do coração entre outras, sendo o diabetes e a hipertensão arterial os agravos que mais contribuem para a incapacitação das pessoas com IRC, independente do fator idade cronológica; o diabetes é responsável mais direto pela cegueira dos pacientes.

O Brasil contava, segundo o censo de 2000, com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo. (BRASIL, 2010, p.46)

Identificamos que dos vinte e quatro entrevistados, 57% apresentam deficiência visual profunda, 27% possuem um significativo comprometimento de ambas as visões, e o restante permanecem com a visão um pouco reduzida.

Todos os pacientes entrevistados são conscientes de que a cegueira ou a mutilação dos membros inferiores é o destino da maioria das pessoas com IRC, cujo diabetes foi o principal fator para a aquisição da IRC, é o agravo que determina mais essa seqüela nos usuários IRC, como já mencionados, independente da idade, além de ser apontado como um dos fatores clínicos que leva ao comprometimento dos rins das pessoas e conseqüente necessidade de realizar hemodiálise.

Contraditoriamente, quando perguntamos se eles sabiam os motivos deles terem adquirido a IRC, uns afirmaram desconhecer os motivos, outros, atribuíam ao

fato de não gostarem de beber água. Mas ao perguntarmos deles a que os médicos atribuíam o fato deles terem adquirido a IRC, os usuários foram unânimes em afirmarem que o motivo principal foi à hipertensão arterial, agravado pelo diabetes. Apenas um dos entrevistados disse que o principal fator dele ter perdido a funcionalidade dos rins foi as três picadas de cobra que ele pegou quando trabalhava como agricultor.

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas, como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, assumiram ônus crescente e preocupante. A prevalência é alta e aumenta em faixas etárias maiores. Juntas tem representado, no Brasil, a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde.

Estudos epidemiológicos brasileiros, realizados a partir da medida casual da pressão arterial, registram prevalências de hipertensão de 40% a 50% entre adultos com mais de 40 anos de idade. Ressalta-se que mesmo sendo assintomática, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. (BRASIL, 2010, p.26)

O diabetes mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, as dietas pouco saudáveis e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência da diabetes. Estima-se um contingente populacional brasileiro de seis milhões de portadores da doença. (BRASIL, 2010)

Dessa forma,

O grande impacto econômico da diabetes ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo, das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. (BRASIL, 2010, p.26)

Quando perguntamos há quanto anos os entrevistados sofrem com a IRC, a grande maioria respondeu que sofre com a doença há pelo menos dez anos, mas 75% desses usuários estão realizando hemodiálise três vezes por semana num período de tempo de até dez anos. Enquanto que 25% realiza o mesmo procedimento e com a mesma frequência no intervalo de mais de dez anos a vinte anos.

Ah, minha filha, eu inaugurei aquela clínica, faço hemodiálise há uns vinte anos. E olha que ainda estou forte e nutrido. Se não fosse o coração que vive querendo parar, a artrose e a fraqueza de minhas pernas, eu era outro. Mas isso não quer dizer que estou invalido. Só não vou sozinho para a clínica porque vocês não deixam. (idoso1 de 98 anos)

Ao serem questionados sobre qual seguimento de sua família recai a maior responsabilidade de cuidar e acompanhar o idoso em seu tratamento junto as unidades de saúde e nas suas atividades diárias, a grande maioria dos idosos entrevistados respondeu que fica muito limitado a determinada pessoa da família, o que acaba por deixar em situação de muito stress tanto o usuário quanto seu cuidador mais direto.

Os dados trazidos pelas análises das falas dos idosos IRC em relação ao seu principal cuidador reflete a importância do suporte familiar para o enfrentamento



deste agravo, assim como para a melhoria de sua qualidade de vida, se é que podemos dizer que esta existe, mesmo em condições mínimas.

Em condições naturais, na fase da velhice existe o comprometimento do organismo pelo próprio processo natural do ato de envelhecer. Seu corpo já não responde como antes, mas a partir do acometimento pela IRC, torna-se mais difícil seu organismo manter o mesmo ritmo.

Neste contexto, grande relevância tem a presença efetiva da família e amigos ao lado deste idoso(a), contribuindo para que o mesmo mantenha atitude de positividade frente ao tratamento, evitando que outro agravo instalasse em seu organismo, como por exemplo, a depressão, enquanto agravo de presença bem comum entre esse seguimento de pessoas, principalmente aqueles acometidos por alguma enfermidade.

Thomas (2005), Menezes (2007), Quintana (2006), Cesarino (1998) e Resende (2007) ressaltam a importância de o paciente continuar mantendo uma vida familiar e social, envolvendo a família e amigos. Consideram que os vínculos com a família e os amigos constituem-se em verdadeiros pilares do usuário na adesão ao tratamento e enfrentamento deste agravo. Lembram que são, na maioria das vezes, os familiares o elo entre o usuário a equipe médica.

Esta relação se dá de forma dinâmica, pois envolve compreensão, sentimentos, respeito, e confiança entre as partes, de forma que o tripé – usuário, família e equipe médica – sejam capazes, a partir de certos compromissos assumidos, fornecerem as bases clínica, sociofamiliar, econômica e psicológica para que o idoso possa enfrentar

sob melhores condições, seu intenso tratamento. (ABRAHÃO, 2009; RUDNICKI, 2006; CESARINO, 1998; BERTOLIN, 2008; OTERO, 1990; RESENDE, 2007).

Ao trabalharmos o histórico da IRC em cada um dos entrevistados, percebemos que as histórias repetiam-se e, estava sempre pautada no desconhecimento deles em relação IRC, assim como de sua própria condição de hipertenso e diabético.

Segundo os entrevistados, os sintomas nunca apareciam diretamente, eram sempre mascarados por outro agravo, como uma febre, pernas inchadas, anemia, “dor na urina”, dor nas pernas, entre outros. Episódios estes que para a grande maioria não justificava acompanhamento médico, tratava-os com remédios caseiros, principalmente, com chá de ervas recolhida em seu próprio ambiente nativo.

Acordei me esvaindo em xixi, passou o dia e a noite, até que no outro dia fui ao hospital em Codajás, de lá falaram que teria que vir para Manaus. Aí fiquei 90 dias internado no Pronto Socorro João Lucio. (Idoso2, 73 anos)

Apareceu após eu fazer uma cirurgia de vesícula. (Idosa, 71 anos)

Comecei a inchar, e com muita fraqueza e cansaço, me levaram para o hospital de Lábrea várias vezes, até que um médico trouxe meus exames para Manaus e quando voltou disse que meus rins estava parado, que tinha que fazer tratamento em Manaus. (IdosaB, 60 anos)

Na verdade, conforme Silva (2000), Romão (2004) e Cesarino (1998), os rins são órgãos fundamentais e responsáveis por filtrarem e regularem o volume de líquidos de nosso organismo, realizando a expulsão das substâncias tóxicas por meio da urina. Quando qualquer fator clínico sofrido por nosso organismo interfere neste processo,

há uma manifestação do próprio organismo indicando alterações fisiológicas ou algum tipo de distúrbio.

A doença renal possui cinco fases, variando segundo o grau da gravidade e percentual com que a função renal está sendo executada pelo nosso organismo:

1. Função renal normal sem lesão renal;
2. Lesão com funcionamento renal normal;
3. Fase de insuficiência renal funcional ou leve;
4. Laboratorial ou moderada;
5. Crônica ou severa, denominada no meio clínico de doença renal crônica (DRC ou IRC).

Neste último estágio, o rim está totalmente parado, sem operacionalizar qualquer uma de suas funções, é o estágio terminal, restando ao usuário IRC somente tratamento por meio de procedimentos bem agressivos, tais como: diálise peritoneal, hemodiálise e/ou os transplantes. (ROMÃO, 2004; MARINHO 2005; SANTOS, 2008; E SOUZA, 2005).

Sobre o diagnóstico da IRC, muito presente nas falas dos entrevistados, Bennet Jones (2000); Sesso et al. (1995); Marinho (2005), Santos (2008); e Queiroz (2008) afirmam que um dos principais problemas no controle da IRC se dá em virtude de que o diagnóstico, na maioria das vezes, ocorre em estágios avançados da doença, quando já houve o comprometimento total da função renal, uma vez que a mesma poderá ocorrer de forma insidiosa e assintomática.

Ainda, de acordo com os autores, o diagnóstico tardio reflete um subdiagnóstico deste agravo e, que no Brasil e no mundo, pode estar relacionado às falhas do próprio sistema de saúde, pois alguns especialistas não relacionam o grupo de risco ao desenvolvimento futuros da doença e o credenciamento de unidades de diálises.

Entre os principais sintomas indicadores da IRC estão: cor da urina, dor ou ardor ao urinar, urinar várias vezes ao dia e à noite, pressão sanguínea elevada, náuseas, vômitos, edemas, palidez, hipertensão e o diabetes.

Quanto à integralidade do sistema de saúde em relação ao atendimento dos idosos IRC, percebemos que 99% dos entrevistados realizaram o mesmo trajeto para ter acesso ao tratamento médico junto às unidades de saúde, seja, no município de origem do usuário, seja em Manaus.

Descrevem sempre que passaram mal, foram levados ao hospital local no município, e em função do mesmo não fechar um diagnóstico com alto grau de certeza, acabam por encaminhar o usuário para tratamento médico na capital. Sendo utilizada como porta de entrada do usuário, quase sempre, o Pronto Socorro João Lucio ou o Pronto Socorro 28 de Agosto.

Estes, após realizarem as intervenções mais emergenciais, fecham o diagnóstico clínico do usuário, fazem procedimento cirúrgico para implantação da fístula - instrumento que possibilita receber a engrenagem da máquina de hemodiálise no usuário - iniciando, no próprio hospital, o procedimento de hemodiálise, até que o mesmo seja contemplado com uma vaga para continuar realizando este procedimento em uma das clínicas renais da rede públicas de saúde ou da rede particular, porém subsidiada pelo SUS.

Passei mal, fui levada para o Pronto Socorro João Lúcio, fiquei internada por 15 dias na primeira vez, tive alta, voltei depois de 8 dias e fiquei internada novamente por mais 18 dias, e aí foi que comecei a fazer hemodiálise, até ser transferida para a clínica renal onde estou fazendo até hoje, e olha que já estou lá há seis anos. (idosaC, 63 anos)

Saí do hospital de Beruri direto para o PS João Lúcio, fiquei lá por três dias, onde foi realizado o implante da fístula, e lá comecei a fazer hemodiálise. Fiquei lá até conseguirem uma vaga para mim no HUGV. Estou lá há nove meses. (IdosaD, 60 anos).

Vim de Parintins, uma amiga me trouxe e me levou no médico particular. Porque o médico de lá do interior tinha me desenganado. Já tinha perdido um filho. Aí, estava muito mal, aí sonhei com ele (filho), que disse que veio me buscar, falei que não podia ir, não tinha ninguém para cuidar da sua irmã que também tem problema de cabeça. Aí acordei muito suada, comecei a tomar remédio caseiro até ficar boa da febre. Quando cheguei aqui, tive outra crise, aí fui parar no PS 28 de agosto, aí só saí de lá com o cateter e fazendo hemodiálise até me transferirem para a clínica Renal, falaram que o problema da febre era por causa dos meus rins que estavam parados.

Sobre o fluxo que os idosos (as) IRC foram obrigados a percorrer desde o momento que começaram a aparecer os sintomas do agravo, até o momento em que tiveram acesso ao procedimento de hemodiálise junto às clínicas especializadas, assim os demais procedimentos clínicos necessários à manutenção da saúde dos idosos (as), pode-se evidenciar que todos não tiveram acesso à promoção em saúde, onde a porta de entrada aos equipamentos de saúde seriam as UBS, Centros de Saúde e as Unidades de Emergência.

E infelizmente, o caminho percorrido, no geral, foi o pronto socorro e hospital do município de origem, que encaminhou para os prontos socorros de alta complexidade em Manaus e, estes realizaram a inclusão dos usuários junto às clínicas públicas ou conveniadas.

Este fluxo em nada representa as diretrizes que norteiam a atenção à saúde dessa população, principalmente, o que impõe a Política Nacional de Saúde da Pessoa

Idosa, deixando claro que continua a existir um abismo entre o que prevê a legislação e o exercício prático deste direito, a exemplo do que prevê abaixo a PNSPI,

A priorização a este segmento no Pacto pela Vida, enquanto importante passo para a identificação deste segmento em risco de fragilização e/ou já fragilizada. Para efeito de priorização do atendimento na rede de atenção básica, foi implantada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, concomitantemente à edição do caderno de atenção básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” em todo o País. (BRASIL, 2010, p.46)

Em nenhum momento, percebemos na fala dos entrevistados, que foram acompanhados ao nível de saúde básica, no caso, a prevenção, promoção e educação em saúde, previstos na PNSPI, Pacto pela Vida, assim como a política de humanização na saúde, ou seja, eles também naturalizam a saúde, centrada na doença e não na vida saudável, preconizada no SUS.

A implantação desses instrumentos acompanha processo de educação permanente dos profissionais para melhor atendimento das necessidades e demandas específicas da população idosa. Na humanização na atenção às pessoas idosas, registre-se a implantação do acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco, assim como o fortalecimento da participação social dos idosos. Cabe ainda registrar a vacinação contra a influenza: em 2007, foram administradas 13,8 milhões de doses da vacina, atingindo uma cobertura de 76% da população idosa. (BRASIL, 2010, p.46-)

Lembramos que na Lei nº 8.080/90 a regionalização e hierarquização devem ocorrer em níveis de complexidade crescente, uma vez que os serviços de saúde, devem ser dispostos em uma área geográfica delimitada, com uma população definida.

Esta lei prevê que as unidades devem ser organizadas em níveis de complexidade crescente. Que a “porta de entrada” da população para a rede de serviços

deve ser através das unidades de nível mais elementar, ou seja, os Centros de Saúde e as Unidades de Emergência.

Dessa forma, para os Prontos Socorros 28 de Agosto e João Lúcio deveriam ser encaminhados somente às pessoas com agravos em crise profunda, necessitando de atendimento em caráter de urgência e em eminente risco de vida.

A situação leva-nos a perceber que, como a rede está fragmentada, obstruindo o fluxo normal dado previsto na legislação, os idosos (as) IRC acabam por serem diagnosticados tardiamente, quando seus rins já se encontram sem condição de retomar seu funcionamento, levando-os a uma condição de sobrevida a partir do momento que passam a viver dependendo de uma máquina de hemodiálise até os últimos de seus dias de vida.

Relataram também, normalmente, a maioria dos exames e consulta de controle do agravo é realizado junto à própria clínica onde os mesmos realizam a hemodiálise, inclusive o acompanhamento dos mesmos pelos profissionais da equipe multi - médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistentes sociais, entre outros- de forma que esta equipe de profissionais encaminha os usuários para outras unidades de saúde, somente quando estas clínicas não dispõem do suporte necessário ao procedimento requerido, como por exemplo: troca de fístula, exames de imagem complexos, usuários descompensados clinicamente e outros.

Sobre o interesse mercantil nas ações de saúde da população brasileira, Paiva (2012, p.156) infere que, apesar das lutas, que em 1988 irão consolidar os princípios e diretrizes do SUS, prevaleceu o modelo médico-assistencial privatista que articulava

interesses das empresas médicas, do Estado e de empresas multinacionais de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares.

Tal dinâmica parece levar-nos acreditar que a saúde de qualidade perpassa pela sua mercantilização, ou seja, pelo seu oferecimento pela iniciativa privada e sob a lógica do capital, tendo em vista que o poder público dá a entender que é menos oneroso transferir as ações de saúde para a iniciativa privada do que ele próprio executá-las.

Mészáros (1930) traduzido por Lessa (2011, p.179) afirma que as mediações de segunda ordem do capital constituem um círculo vicioso, levando-nos a acreditar que dele não há salvação, considerando que elas se interpõem, como

“mediações”, em última análise destrutiva da “mediação primária”, entre os seres humanos e as condições vitais para a sua reprodução, a natureza. Graças à preponderância das mediações de segunda ordem do sistema do capital, esconde-se o fato de que, em qualquer circunstância, as condições da reprodução social só podem ser garantidas pela mediação necessária da atividade produtiva, que – não somente em nossa própria era, mas enquanto a humanidade sobreviver – é inseparável da atividade produtiva *industrial* a altamente organizada.

Quando a equipe de profissionais detecta na clínica que o usuário “descompensou” ou está entrando em choque, correndo risco de vida, estes acionam a central do SAMU, tendo em vista que são usuários, não de planos de saúde ou particular, mas simplesmente, usuários do SUS.

Ressaltamos em relação à informação acima, que, mesmo que a clínica disponha de ambulância para fazer a transferência destes usuários para os Prontos Socorros de grande complexidade, não fazem, acionando o SAMU, uma vez que, segundo as



mesmas, o convênio desta clínica com a Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM) não inclui tal serviço.

De acordo com Paiva (2012, p.163), apesar dos esforços que vêm sendo dedicados no sentido de efetivar, na prática, políticas sociais capazes de causar impactos positivos no cotidiano da população idosa, ainda predomina a “cidadania de papel”, ou seja, a maioria da população sofre as consequências do processo histórico de desigualdade social, contando unicamente com o aparato legal.

Segundo a autora, esse (pseudo) avanço se materializa quando, no âmbito do SUS, apesar do discurso legal em defesa da saúde pública enquanto conquista social e direito humano fundamental, ainda, vivencia-se práticas tradicionais ou preconceituosas no atendimento à população. À exemplo do que foi descrito pelos entrevistados quanto ao uso de ambulância de propriedade da clínica de diálise onde realizam seus procedimentos.

Paiva (2012, p.164) considera que apesar da existência de um arcabouço jurídico-normativo, ainda competem, no espaço da formulação e implementação de políticas de saúde, distintas concepções:

O “SUS democrático”, desenhado pelo projeto da RSB; o “SUS formal”, juridicamente estabelecido pela Constituição Federal e todo aparato legal decorrente; o “SUS real”, refém dos desígnios da chamada “área econômica”, do clientelismo e da inércia burocrática que favorece o mercado para o seguro-saúde; e o “SUS para pobre”, centrado numa medicina simplificada para gente simples mediante “focalização”.

Os referidos autores chegam à concepção mais adequada de que, em se tratando do velho trabalhador, nesse espaço da formulação e implementação de

políticas de saúde, o velho trabalhador se insere, a rigor, no “SUS para pobre”. Ou pior, no “SUS para velho pobre”.

Desta forma, entendemos que há uma estreita relação na forma precarizada com que as políticas públicas são ofertadas aos cidadãos e a própria manutenção do sistema capitalista de produção sob a mediação do Estado.

De acordo com Mészáros (2002) o capital é um modo de controle sociometabólico historicamente específico, cuja estrutura de comando deve ser adequada em todas as esferas e em todos os níveis, por não poder tolerar absolutamente nada acima de si.

Neste contexto, segundo o autor, o Estado moderno – na qualidade de sistema de comando político abrangente do capital – é, ao mesmo tempo, “o *pré-requisito* necessário da transformação das unidades inicialmente fragmentadas do capital em um *sistema viável*, e o *quadro geral* para a completa articulação e manutenção deste último como *sistema global*” (p.125). (grifo do autor)

Neste sentido fundamental, continua o autor,

O Estado – em razão de seu papel constitutivo e permanentemente sustentador – deve ser entendido como parte integrante da própria base material do capital. Ele contribui de modo significativo não apenas para a formação e a consolidação de todas as grandes estruturas reprodutivas da sociedade, mas também para seu funcionamento ininterrupto. No entanto, este inter-relacionamento íntimo também se mantém quando visto pelo outro lado, pois o Estado moderno em si é totalmente inconcebível sem o capital como função sociometabólica. Isto dá às estruturas materiais reprodutivas do sistema do capital a condição necessária, não apenas para a constituição original, mas também para a sobrevivência continuada (e para as transformações históricas adequadas) do Estado moderno em todas as suas dimensões. Essas estruturas reprodutivas estendem sua influência sobre todas as coisas, desde os instrumentos rigorosamente repressivos / materiais e as instituições jurídicas do Estado, até as teorizações ideológicas e

políticas mais mediadas de sua *raison d'être* de sua proclamada legitimidade. (IDEM, p. 125)

Diante do exposto, Mészáros defende que há uma correspondência estreita entre, por um lado, a base sociometabólica do sistema do capital e, por outro, o Estado moderno como estrutura totalizadora de comando político da ordem produtiva e reprodutiva estabelecida.

Quando perguntamos aos entrevistados sobre qual unidade de saúde os mesmos recorrem quando passam mal, todos responderam que “correm” para os Prontos Socorros 28 de Agosto e João Lúcio, pois sabem que lá vão cuidar deles e fazer o possível para deixá-los bem. O detalhe é que eles respondem isso naturalmente, ainda dizem, “quando dá tempo de chegar”, caso contrário, correm para a unidade de saúde mais próxima e que esteja em funcionamento.

Ressaltamos que em nenhum momento os entrevistados referiram-se as unidades básicas de saúde como ponto de apoio e acompanhamento clínico. Até os medicamentos são receitados na própria clínica de hemodiálise, cabendo aos usuários ou parentes, retirá-los junto a Central de Medicamentos ou em alguma farmácia conveniada com esta central.

Analisando a efetividade dos direitos a saúde garantida via Constituição Federal de 1988 e do Estatuto do Idoso, Alves (2008) explica que.

considerando à definição sanitária inicialmente proposta, seguindo pela história constitucional pátria, é possível visualizar que as mudanças realizadas a partir da promulgação destas duas legislações, são gradativas, às vezes, dependentes de interesses de minorias.(p.114)

Para o autor, as formas de efetivação do direito à saúde, asseguradas pela Constituição Federal de 1988 estão condicionadas a uma rede de fatores, às vezes objetivos e, muito mais, subjetivos, sucumbindo o direito, costumeiramente, a questões procedimentais, organizacionais e políticas, bem como pela ausência, por seus titulares, de consciência acerca dos direitos que lhes assistem.

Segundo ele, as formas de efetivação do direito à saúde parecem óbvias. Porém, diante da realidade sanitária nacional, parecem, por vezes, utópicas. Todavia, explicitam que direitos, enquanto conquistas, não podem desaparecer ou serem simplesmente negados, devendo, por isso, como marco inicial para a plena efetivação das garantias sanitárias, vir ao conhecimento individual o que seja de direito.

Desse modo, e somente desse modo, mostra-se possível à efetivação do direito à saúde, culminando, então, na realização plena da cidadania e na melhora significativa da qualidade de vida de cada um dos titulares das garantias constitucionalmente estabelecidas e, às vezes, arbitrariamente negadas.

Mas que nem sempre essa violação de direitos, principalmente, dos idosos (as) IRC em tratamento nas clínicas de diálise, a exemplo do que os entrevistados relataram quanto ao acesso a procedimentos emergenciais requerido no momento do agravamento da doença, é percebida pelos mesmos. Tal postura dá a entender que há um processo de “naturalização” diante de momentos de tanta aflição e dor tanto para os idosos (as) IRC quanto para sua família; diante da impossibilidade do atendimento de qualidade independente do tipo de unidade de saúde ao qual o mesmo recorre nestes momentos.

Descobrir de uma hora para outra que seus rins pararam e com isso grande parte de sua vida, não é tarefa fácil para qualquer pessoa. Quando os idosos (as) com IRC entrevistados descreveram suas reações no momento em que receberam o diagnóstico deste agravo, ainda, dentro do Pronto Socorro e em atendimento emergencial, notamos o quanto foi difícil e sofrido aceitar esta nova realidade.

Ao analisarmos as falas dos idosos sobre o impacto sofrido pelos mesmos, no momento em que foram diagnosticados com IRC em estágio terminal, percebemos o quanto é desesperador. Pois notamos que eles (elas) perderam o rumo de suas vidas, mesmo ainda, sem ter noção da gravidade e intensidade com que este agravo comprometeu seu organismo e com ele suas principais funções.

Perdi tudo, minha vida, minha autonomia,....meu marido....(IdosaD, 60 anos)

Chorei muito, não queria ficar, mas os médicos conversaram muito comigo, falaram que isso não era para sempre, que poderia conseguir um doador. Estou aguardando há 9 anos esse doador. (idoso3, 69 anos).

Meu mundo caiu, só pensei no meu sítio, acabou tudo. Meu marido entrou em depressão. Só pensava nas minhas fruteiras e criações no sítio, como iam ficar sem mim? E minhas galinhas?(IdosaE, 62 anos)

Como podemos observar nas falas acima, foram unânimes em expressar que o diagnóstico da IRC acabou com a vida deles, pois, por mais que se esforcem não serão mais os mesmos. Terão que abandonar sua antiga forma de viver em função de um viver cheio de restrições e de incertezas.

A mudança mais brusca e de maior impacto para os idosos (as) é a necessidade de afastarem-se de suas casas, famílias, amigos e até mesmo seu município de origem.

Tudo, em função da necessidade de permanecerem na capital para continuarem seus tratamentos, no caso, submeter-se continuamente a uma rotina cansativa, sofrida e estressante, que é a de dialisar. Esse procedimento deve ser realizado no mínimo, três vezes por semana, impossibilitando que os pacientes assumam qualquer outro compromisso que não tenha como objetivo recuperá-lo da diálise do dia anterior e prepará-lo para a próxima diálise.

A rotina acima descrita não pode ser alterada, uma vez que ficam impossibilitados de darem-se ao luxo de ficar, nem que seja um dia sem dialisar, sem que isso possa apresentar consequência imediata e extremamente sofrida para eles, tais como: falta de ar, debilitação, corpo edemado, fraqueza geral, dor intensiva entre outros.

Nas palavras de Cesarino e Casa Grande (1998),

a pessoa com insuficiência renal crônica vivencia uma brusca mudança no seu viver, convive com limitações, com um pensar na morte, com o tratamento doloroso que é a hemodiálise. (p.4)

Assim, a Insuficiência Renal Crônica e o tratamento hemodialítico são capazes de provocar uma sucessão de situações, para o paciente renal crônico que acabam por comprometer, além do aspecto físico, o psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais. (MARTINS & CESARINO, 2005).

Não é a toa que a IRC é considerada como um grande problema de saúde pública, por que causa elevadas taxas de morbidade e mortalidade e, além disso, tem impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, que é a percepção da pessoa de sua saúde por meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento (MARTINS ; CESARINO, 2005).

Mas, nem sempre os pacientes submetidos ao tratamento mais conservador da doença, no caso, a diálise, tem tido os mesmos resultados, minimizando assim os sintomas e limitações impostas pela doença, como apontam Terra (2017),

Por um lado, a diálise é uma adequada opção de tratamento para pacientes com insuficiência renal mais velho e bem informado - especialmente para aqueles com boa qualidade de vida basal. Por outro lado, resultados muito pobres foram relatados naqueles com mais comorbidade ou pior estado funcional no início do estudo, que demonstram claramente que a diálise não melhora os desfechos clínicos para todos os idosos com insuficiência renal - e que a boa avaliação clínica e comunicação cuidadosa serão cada vez mais necessárias à medida que a população em geral continua a envelhecer. (p.43)

Para 54% dos entrevistados, a insuficiência renal crônica é resultado das condições sociais as quais os mesmos foram submetidos ao longo de sua vida. Este grupo associa muito o agravo às péssimas condições de trabalho que realizavam junto a terra enquanto agricultores. Falam que ficavam horas no sol, não bebiam água, eram picados por aranhas, cobras e assim por diante.

Sim, principalmente pela vida que levava no interior. (Idosa, 70 anos)

Acho que sim, trabalhava muito duro na vida para sustentar meus filhos. (IdosaF, 64 anos)

Sim, eu sempre fui trabalhador nessas estradas de meu Deus, vivia que nem bicho, e hoje estou aqui assim. (Idoso4, 65 anos)

Sobre a mesma temática, ou seja, se os entrevistados acreditam que a IRC é resultado das condições sociais as quais foram submetidos ao longo de suas vidas, 29%

responderam que não sabem dizer se há alguma relação, que até faziam exames periódicos, mas mesmo assim, a IRC apareceu. Enquanto 25% afirmaram que não há essa conexão, mas ao mesmo tempo, relatam que a IRC foi resultado das inúmeras doenças que já tinham ou, que é genético.

Não, já nasci com este problema. (Idoso5, 90 anos)

Não, foi da ferrada da aranha. (Idoso6, 89 anos)

Não, é da maldita diabete. Nunca pensei que chegasse a ficar assim, nunca. (IdosaG, 61 anos)

Eu não sei, eu era muito braba, me irritava muito, depois que fiquei doente, passei a pensar de outra forma. (IdosaH, 69 anos)

Não sei, não tenho muito saber sobre essa doença. (Idoso7, 73 anos)

Não sei dizer, sempre fiz exames anualmente e mesmo assim, ela apareceu. (idoso8, 67 anos).

Os relatos acima nos levam a percepção de que os idosos (as), apesar de já terem adentrado no tratamento intensivo e conservador - diálise- há pelo menos cinco anos, continuam a desconhecerem seus principais fatores causadores, demonstrando que nem mesmo a PNSPI está sendo respeitado no que diz respeito as atribuições e responsabilidades do poder público, dos profissionais da área médica, assim como dos demais profissionais ligados a equipe multidisciplinares no âmbito das unidades de saúde.

Acreditamos que o desconhecimento da população a cerca deste agravo é reflexo das políticas de saúde operacionalizadas de forma paliativa ou desconexas, bem longe



da promoção, prevenção e da educação em saúde, como prevê todas as legislações em vigor na área da saúde com base na Constituição Federal de 1988 e Lei nº 8.080/92.

Como já inferimos anteriormente, a reação da maioria dos idosos entrevistados em saber do diagnóstico da IRC e ter que dialisar foi de espanto, revolta, Não acreditavam no que estavam escutando, até porque, a maioria nunca havia ouvido falar da doença ou do tratamento com hemodiálise.

Ao analisarmos as respostas dos entrevistados, percebeu-se que quando os especialistas médicos conversam e orientam pacientes e família, a aceitação ao agravo e ao doloroso tratamento é mais rápida o que ajuda na recuperação do mesmo. Apesar do grande desespero de, pelo menos, 89% dos entrevistados era ter que abandonar a vida sossegada e pacata do interior, seus pertences, e principalmente, seus afazeres diários.

Percebemos que não estavam preocupados com o fato de deixar de ganhar dinheiro com o produto de seu trabalho, mas sim como a mudança de hábitos que foram obrigados a realizar, ou seja, sair de sua casa, de suas coisas e passar a depender e morar com familiares ou até amigos.

A quebra da antiga rotina em relação ao seu dia a dia; a dependência a partir da aquisição da IRC que o idoso (a) passou a ter; a saída de seu porto seguro e passar a viver e conviver sempre com a insegurança, dependendo da bondade e do estado de espírito dos outros; mesmo que esses outros sejam seus parentes, tudo isso, são mudanças radicais que os idosos tiveram que enfrentar e paralelo a sua grave situação clínica.

Todos esses fatores acabaram por contribuir decisivamente na forma de perceber, sentir e aceitar não somente essa sua nova condição, ao também o próprio tratamento, como podemos observar abaixo.

Meu Deus, pelo pai, como vou fazer? Quem vai cuidar de minha casa, meus bichos, minhas plantações? (idoso9, 67 anos,2015).

Tomei um susto, fiquei revoltada, nunca tinha ouvido falar nisso.( idosaI, 72anos)

Não aceitei na hora, mas depois a médica veio e explicou tudo direitinho, aí fui ficando mais conformada. ( idosaJ, 68 anos)

A reação da família frente ao diagnóstico da IRC e o consequente tratamento do idoso não foram muito diferentes da reação do usuário, pois se o primeiro preocupou-se com suas severas limitações, dependência, e abandono da vida que levava na zona rural, na família, a principal preocupação foi com iam ter que se organizar para dar conta desta nova realidade, de terem que abandonar também parte de suas vidas.

Ficamos todos tristes, é uma vida que só deus para conformar. Como íamos fazer a partir daquele momento? Quem ia ter que deixar de trabalhar para cuidar e acompanhar meu pai?. (filha do idoso10 de 71 anos)

Também foi um susto para eles (idoso11,85 anos)

Ninguém esperava isso, já ficamos com medo quando algum dos irmãos sente alguma coisa no rim, já ficamos todos assustados. (Família idoso12, 71 anos)

Há alguns casos em que o idoso (a) e seu familiar relataram como foi importante para eles a intervenção realizada pela equipe médica que realizou o atendimento ao idoso (a) no momento em que passou mal e foi levado ao Pronto Socorro 28 de Agosto.

Relataram que, após o diagnóstico da doença e possibilidade de tratamento do referido agravo, que a equipe médica teve uma conversa de orientação com a família e paciente, esclarecendo dúvidas, explicando sobre o tratamento, encorajando para a luta que ali estava iniciando-se, mostrando que a doença é grave, mas que tem grandes possibilidades de controle. Mas que, para isso, a família e paciente deveria manter uma rotina de acompanhamento clínico e multidisciplinar, contribuindo para que o idoso (a), mesmo acometido pela IRC e em situação de hemodiálise possa ter o mínimo de qualidade de vida, a exemplo do que foi relatado pela idosa abaixo.

Não houve nenhum problema, a médica explicou tudo para eles e entenderam, fizeram varias orientações deixando minha família e eu mais tranquila. (idosaL 66 anos)

Ao falarmos sobre os principais fatores que contribuíram para o idoso (a) com IRC suportar todo o pesado e sofrido tratamento, que se dá, principalmente, por meio da diálise, seja ela em forma de hemodiálise, ou peritonia, os idosos (as), em sua maioria, 63,%, responderam que não há escolha, a não ser aquela entre realizar o procedimento indicado pelo médico, ou ir a óbito num curto espaço de tempo.

Para outros, 11,%, responderam que preferem não pensar na situação e viver um dia por vez, sem pensar no futuro, dando graças a Deus por ter resistido há

mais um dia. E, 25,%, responderam que era o desejo de manter-se vivo, estando consciente de que faria o tratamento até os últimos dias de sua vida.

O desejo de ficar vivo. Estou consciente que vou fazer hemodiálise pelo resto de minha vida. (idoso4 65 anos)

Procuo não pensar nisso, e vivo um dia após o outro. (idoso9,67 anos)

Não tenho escolha, tenho que fazer se passo três dias sem fazer, passo mal, então para não passar mal, vou fazer hemodiálise. Mas passo mal de qualquer forma, saiu da máquina fraca, mal, só deus sabe como. (idosoM, 74 anos)

Ressaltamos que, quando o idoso (a) refere-se a “ que fará hemodiálise até os últimos dias de minha vida deixa transparecer que os mesmos tem consciência de que, por um lado, não é prioridade para a classe médica realizar transplante em idoso, e por outro, o que é bem contraditório, é a experiência vivida pelo mesmo de que em momentos de muita gravidade da doença, até quando entram em coma, a equipe médica nunca suspende o tratamento de hemodiálise, ou seja, até no momento de sua finitude os pacientes são submetidos a sessão de hemodiálise como, único recurso, de manter a vida do mesmo.

Quando perguntamos sobre em que medida o acometimento pela IRC, influenciou o dia a dia do idoso, tanto o entrevistado como seus acompanhantes afirmaram que a aquisição da IRC e o conseqüente tratamento deste agravo transformou toda a dinâmica da família, sendo muitas vezes, motivador de brigas entre os familiares, em função da própria dificuldade que normalmente cai em cima de um ou dois familiares.

Desta forma, se para o idoso (a), enquanto sujeito adoecido as mudanças são muitas e bruscas, comprometendo toda sua vida, para sua família as implicações são de outra ordem, ou seja, financeira e disponibilidade de passar a cuidar do idoso em situação de permanente dependência.

Temos toda clareza de que não é nada fácil manter algum familiar cuidando do idoso (a) dependente vinte e quatro horas por dia, os sete dias da semana, considerando que, pelo menos, três vezes por semana esse idoso (a) terá que submeter-se a hemodiálise, onde permanece na clínica em média por quatro horas de procedimento, mais algumas horas para o traslado de sua residência à clínica e vice versa, além de mais outras horas para o preparo do paciente, antes e depois da realização do procedimento.

Essa análise explica bem as falas abaixo dos idosos ao referir-se a forma como a IRC transformou suas vidas, limitando-os a condição de “um grande peso “ para a família. Saindo de sua condição de sujeito livre, ativo e autônomo para a eterna dependência de familiares, contribuindo assim para que o próprio idoso (a) fragmente sua identidade, perdendo o status de provedor e patrono daquela família, tornando-se apenas um peso para a mesma.

Sim, passei de um homem livre, a uma pessoa eternamente dependente das outras pessoas e da máquina. (idoso6, 89anos)

Sim, antes era muito alegre, ativa, e fazia minhas coisas. (idosaG, 61anos)

Para a grande maioria dos entrevistados o significado de ter a IRC está relacionado a concepções negativas de vida. À exemplo do idoso que ao referir-se a

doença afirmou que a mesma é uma “prisão”, a uma finitude, a “limitação”, a “abandono” entre outros.

Esse discurso é muito forte principalmente entre os entrevistados do sexo masculino, que relatam ter sido abandonado por suas mulheres quando perceberam que seu parceiro estava inválido não somente para o provimento das necessidades básicas da família, mas principalmente, inválidos sexualmente.

Uma prisão. Perdi tudo, até minha mulher, quem quer ficar com um homem imprestável? (idosoF 64 anos)

Foi uma prisão, eu era livre e tinha uma mulher, agora vivo preso a uma maquina, e ao ser abandonado, vivo de favores na casa de um e de outro filho. (idoso3, 69 anos)

É não fazer mais o que fazia antes. Fico dependendo de meus filhos, nem mando mais no meu dinheiro da aposentadoria e do meu marido, que morreu , fica tudo com meu filho. (idoso9, 67 anos)

Limitação, dor, mal estar, tudo que jamais pensei sentir, até cego fiquei (idoso5, 90 anos)

O camarada fica sem condição de tudo para a vida. Passei a depender e morar com os outros e em outra cidade. Pior coisa é sair de nossa casa, onde tínhamos nossa vida, e morar com os outros como tive que fazer. (idoso3, 69 anos)

Há um grupo que se refere ao agravo como sendo o “fim e o começo” ao mesmo tempo. Mas o que pode parecer contraditório num primeiro momento, quando analisamos dentro de um maior contexto, percebemos que a referencia feita não é nem um pouco contraditória.

Considerando que quando afirma que é o fim, refere-se a sua condição de antes e depois de ter adquirido o agravo, de sujeito ativo para sujeito dependente. E quando

afirma que é o “começo de tudo” está referindo-se ao início de uma nova vida, cheia de dificuldade e sofrimento, a uma intensa luta para manter-se vivo e dentro de pelo menos um mínimo de qualidade de vida, se é que se pode dizer que isso é possível.

É o fim, e o começo de tudo. (idoso3, 69 anos)

sinto que morri e nasci novamente, mas que para me manter viva não posso lembrar de minha antiga forma de viver, tenho que pensar que para ficar viva tenho que fazer tudo o que me mandam fazer (idosaG, 61 anos).

Ao falarem da convivência diariamente com outras pessoas com igual agravo e processo de tratamento e se esse fato contribui ou não em seu processo de tratamento. Todos responderam que sim, que eles consideram isso fundamental para eles fortalecerem-se frente ao pesado e sofrido tratamento.

Ao analisarmos as falas abaixo percebemos que os idosos (as) IRC, como forma de suportar melhor a doença, constroem um conjunto de valores, imagens, representações com objetivo de protegerem-se uns aos outros, partilharem experiências, medos e anseios.

É muito boa, são minha outra família. Apoiamos uns aos outros. Fazemos confidências, defendemos uns aos outros. Quando alguém mexe com um de nós, mexeu com todos (idoso6,89 anos)

É nossa outra família, quando morrem, fico triste, mas ao mesmo tempo muito feliz de não ter sido eu. Do meu grupo de 2009, só resta eu, os outros são todas pessoas que entraram depois de mim. E até estes, muitos já se foram! (idoso5, 89 anos)

Da minha rota, só tem eu, já fui entubado duas vezes no 28 de Agosto. Quando sabe da notícia da morte dos colegas, ele fala “graças a Deus que não chegou, ainda, minha hora”. (idoso3, 69 anos)

São muito alegres, eleva a nossa autoestima, é um grupo muito bom, inclusive os motoristas. (idosoE, 62 anos)

O indivíduo é um ser social, historicamente constituído, que carrega em si múltiplas determinações. É agente de sua própria história enquanto concreto/material, com base fundada em toda a sua historiografia social. (VERONEZE, 2013, p. 166)

Sua inserção no meio social consiste em consignar padrões predeterminados e constituídos antes do seu nascimento, em outras palavras, antes mesmo de seu nascimento, valores, regras, normas e princípios já se encontram estabelecidos, com a sua percepção e experiência da vida cotidiana, possibilitando repensá-los e, por sua vez, superá-los. (IDEM)

O autor lembra que a lógica capitalista tem levado os indivíduos sociais a estarem cada vez mais alienados e alienantes, ou seja, homens e mulheres são conseqüente e diariamente transformados em coisa (reificado), no sentido de desdobrar e reproduzir relações sociais de exploração, propiciando à vida social entrelaçada por uma autoviolência que possibilita a desumanização social produzida pelo próprio ser social.

Neste contexto que, assim como Veroneze, que cada idoso (a) IRC deve ser entendido, ou seja, enquanto ser social e em seu processo de construção e autoconstrução, dinâmico e dialético e que possui uma dupla dimensão: ontológica, como tendo uma natureza comum e inerente a todos e a cada um



dos seres (portanto, genérica); e a reflexiva (ou teleológica), que é elaborada pela mente humana (BARROCO, 2005 apud VERONEZE, 2013, p. 166).

Acreditamos que o homem, enquanto ser social, é o único ser que formula e constrói mediações concretas para suas objetivações na vida cotidiana, a partir de um conjunto de princípios éticos enquanto modo de ser na e para a vida social e a sua dimensão política como modo de agir na e para a vida social. (VERONEZE, 2013, p. 167)

Ao indagarmos se os entrevistados tinham conhecimento de algum outro paciente que havia sido submetido ao tratamento juntos aos entrevistados sobre as possibilidades de conhecerem algum paciente que conseguiu ser transplantado, ou recebeu alta do tratamento. Somente 3% dos entrevistados afirmaram conhecer um transplantado, mas 100% nunca ouviram falar em pacientes em alta, somente pacientes em estágio terminal que abandonaram o tratamento de hemodiálise em função de sua extrema situação de debilitação e depressão, como podemos observar nas falas.

Não conheço ninguém que fez isso. Nem que recebeu alta do médico, ficou bom. Isso é muito difícil, tenho consciência de que vou morrer dessa doença (idoso10, 71 anos)

Transplantado, só um, mas morreu, poucos dias depois. Que ficou bom, nenhum (idosoL, 66 anos)

Observamos durante as entrevistas que a maioria deles, ao mesmo tempo em que afirmam que idosos (as) não tem vez nos tratamentos via transplantes de rins, também nutrem uma cultura do medo em relação ao mesmo procedimento, pois

deixaram claro que perpassa entre eles o mito de que a maioria dos pacientes transplantados morre pouco tempo após a realização do mesmo.

No entanto, como já foi mencionado, apenas 3% declararam conhecer algum paciente submetido a este tratamento. Um dos entrevistados relatou que já ouviu varias paciente relatando alguns pacientes transplantados por imaginarem que já estão curados, abandonam as restrições alimentares e morrem de tanto comer determinadas frutas ou refeições, que “nem em pensamento” poderiam comer. Citou o caso de um deles que “comeu tanta melancia que chegou na clínica quase morto”.

Sobre a dieta alimentar dos pacientes IRC, Riella (2001), infere que é um dos grandes desafios. Pois, a dieta especial pode necessitar de mudanças significativas nos hábitos alimentares e no padrão comportamental do paciente.

Assim, a ingestão dos alimentos favoritos torna-se restrita, substituindo-os por outros não tão agradáveis ao paladar. Por isso, diversas estratégias são lançadas para melhorar a aderência desse paciente à prescrição da dieta recomendada, se levando em conta a importância das razões e seus efeitos correspondentes.

De acordo com Thomas (2005) e Cesarino (1998), o sucesso da terapia dialítica depende essencialmente de uma nutrição adequada, para isso, é necessário que cada paciente tenha uma avaliação nutricional individualizada, levando em conta a sua bioquímica atual e os sintomas clínicos e físicos.

### **3.3. Reflexão sobre o seu agravo, tratamento e cuidados cotidianos.**

As análises realizadas a partir da coleta de dados junto aos idosos entrevistados revelaram o quanto é sofrida e dolorosa suas vidas a partir da aquisição da IRC, principalmente quando descobrem o agravo quando já estão em fase terminal, quando houve perda total das funções renais e passam a depender das diálises, seja ela, hemodiálise ou peritoneal. Qualquer que seja, impõem muitas bruscas mudanças na vida e cotidiano destas pessoas e familiares.

De acordo com Santos (2008) enquanto a ciência médica evolui, aperfeiçoando o conhecimento, novos aparatos técnicos e especialização profissional tornam-se essenciais, a fim de garantir maior controle, diagnóstico e tratamento adequado às doenças.

No entanto, apenas a tecnologia não é suficiente, há um nível mais profundo de necessidades humanas a serem alcançadas. Nele os profissionais de saúde, cada vez mais, são confrontados com a necessidade de humanizar as relações com os seus clientes.

Assim, no entendimento da autora, ser possuir uma enfermidade já é um desafio, no entanto, quando a doença é crônica, há o imperativo de se mudar hábitos, relacionados a dietas e/ ou atividade atividades físicas, do uso contínuo de medicações, do enfrentamento da dependência de outras pessoas e aparelhos para adaptações a uma nova realidade de vida. (IDEM)

Como verificamos ao longo das discussões e relatos dos idosos (as) entrevistados, a insuficiência renal crônica impõe às pessoas uma série de modificações de atividades e novas perspectivas de vida, impulsionando-as à adoção

de um modo de viver diferente, incluindo a dependência ao tratamento ambulatorial e auxílio constante de outras pessoas.

Neste processo, fundamental importância tem a equipe de saúde responsável pelo acolhimento, diagnóstico e tratamento deste paciente, que passam a estabelecer relações fundamentadas na confiança e compreensão, além de sólidos conhecimentos técnico-científicos. Caso contrário, a falta de aderência ao tratamento será mais um complicador na qualidade de vida do portador de doença renal crônica.

Vários foram os entrevistados que relataram desespero no momento do diagnóstico da IRC, principalmente na fase terminal da doença, em que a intervenção dos profissionais ali no atendimento, mesmo nos serviços de urgência dos prontos socorros foram fundamentais no esclarecimento e convencimento do paciente e família a adesão ao tratamento indicado.

De acordo com Silva et al. (2002) a adesão do paciente renal crônico ao tratamento hemodialítico dependerá da forma como este assume sua condição crônica, no sentido de aceitá-la como parte da própria pessoa.

Segundo os autores, muitas vezes, tal aceitação não é plena, mas parece estar relacionada a um acostumar-se com o que é ruim. Na realidade, conforme os autores, são muitos os pacientes que aceitam sua condição de saúde, porém experimentam momentos difíceis, de grande rejeição, culpa e lutas.

Desta forma, tal aceitação evidencia-se pela incorporação da própria doença e tratamento no seu cotidiano e na tentativa diária de conviver harmonicamente com sua condição de saúde.

Neste sentido, percebe-se a saúde, no entendimento de Caponi, (1997); Barros e Gomes (2011), poderia ser definida pela possibilidade de cada um enfrentar as situações novas e as infidelidades do meio que constituem nossa história.

Para Noriega (1993) a saúde pode ser explicada a partir de que,

A saúde não é, então, a ausência de doença, mas a possibilidade e a capacidade que um grupo tem na sociedade para controlar e dirigir individual e coletivamente seus processos vitais, sua forma de viver [...] não interessa lutar para prolongar a vida ou para erradicar as doenças, sem ter a possibilidade de decidir de que queremos adoecer e de que queremos morrer (p.169).

A saúde passa a ser pensada a partir de uma perspectiva em que a relação homem-meio seja focalizada – o homem atua no meio, luta contra suas infidelidades e não é determinado por ele; homem e meio relacionam-se, transformam-se e produzem-se.

Neste contexto, e no entendimento de Barros & Gomes (2011), a concepção de saúde tem que levar em consideração a variabilidade inerente aos seres humanos, tem que levar em consideração a diversidade dos humanos, as constantes alterações do meio em que habitamos e que produzimos, considerando que a saúde é vivida nas relações homem e meio, relações em que não há passividade ou subjugação.

No caso da insuficiência renal crônica, a saúde do idoso (a) fica totalmente comprometida, e com um forte fator de risco e irreversibilidade do agravo. De acordo com Kirchner et al. (2011) a IRC é resultado sindrômico de perda progressiva e normalmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular.

Conforme as autoras, é considerada uma doença sem perspectiva de melhoras rápidas, com evolução progressiva, causadora de problemas médicos, sociais e econômicos; devido ao seu caráter irreversível, a grande maioria dos pacientes evolui para estágios mais avançados, nos quais se fazem necessários o emprego de uma terapia substitutiva dos rins, a diálise ou o transplante renal. (p.416).

As autoras chamam atenção para o fato de que tratamento dialítico, que tem por objetivo prolonga a vida dos pacientes com IRC, e não a cura do mesmo, daí denominação da irrevesividade da doença.

Assim, as condições impostas pela doença e pelo próprio tratamento provocam uma série de alterações sistêmicas, metabólicas e hormonais, que podem afetar adversamente a condição nutricional desses pacientes, o que também foi comprovado neste estudo. (KIRCHNER ET. EL, 2011, p. 416).

Este processo de desnutrição, é explicado quando analisamos que, como já mencionamos, o processo de hemodiálise pode levar à remoção de 1 a 4 litros de fluido em um período médio de 4 horas, durante três dias da semana, e varia de paciente para paciente e da eficiência da diálise 4,5.

Com a continua restrição de beber líquido do paciente, e caso o mesmo não substitua esses nutrientes perdidos durante o procedimento com alimentação adequada, a tendência é o mesmo começar a debilitar-se pelo próprio processo desgastante do procedimento. É um processo que contraditoriamente, deveria deixar o paciente mais fortalecido, mas que devido ao desgaste natural causado pelo procedimento acaba por deixar o mesmo em situação de maior debilitação que anteriormente ao procedimento.

Em 100% dos entrevistados foi constatado que o seu dia a dia é dividido em realizar o procedimento de diálise; o que leva em torno de quase doze horas, se contarmos do horário que o paciente saiu de sua residência até o horário em chega de volta a mesma; e recuperar-se no dia seguinte para mais uma sessão de diálise.

Todos os entrevistados declararam que o dia seguinte ao tratamento é usado para recuperar-se do tamanho desgaste de âmbito biopsicossocial, preparando-se para o dia seguinte, todo esse sofrimento é vivenciado pelos mesmos somente como meio de “prolonga a vida”.

Segundo Kirchner et. el. (2011) a hemodiálise representa uma expectativa de vida, se se considerar que essa doença é um processo irreversível e a não aceitação da doença pelo paciente pode dificultar a adesão ao tratamento, no relacionamento interpessoal com familiares e no convívio social.

Assim, percebemos durante o desenvolvimento deste trabalho que o paciente idoso (a) com IRC em tratamento de diálise vive e convive constantemente em seu dia a dia com a sensação de morte, de seu momento de finitude, ou como afirma Sesso (2008, p. 8) “ de sua sobrevida”.

Sesso (2008) ao discutir o processo de sobrevida ao qual o paciente IRC vivencia cotidianamente, infere que em relação ao estado de São Paulo em estudo realizado em 2005 que entre esses, a taxa de mortalidade anual bruta (número de óbitos/pacientes em diálise no meio do ano) foi de 13%. Que essa taxa de mortalidade tem se mantido constante, apesar das melhoras técnicas, equipamentos, filtros de diálise, etc.

De acordo com o autor, a constância desta taxa pode ser explicada pelo fato de que estes avanços estejam sendo contrabalançados pela maior gravidade e idade dos pacientes que iniciaram tratamento nos últimos anos.

Citando a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde envolvendo pacientes IRC no período de 1997 a 2000, com cerca de 88 mil pacientes em tratamento de diálise afirma que a sobrevida atuarial foi de 80% ao final de uma ano de tratamento. Que não houve diferença de sobrevida em relação ao sexo e ao tipo de diálise.

Quanto a sobrevida dos pacientes transplantados, o autor infere que são inferiores às taxas de sobrevida de receptores de enxerto renal, no caso, cerca de 85% para receptores de doador vivo; e 73% para receptores de doador cadáver, isso, após 5 anos, para transplantes efetuados no Brasil entre 1992-1998. (SIPAC-RIM).

As discussões de Sesso (2008) vão de encontro aos relatos dos idosos entrevistados quando perguntarmos se algum dos pacientes já presenciou o óbito de algum colega seu de tratamento, e qual seu sentimento neste momento de finitude. A grande maioria afirmou que não, pois quando os pacientes começam a “desfalecer” durante a sessão de hemodiálise a equipe médica já o retira, levando-o a sala de reanimação, e quando dá tempo, envia ao PS 28 de Agosto.

Os entrevistados explicaram que a cena acima descrita em relação aos últimos momentos de vida de alguns colegas de diálise faz parte do dia a dia deles, ou seja, de seu cotidiano. E que as reações apresentadas por cada paciente ao deparar-se com a citada cena, varia entre a indiferença, o sofrimento, o alívio, o respeito, o luto e até mesmo “brincadeiras”, como podemos observar nas falas abaixo.



Sim, muitas vezes. É difícil ver as pessoas se batendo na máquina e depois que baixa a cortina, já sabemos que o colega morreu. (idoso10, 71 anos)

Não, nenhum, só passando mal na cadeira, mas tiram logo eles e depois, só vem à notícia, morreu! (idoso9, 67 anos)

Não, apenas o corre- corre. Eles tiram logo da cadeira e levam para sala de recuperação. (idoso6 , 89 anos)

Nunca vi, começam a passar mal na cadeira e logo é retirado e levado para morrer em outra sala, “vejo aquilo tudo, fico cabrero com aquilo. (idoso1, 72 anos)

Não, procuro não pensar nisso. Mas meus colegas de cadeira e rota, costumam levar na gozação, na brincadeira, dizem, fulano já foi, e vem logo buscar outro. (idosoC, 63 anos)

Sim, muitas vezes, teve uma vez que o colega estava voltando na van ao meu lado, e começou a passar mal, e se esticar todinho, e logo virou a cabeça para o lado. Chamamos ele, várias vezes, não respondia, beliscamos e nada. O alarme foi geral na van, o condutor parou e viu que estava morto. Aí levamos ele para a casa dele, para de lá chamar o SOS Funeral, quando chegou lá a casa era tão pobrezinha que não tinha nem mesa. Aí , eu , o condutor e outros colegas procuramos uns pedaço de madeira, o vizinho arrumou prego e martelo, arrancamos a porta do quarto e com ela fizemos a mesa para a família velar o colega. Seu minha senhora, que nossa vida não é fácil, fora a doença, temos mais essas coisas que acontecem. (idoso3, 69 anos)

O relato do último idoso transcrito acima caracteriza muito bem a situação de extrema vulnerabilidade em que estão inseridos a maioria dos idosos (as) IRC transportados para as unidades de saúde pelo Programa SOS VIDA.

São situações de extrema pobreza constatada por nós assistentes sociais do programa durante as visitas domiciliares, e que compromete gravemente o estado de saúde do mesmo, considerando sua situação de constante debilitação frente ao sofrido

e intenso tratamento de hemodiálise que chega a retirar do paciente até quatro litros de “água” num espaço de até quatro horas, num mínimo, três vezes por semana.

Desta forma, o cotidiano dos idosos IRC em tratamento de diálise apresenta-se constantemente como um grande desafio, fora a luta em função deste agravo, acrescenta-se a dificuldade financeira devido à situação de extrema vulnerabilidade das mesmas.

A situação problema acima descrita acaba por comprometer fortemente todo o processo de tratamento, pois, nem todo dia o paciente ou família dispõe de dinheiro para o transporte para a clínica; não conseguem seguir a dieta alimentar prescrita e extremamente essencial no sucesso do tratamento; além de ficarem sem seus medicamentos essenciais quando falta na rede SUS e não sobra dinheiro para a família comprar esses medicamentos.

Desta forma, paciente e família vivem e convivem com outro dilema, o que priorizar para a saúde do paciente: transporte, alimentação, medicação; tudo isso somente aprofunda o nível de stress e desgaste psicossocial dos mesmos.

Assim, as discussões até este momento, aqui proferidas, mostraram a diversa e complexa situação vivenciada pelos pacientes renais crônicos como um todo, mas com maiores reatamentos sobre a população idosa, também renal crônica, e com intenso agravamento se a situação clínica caracterizar-se como sendo terminal, ou seja, com a completa falência destes órgãos. Esses reatamentos são no âmbito clínico, psíquico, nutricional e social.

Assim, é fundamental que as instituições públicas no âmbito da saúde construam uma política de saúde voltada para o cuidado destes pacientes,

considerando uma articulação dinâmica entre o conceito de saúde e uma política de cuidado ao paciente que os considere por inteiro, em todas as suas especificidades.

Dante continuidade as discussões, agora, trilhando o campo do cuidado aos pacientes idosos (as) com IRC voltado para a qualidade de vida dos mesmos, apresentaremos algumas considerações sobre a concepção de cuidado que estaremos defendendo neste estudo, entendendo o cuidado em saúde como fator determinante na melhoria da qualidade de vida e sobrevida do idoso renal crônico em tratamento de diálise.

De acordo com Veras, et. el (2013) apesar de a longevidade da população brasileira ser considerada uma conquista, os sistemas de saúde são desafiados por esse fenômeno, acolhendo, assistindo e tratando os idosos, ao mesmo tempo em que garante o mesmo ao seguimento jovem e economicamente produtivo.

Os autores inferem que as ações e práticas de saúde oferecidas à população como um todo estão defasadas, estando, ainda, atreladas ao tempo em que o Brasil era um país de jovens, prevalecendo o entendimento de que o cuidado ao paciente com múltiplas doenças crônicas, que perduram por décadas, é extremamente custoso.

O cuidado em saúde precisa ser considerado a partir dessa complexidade, pois muitos são os ângulos de aproximação e discursos possíveis sobre essa questão, pois a noção de cuidado é polissêmica e transita por diferentes abordagens conceituais e metodológicas. (BARROS & GOES, 2011)

As autoras propõem-se uma noção de cuidado que recusa os binarismos ou dualismos que, opõe cuidado a descuidado, ou a ausência de cuidado, e opta-se por

tomá-lo a partir da noção de devir, não no sentido de busca de um ideal, mas como um acontecimento que se dá no decorrer do seu próprio processo.

Defendem que o cuidado se produz no próprio ato de cuidar, ele não é antecipável, ele é coemergente às relações que se estabelecem e avaliado por seus efeitos, pela potência que produz naqueles que o compartilham. Porém, a não existência de um sentido definitivo do que seja cuidado não deve ser entendida como fragilidade, mas ao contrário, a falta de uma definição é potencialidade, na medida em que abre um campo de possíveis para a construção de sentidos diversos e mais oportunos para operarmos no campo da saúde.

Esclarecem que a imanência das práticas de cuidado permite sua construção diária no engendramento das diversas forças presentes no campo social. É essa aversão às formas, típica da imanência, que permite que ela se atualize se integre e se diferencie em seus efeitos (DELEUZE (1988) BARROS; GOMES, 2011).

Diante do exposto, Veras, et. (2013) defendem que há necessidade de se buscar uma atenção eficiente para a população idosa, identificando o risco e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede enquanto eixo central desta lógica, de forma que a partir da identificação do risco, da prioridade, da reabilitação precoce, possam reduzir o impacto das condições crônicas na funcionalidade deste seguimento populacional.

A ideia defendida pelas autoras é a de monitorar a saúde e não a doença; a intenção é postergar a doença, a fim de que o idoso possa usufruir seu tempo a mais de vida, abandonando o “paradigma baseado no gerenciamento de doença crônica e transformar a prática”.

Ainda, conforme as autoras, a atenção à saúde do idoso (a) deve ser subsidiada a partir de um novo paradigma fundamentado no gerenciamento de perfil de saúde dessa pessoa que, sendo idosa, provavelmente vive com alguma ou com um conjunto de patologias. Que se deve partir do,

pressuposto de que é adequado hierarquizar o processo de cuidado segundo as perdas funcionais que ocorrem frequentemente com o passar dos anos, são estabelecidos sete pontos de atenção. (VERAS et al,2013, p.386)

Os autores explicam que atualmente, os sistemas de saúde funcionam com poucos pontos de atenção e que não se articulam (ambulatório, hospital e instituições de longa permanência). Que em geral, os pacientes entram nessa rede desarticulada num estágio muito avançado de adoecimento, onde a porta de entrada acaba sendo a emergência do hospital.

De acordo com Veras et al(2013) tal modelo, “além de inadequado e anacrônico, tem uma péssima relação custo-benefício. Aliás, é por este motivo que os idosos (as) não são bem-vindos pelas operadoras”. Sendo o maior problema deste modelo é a centralização no hospital, a partir do uso intensivo de tecnologias de alto custo, onde seu fracasso não deve ser imputado aos clientes idosos (as).

Foucault (1976, 2002) aponta que a Medicina moderna se caracteriza como uma estratégia de poder disciplinar, além de biopolítico, que tem nos corpos de cada indivíduo e da população seu foco de atuação e de exercício de poder, buscando torná-los úteis e dóceis.

Assim, para o autor, esse poder passa a ser garantido por meio do discurso científico do médico, compatível com o regime de verdade da nossa sociedade, e por

essa série de técnicas microfísicas– que buscam gerir “gestos, atitudes, comportamentos, hábitos, discursos.

Neste contexto, segundo Machado (1995); as ações de saúde trabalhadas de forma fragmentadas e no modelo acima descrito por Foucaut acabam por sobrecarregar o sistema de saúde nos níveis de maior complexidade.

No entendimento de Veras et al. (2013),

Existe uma sobrecarga de usuários nos níveis de maior complexidade, pela carência de cuidado nos primeiros níveis. Por isso, defendem uma proposta de intervenção fundada nos primeiros três níveis como base do cuidado, pois, são neles que estão concentrados a imensa maioria da clientela. (p.381)

Veras et. el (2013) esclarecem que o modelo proposto por eles explorará todas as fases de um processo evolutivo da fragilidade, estruturadas de modo hierárquico, desde o idoso saudável e ativo até o momento final da vida – em outras palavras, desde seu acolhimento e cadastramento no sistema até os cuidados paliativos na fase terminal.

O modelo proposto é estruturado em dois níveis, o nível 1 é o início da operação desta lógica e a base de entrada no sistema e envolve: acolhimento, fidelização, integralidade e avaliação do risco de fragilização/incapacidade.

Acolher a pessoa é fundamental para que ela possa desenvolver confiança no sistema e, assim, se fidelizar. A confiança e a fidelidade ao sistema são consequências da percepção do cliente do quanto ele é respeitado e do que lhe é oferecido. Adesão ao plano de cuidados é um fenômeno conseqüente à percepção do respeito e o resultado de um pacto estabelecido entre operadora e cliente. Esta pactuação se concretiza na forma de um contrato: as duas partes chegam a um acordo sobre como gerenciar a saúde do cliente, concordam e se comprometem. (VERAS et al 2013, p.387).

No nível 2, o idoso (a) será recebido por seu gerente de acompanhamento, que a partir de rápida avaliação de risco do nível anterior, fará a avaliação funcional e então decidirá para que tipo de ambulatório ele irá, de acordo com a seguinte classificação de Moraes: idoso (a) robusto e idoso (a) em risco de fragilização.

O idoso robusto será acompanhado a partir do ambulatório no nível 3A e o idoso em risco de fragilização será acompanhado no ambulatório geriátrico, no nível 3B. O instrumento de triagem de risco será utilizado ao longo de todo percurso assistencial do idoso, para a garantia de rastreamento contínuo de risco em todos os níveis. O gerente de acompanhamento, que passará a monitorar o idoso por todo o sistema a partir do nível 2, aplicará o instrumento de triagem de risco periodicamente. O plano terapêutico engloba intervenções médicas, ações de educação, de promoção da saúde, de prevenção e de reabilitação, visando ao longo prazo. (IDEM, p.388-389)

Segundo Veras et. el (2013), as despesas com cuidados voltados para doenças crônicas sobem em todo o mundo e ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados, tornando-se um grande desafio fiscal.

Continuando a análise, afirmam que há a expectativa de que outros fatores possam também influenciar no aumento do número de idosos necessitados de cuidados, mesmo considerando a redução na proporção da severidade de doenças nessa faixa etária – ocorrida graças a avanços na prevenção de doenças e nas práticas assistenciais.

Lembram que em outras épocas, os fatores de risco alcançavam predominantemente o homem, como o consumo de álcool e tabaco ou o estresse no trabalho, passam a afetar também as mulheres, levando a uma redução da diferença

de expectativa de vida entre homens e mulheres, que hoje em dia é oito anos a mais para elas.

Neste contexto, a prevenção, a manutenção da saúde e da autonomia e o retardamento de doenças e fragilidades serão os maiores desafios relacionados à saúde, decorrentes do envelhecimento da população. Que qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a promoção do bem-estar e a manutenção da capacidade funcional.( VERAS ET AL. ,2013)

Os autores ressaltam que com o objetivo de preservar a saúde e propiciar mais anos de vida saudável, a Agência Nacional de Saúde (ANS) vem incentivando a participação de usuários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades. Pois a lógica do sistema de saúde está pautada no ciclo de tratamento das doenças e não da prevenção; inverter esse modelo é imperativo para se assegurar mais qualidade, considerando que mesmo mantendo um plano de saúde privado, o paciente acaba onerando a previdência, na impossibilidade de exercício da sua força de trabalho devido ao agravamento.

Assim, segundo Veras et al (2013) a aplicação do aporte epidemiológico e a ênfase em prevenção fazem com que essa nova abordagem favoreça a redução dos custos assistenciais, em paralelo à ampliação da qualidade de vida, o que implica reorganizar os serviços de saúde.

Da mesma forma que, qualquer política contemporânea para o setor deve valorizar o envelhecimento saudável voltado para a manutenção e melhoria da capacidade funcional, da prevenção de doenças e para a recuperação da saúde e das



capacidades funcionais, associando uma abordagem preventiva e integral a reflexão epidemiológica e planejamento de ações de saúde.

Barros e Gomes (2011) defendem que o cuidado deve ser pensado enquanto estratégia a partir de outras diretrizes, como uma clínica ampliada, a exemplo de como foi formulada pela Política Nacional de Humanização, pois, no momento em que se fala de uma crise da saúde (AYRES, 2001), a Política Nacional de Humanização se constrói como uma Fractal Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado proposta para a superação do reducionismo ao qual a racionalidade biomédica ocidental está aprisionada.(IDEM)

Veras et al (2013) inferem que é no concreto da experiência, na situação de trabalho, considerando a dinamicidade desses processos, com suas variabilidades, seus vazios de normas, que inventamos formas de operar nos serviços de saúde.

Advertem que, manter-se restrito a rígidas prescrições sobre o que deve ser feito inviabiliza encontros intersubjetivos reclamados no cuidado à saúde, uma vez que pauta o encontro a partir de absolutizações e generalizações que o precedem, não favorecendo seu caráter processual e inventivo.

Defendem que, trata de pensar num “cuidado virtual” que demanda atualização aberta ao devir e ao compartilhamento. Pensá-lo numa dimensão do “comum”, do construído junto com o outro, pois ele é sempre uma construção coletiva.

No entendimento de Ayres (2001), ainda que passe pelas competências e tarefas técnicas, cuidar não se restringe a elas; cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele; requer a construção de projetos, identificando no ato de cuidar, apreender quais projetos de felicidade estão em jogo.

O autor explica que o fato de que um projeto de felicidade se refere à totalidade compreensiva na qual adquirem sentido concreto as demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações.

De acordo com o autor, os projetos de felicidade passam a ser referência para a construção das avaliações sobre os efeitos produzidos com as ações de saúde, seja no seu planejamento, seja na sua execução, seja na sua avaliação.

A noção de projeto defendido por Ayres (2001), envolve a compreensão da situação existencial humana que é a de um

“estar lançado”, uma existência que se constrói em e a partir de diversas condições predeterminadas e determinantes da vida humana, não se refere a um projeto no sentido da definição de tarefas, recursos e prazos para o alcance de determinadas finalidades, mas, sim de “uma temporalidade não-linear, não cumulativa, a uma própria temporalização plástica; uma compreensão de passado, futuro e presente como experiências co-existentes e, em sua co-existência, pelo modo como construímos nossa existência.” (p.55)

Para Ayres, esse projeto de felicidade não está definido a priori, mas que se efetiva no curso da experiência dos diferentes encontros que fazemos na vida, com outras pessoas, com ideias, valores, princípios.

Diante das discussões aqui realizadas, pensa o cuidado à saúde de pacientes idosos com IRC em tratamento de diálise impõe uma série de desafios, entre eles, o entendimento de que cabe a essa pessoa idosa, diante dessa doença crônica e com base na sua cultura de autocuidado, decidir sobre o itinerário terapêutico que irá seguir, considerando que nessa fase os hábitos de vida encontram-se cristalizados. (OLIVEIRA (2001,2005); LENARDT; TUOTO, 2003).

De acordo com os autores, o indivíduo constrói ao longo de sua vida seus significados a partir de fatores internos e externos, compostos por seus familiares, amigos, vizinhos, experiências pessoais, enfim, tudo que o cerca, sendo essencial a sua compreensão sobre a doença e os trajetos de tratamento que irá percorrer.

Como em outras fases da vida, é importante que o paciente idoso (a) possa optar pela modalidade terapêutica: hemodiálise, diálise peritoneal ou um possível transplante. Para isso, necessita de esclarecimentos da equipe de saúde, para que, juntamente com seus familiares e seguindo algumas indicações, tenha condições de participar do processo decisório de seu tratamento. (KUSOMOTA; RODRIGUES; MARQUES, 2004).

Reiteramos que a IRC, assim como a terapia renal substitutiva, provoca mudanças no estilo de vida e causa alterações corporais e comportamentais nos idosos, decorrentes da condição de doentes crônicos.

Assim, mais importante do que atuar no final do processo, quando o paciente adentra em diálise, são a ação preventiva e a atenção no sentido de prevenir as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) com o intuito de evitar ou postergar ao máximo a necessidade de terapia renal substitutiva.

A grande pauta na atualidade é o envelhecimento bem-sucedido. E com isso refletir sobre os processo de cuidado a partir deste idoso (a) IRC, que devido a doença, mergulha num caminho sem volta, necessitando manter uma rigidez imposta para submeter-se três vezes por semana às sessões de hemodiálise ou das intermináveis trocas de bolsas de diálise peritoneal.

Diante de um ritmo tão intenso e doloroso de tratamento, é que defende-se um modelo de cuidado que contemple aspectos técnicos e humanísticos e que contribua para uma assistência integral revertida em qualidade de vida as pessoas idosas com IRC em tratamento.

Acredita-se que o modelo de cuidado a ser oferecido as pessoas idosas em diálise seja guiado pelas propostas de cuidados defendidas aqui nesta reflexão por Veras (2013) ; Barros; Gomes (2011) ;Ayres (2001-2007) e vários outros aqui citados ao longo deste estudo e que defendem uma proposta de cuidado a saúde mais ampla e dinâmica, pautada na realidade e no cotidiano deste idosos (as).

É fundamental que se a criação e a manutenção, em longo prazo, de um sistema nacional de informações com registro, análise e divulgação de dados epidemiológicos de pacientes com insuficiência renal crônica em fase não terminal e em tratamento renal substitutivo no país, para que seja possível melhor planejamento da assistência e melhor efetividade do tratamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi objetivo deste estudo, analisar o cotidiano das pessoas idosas com IRC, participantes do programa SOS Vida e das unidades de saúde de Manaus, caracterizando-os quanto a sua situação socioeconômica, familiar e histórico do agravo da doença; detectando os serviços de saúde demandados por estes idosos; apontando

como é o seu cotidiano entre o viver; cuidar e tratar a doença, e sua reação diante da morte de seus amigos de tratamento.

Evidenciou-se neste estudo que o sistema capitalista tem como um de seus eixos a dissociação entre os trabalhadores e a propriedade de sua força de trabalho. Ao realizar historicamente este processo, acaba por transformar em capital os meios sociais de subsistência, os de produção, e em assalariados os produtores diretos, constituindo-se este processo na “ordem da reprodução sociometabólica do capital”.

Assim, o envelhecimento populacional, longe de ser um dado natural, se configura como resultado da reprodução do sistema do Capital, considerando que o mecanismo de realização da mais-valia pelo Capital traduz a dinâmica através da qual o empobrecimento dos trabalhadores é acirrado diante do desenvolvimento das forças produtivas e da riqueza social por eles produzida, em consequência, temos uma população precocemente envelhecida e desproporcional a idade cronológica destes trabalhadores, tamanha é a exploração de suas forças de trabalho pelo Capital.

Neste processo, da reprodução social da velhice na sociedade capitalista, as velhas e os velhos trabalhadores passariam quase invisíveis para o Estado caso não fosse o atual impacto do envelhecimento senil na agenda das políticas públicas, onde eles ao mesmo tempo são sobreviventes e provedores de suas famílias à custa dos Direitos Trabalhistas por eles mesmos conquistados, mas que, na contemporaneidade, assistem ao seu desmonte.

Contudo, ressaltamos que ninguém envelhece da noite para o dia, considerando que esse é um processo multidimensional – biológico, psicológico, social e cultural –

inerente ao ser humano, iniciado antes da velhice, fase que completa o curso de vida, cuja delimitação quanto a tempo e espaço é diferenciada em cada tipo de sociedade.

Mas, ao analisarmos o processo de reprodução da velhice da classe trabalhadora na sociedade capitalista, identificamos que, na racionalidade do Capital, o tempo o trabalhador foi expropriado numa dinâmica que acabou por aliená-lo de qualquer possibilidade de exercer controle sobre o seu tempo vital, então, submetido ao imperativo da cronologia do capital, deixando claro que a priorização da demarcação cronológica para designar etapas singulares da vida é produzida pela modernidade.

As circunstâncias históricas em que se processaram a formação do proletariado e a pauperização de suas condições de vida na sociedade moderna aponta-se como locus do processo da negatização da velhice, como algo externo ao ser humano, símbolo de decrepitude e da negação de qualquer indício de progresso e desenvolvimento humano.

Assim, como base neste quadro, não há como dissociar os indicadores de saúde do processo de envelhecimento dos indivíduos e das populações que estes compõem. Pois o conjunto de práticas e costumes produzidos ideologicamente pelo Capital negativiza intensamente a velhice, insulando a pessoa idosa em sua própria velhice, arrancando de si tudo que o mesmo construiu ao longo de sua vida, reproduzindo a velhice conforme é historicamente imposta pelo Capital.

Esta dinâmica faz com que para determinados segmentos majoritários das populações a velhice seja um dado estranho, quase desumano, implicando demandas para o Estado, ou seja, o de envelhecer precocemente, trabalhando, acumulando doenças e perdendo capacidade funcional de maneira acentuada e limitativa,

onerando o sistema de saúde, enquanto, para poucos e, cada vez menos, essa lógica não se aplica de maneira trágica, mesmo havendo as doenças.

Por ser a velhice uma condição vital da espécie humana, uma fase da vida que seres humanos deverão experimentar, implicando ao mesmo tempo, para a grande maioria dos indivíduos, em demandas ao Estado, vista que as questões acumuladas ao longo da vida e evidenciadas na velhice, cada vez menos extrapolarão os limites do espaço privado, exigindo a intervenção do poder público por meio de seu sistema público de proteção social, operacionalizando assim, a política social enquanto campo da reprodução social.

Da mesma forma, não há diferença substantiva entre a velhice que vem se processando para o proletariado nos últimos séculos e a que se processa na contemporaneidade, resguardados os dados da longevidade e da magnitude populacional em escala mundial, onde as respostas dadas pelo Estado às questões da velhice da classe trabalhadora não alteram substantivamente sua realidade,

Assim, a trama produzida ideologicamente pelo Capital para negar a o processo da velhice vivenciada pela pessoa idosa trabalhadora enquanto consequência do processo de vida e trabalho, se reproduz, individualizando-os e culpabilizando-os pela sua própria sorte na fase que completa o seu curso de vida, impondo a família, na maioria das vezes, centrada na mulher, ao Estado e a filantropia, enquanto amparo à velhice.

Desta forma, a velhice, assim reproduzida, perde a sua humanidade, e passa a ser percebida e valorizada como qualquer mercadoria, com prazo de validade, deixando a pessoa idosa seu status de ser produtivo, de amplo saber e experiência de

vida, para tornar-se descartável em função de seu desgaste e inutilidade enquanto fonte de lucro para o Capital, reproduzindo assim uma pseudo imagem da velhice.

Com base nas discussões deste estudo, defendemos que a questão da velhice enquanto problema social não é novo, considerando a diversidade das formas de exploração que produzem a estigmatização e a segregação da velhice. Pois, esta é parte de um único processo, ou seja, ao mesmo tempo em que se reproduz esse modelo de velhice estigmatizada, produz-se também um desenho populacional do envelhecimento humano pautado em dados inanimados, recortados, e decodificados em sua própria e abstrata verdade, ou seja, a verdade do Capital.

Assim, o envelhecimento, antes de ser um processo multidimensional, da velhice, antes de ser a fase que completa o curso de vida humana, do homem velho/ a mulher velha, antes de serem indivíduos que viveram muitos anos são conceitos construídos sociohistoricamente.

Esses conceitos são criados a partir de sistemas de ideias e valores que elegem a juventude como uma fase constante da vida, representando um ideal a ser alcançado, independentemente da idade de quem o tente alcançar, abrindo caminho para mais uma reinvenção do Sistema Capitalista de Produção, agora, sob as premissas da reestruturação produtiva; que passa a ver na reprodução do velho não como trabalhador, mas consumidor uma nova forma de exploração e modalidade de lucratividade.

Neste estudo, defendemos o conceito de saúde enquanto medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades dos indivíduos e não simplesmente como a ausência de doenças, tendo ela, como determinantes e



condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, além de todas as demais ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

É verdade que a população idosa brasileira teve importantes conquistas nas duas últimas décadas, marcado pelo processo de garantia dos direitos desse segmento iniciado pela aprovação da Lei nº 10.741/2003 que instituiu o Estatuto do Idoso, instrumento legal que vem servindo a todos como guia essencial para que as políticas públicas sejam cada vez mais adequadas ao processo de re-significação da velhice.

Nesse processo, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm historicamente como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade.

Esse processo tem sido fortemente o lócus das representações sociais construídas em torno da velhice que a associa fortemente às doenças e à dependência, naturalizando-as como características normais e inevitáveis desta fase.

Desta forma, entendemos que, quanto maior for o acesso das pessoas idosas aos serviços de saúde, aos bens sociais como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação entre outros, maior será seu impacto na qualidade de vida destes idosos (as).

Destacamos que a Política Nacional do Idoso buscou assegurar direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e

participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

O Estatuto do Idoso veio reafirmar o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral e em todos os níveis de atenção, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa evidenciou-se que a finalidade primordial também é a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O Plano de Madri enquanto fundamentos para a construção da PNSPI, previu a participação ativa das pessoas idosas na sociedade; no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; no fomento à saúde e bem-estar na velhice como foco na promoção do envelhecimento saudável; na criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento.

Mas advertiu que tais ações somente seriam possíveis a partir da superação de alguns desafios: a escassez de estruturas de cuidado intermediário e suporte qualificado ao idoso e seus familiares, destinados a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; o suporte qualificado e constante aos serviços e indivíduos envolvidos com o cuidado domiciliar ao idoso, incluindo-se o apoio às famílias e aos profissionais das equipes de Saúde da Família; a superação da

escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal foi mais um instrumento voltado para a garantia da saúde das pessoas com predisposição para esta doença, prevendo o desenvolvimento de estratégias no âmbito da promoção da qualidade de vida, educação, proteção, recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; a organização de uma linha de cuidados integrais em todos os níveis de atenção, invertendo o modelo de atenção; a Identificação dos determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal; Ampliação da cobertura no atendimento aos portadores de IRC no Brasil, garantindo à universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de TRS e aos portadores de HA e de DM, principais causas da IRC.

Mostramos neste estudo que, nos últimos anos, o número de pessoas com IRC cresceu assustadoramente em todo o mundo, levando-a ao status de “nova epidemia do século XXI”. Pudemos constatar que o impacto causado pela doença tanto no plano individual quanto no coletivo pode ser expresso pelo alto nível de sofrimento que a enfermidade acarreta, demanda muito maior que ao oferecido pelo sistema de saúde brasileiro em relação à garantia de tratamento via TRS, assim como nas comorbidades presentes nesta população.

Em relação aos equipamentos de hemodiálises, constatamos que em nosso Estado, a exemplo da maioria dos Estados brasileiros, há uma centralização desses na rede de serviço de saúde privada, porém financiada pelo SUS, pois, das cinco clínicas existentes no Estado, somente uma pertence ao setor público.

Em relação aos estabelecimentos com internação que possuem esses equipamentos, também prevalecem os estabelecimentos no setor privado, pois dos quatro existentes, apenas um pertence ao setor público, visto que o hemocentro dos mesmos é explorado pela iniciativa privada.

Por meio dos relatos dos usuários, percebemos claramente alguns dos principais problemas por eles enfrentados: demanda pelo tratamento via TRS superior que o número de vagas disponíveis no sistema de saúde; significativa elevação da taxa de mortalidade entre esses pacientes; falhas na integração entre o sistema de referência e contrarreferência para o diagnóstico e tratamento das comorbidades não relacionadas ao procedimento dialítico; obtenção de exames e medicamentos não relacionados ao procedimento dialítico; dificuldades com consultas em outras especialidades e retaguarda de internação para complicações; acesso limitado do paciente com DRC à assistência médica especializada; subdiagnóstico e diagnóstico tardio da DRC.

Desta forma, podemos inferir que em relação aos índices de investimentos na prestação de serviços nefrológicos em nosso Estado que continuamos a caminhar contra o processo de alastramento da doença e seus elevados índices, evidenciando assim, que no Estado do Amazonas e em seus municípios há um processo histórico de

negligência quanto aos direitos das pessoas com IRC em todos os níveis de atendimentos.

Constatamos que além de enfrentarem os mesmos problemas já citados a nível nacional, não existe por parte do Estado ou do Município política de saúde voltada para as pessoas acometidas pela IRC como prevê a PNAPDR a não ser a existência de serviço de atendimento emergencial aos pacientes em estágio terminal da doença, continuando o déficit em relação à demanda posta por este seguimento populacional.

Todos os usuários IRC atendidos pelo Programa SOS VIDA no período de 2009 a maio de 2015 tiveram acesso ao diagnóstico e tratamento do agravo na urgência dos grandes Prontos Socorros de Manaus, realizando ali e de forma incipiente e precária a hemodiálise até que chegasse sua vez na “fila da SUSAM” e tivessem garantido sua inclusão em uma das clínicas de diálise conveniadas com a referida secretaria e subsidiada pelo SUS.

Ficou muito presente na fala das pessoas idosas com IRC entrevistadas que apesar de cada um deles possuir prescrição médica para dialisar três vezes por semana, devido a grande demanda e a incapacidade do equipamento público existente, tinha acesso somente ao citado procedimento apenas uma vez por semana, disputando uma vaga ao dia junto a estas unidades de saúde, fazendo com que o usuário passe por uma espera de até vinte e quatro horas para ser atendido.

Assim, a “fila da SUSAM” a qual esses usuários referem-se é conhecida e ao mesmo tempo desconhecida por todos (usuários e equipe de saúde). Pois, ao mesmo tempo em que as pessoas são informadas de que deverão esperar a vez na “fila”, todos desconhecem como a mesma constitui-se, suas características, a totalidade de pessoas

inscritas, o tempo de espera, quem a administra, critérios de atendimentos ao público com prioridade- se é que é possível-, ou seja, sua própria materialidade.

Tal quadro é responsável pela existência de fortes tensões envolvendo usuários e equipe de saúde lotada nas unidades de saúde aqui em evidência; pois estes não escondem suas frustrações pelo desconhecimento, tendo em vista que sofrem duplamente ao verem as pessoas debilitando-se a cada dia, morrendo aos poucos, ao mesmo tempo em que são fortemente pressionados pelos familiares para que estes profissionais garantam o direito destes pacientes às prescrições médicas proferidas, traduzindo-se em constantes fontes de contínuo stress aos dois seguimentos.

Desta forma, a totalidade de clínicas voltadas ao tratamento de diálise no Amazonas é insuficiente para atender a demanda posta pela população. Urge que o Estado invista quanti-qualitativo na principal rede de atenção à saúde através de ações preventivas e promocionais, quanto na garantia do tratamento via diálise, conforme prevê PNAPDR, reduzindo seus impactos, e contribuindo na melhoria da condição de vida da população.

Assim, defende-se a necessidade de que a pessoa com IRC, como um todo, e não somente o idoso (a), seja percebido enquanto paciente com alto risco, remetendo a uma ação mais ampla de cuidado de maneira que possam ser reduzidos outros fatores, como hipertensão arterial, diabete, entre outros.

Isso implica também no desenvolvimento de estratégias com ações que favoreçam e priorizem o enfoque individual e coletivo e que diminuam a morbidade e mortalidade pela IRC.

A elevada mortalidade destes pacientes foi constatado em nosso estudo, onde cerca de 25% dos pacientes entrevistados já foram à óbito no período de maio a julho/2015, ficando bem explícito as péssimas condições de saúde de cada um destes pacientes, agravada, na grande maioria das vezes, pela extrema situação de pobreza tanto do paciente quanto da própria família, fator apontado como sendo de bastante relevância no agravamento do quadro clínico destes pacientes.

O perfil socioeconômico das pessoas idosas com IRC usuários do Programa SOS VIDA analisado por nós neste estudo comprovou bem o baixo nível socioeconômicos a que estão submetidos estes seguimento de pessoas, situação esta que em nada lembra a garantia constitucional prevista no conceito de saúde, havendo uma cisão entre o que a lei assegura enquanto direito e as reais possibilidades de acesso.

Constatou-se que a maioria dos usuários não dispõem de boa alimentação, moradia, renda, saneamento básico, transporte adequado, entre outros. Na maioria das vezes, confrontam-se como o dilema entre assegurar o transporte ao tratamento junto as clínicas ou a dieta alimentar prescrita pelo médico, ou ainda, os medicamentos não disponíveis na rede SUS.

A profunda situação de vulnerabilidade social em que se encontram estes pacientes é resultado também das implicações econômicas da IRC, considerando que a doença também influencia de modo marcante e decisivo, o comportamento dos agentes econômicos no mercado de trabalho.

Nenhuma empresa contrata ou quer ter em seus quadros trabalhador adoecido, pois, a IRC e seus tratamento impõe um ritmo diferenciado a este trabalhador, estando comumente associada à

redução nas horas trabalhadas, a menores taxas de salário, à aposentadoria precoce, à saída antecipada do mercado de trabalho e a programas de transferência de renda.

Tudo isso, são efeitos da IRC e como já afirmamos inúmeras vezes neste estudo, esta doença afeta não somente o indivíduo, mas também à sua família, passando os mesmos a dependerem com mais intensidade dos programas sociais do governo, mas isso não significa que estes programas chegam até essas famílias, como evidenciamos neste estudo.

O impacto do diagnóstico e tratamento dialítico pode levar o paciente renal crônico a um progressivo e intenso desgaste emocional devido a necessidade de submeter-se continuamente a um tratamento longo que ocasiona limitação física, mudança no corpo e redução da vida social.

Tal impacto é responsável pelo paciente apresentar diferentes sentimentos: alegria, tristeza, depressão entre outros. Esses sentimentos fazem parte da alternância das respostas emocionais, devido à gravidade e a duração da doença. Essas reações imediatas ao processo terapêutico apresentam-se como formas de resposta adaptativa do paciente frente aos sentimentos de insegurança e perda que o acompanha cotidianamente.

Assim, o cotidiano das pessoas idosas com IRC é preocupante e sofrido, tendo em vista que tanto os pacientes como seus cuidadores mais diretos, assim como o paciente, gastam em média de até doze horas ao dia para realizar o procedimento de hemodiálise, incluindo a ida e volta até a clínica, considerando: o preparo para o procedimento; quatro horas de procedimento; o controle após o procedimento; e seu retorno a residência.

Essa dinâmica repete-se em média três vezes por semana, no mínimo, dependendo da situação clínica dos usuários, e é responsável, principalmente, pela restrita, ou até inexistente vida social do mesmo, se é que algum consegue mantê-la.



Assim, as pessoas idosas com IRC depararam-se com uma brusca mudança em relação ao seu modo de viver; a cada dia ficam mais limitados em suas atividades cotidianas, quer seja pela incapacidade física provinda do agravamento da doença, quer seja situação financeira, resultado na perda da independência e do aumento de suas necessidades materiais mais imediatas.

Outra característica do cotidiano destes pacientes é que os mesmos passam a conviver diariamente com a sensação de morte, devido ao tratamento doloroso, monótono e restrito da hemodiálise, além de “presenciarem” inúmeros óbitos dos colegas de diálise durante as sessões do citado procedimento, situação esta que acaba conduzindo-os ao processo de coisificação ou naturalização da morte.

Para estes usuários, o procedimento de hemodiálise tem um duplo sentido para esses pacientes, pois, se por um lado representa dor, deformação, debilitação, limitação, por outro, representa a única forma de manterem-se vivos. E é exatamente a esperança de manterem-se vivos o fator motivador para recuperar-se de uma sessão e preparar-se para outra, por todo o resto de suas vidas.

Os dados aqui apresentados vêm fundamentar a necessidade de continuarmos refletindo sobre a subvida destas pessoas idosas com IRC, sobre as estratégias que contribuam para maior efetividade em seus respectivos tratamentos, e de sua sobrevivência por meio das políticas públicas de qualidade.

É urgente que os profissionais da saúde, assim como as academias possam continuar desenvolvendo estudos no campo da garantia dos direitos, identificando e propondo estratégias para a ruptura da cisão entre o direito assegurado no aporte legal e o concreto acesso dos cidadãos aos mesmos.

A Lei nº 8.080/90 entende a saúde enquanto resultado dos determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Mas que no caso das pessoas idosas IRC objeto deste estudo, chegamos à conclusão de que o processo de adoecimento destas pessoas é resultado da incapacidade do Estado de gerir e fazer valer as normas legais que ele mesmo cria, priorizando o Capital frente ao flagelamento de sua população, esquecendo que esta é um dos pilares de sua própria criação; sem povo não há Estado.

Ressaltamos que a atenção à saúde da pessoa idosa, e mais especificamente daquelas com IRC, para que seja eficiente, deve estender-se a todos os níveis de cuidado: possuir um fluxo bem desenhado de ações educativas, promoção da saúde, prevenção e postergação de moléstia, assistência precoce e reabilitação de agravos. Essa linha de cuidados se inicia na captação e no monitoramento do idoso e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos.

Diante do exposto, percebe-se que saúde é produzida no próprio viver, é o resultado de um processo de construção de si e do mundo, é estar na vida com o outro, construída na alteridade. Alteridade como experiência da existência do outro, não como objeto, mas como outro sujeito, co-presente no mundo das relações intersubjetivas.

É nesse campo de forças que emerge a proposta de pensar o cuidado a partir de outras diretrizes, como uma clínica ampliada, a exemplo da do que defende a PNH, uma ética do cuidado que se proponha a superar o reducionismo ao qual a

racionalidade biomédica ocidental está aprisionada, e que ainda hoje, está presente no atendimento aos idosos (as) IRC nas unidades de saúde de Manaus.

Assim, é imprescindível que haja a superação da cisão entre a pessoa usuária adoecida e seu atendimento junto às unidades de saúde, passando a relação sujeito-sujeito a voltar-se para a prática de cuidados, representando assim, também, melhoria na qualidade de vida das pessoas idosas com IRC.

Um serviço e cuidado em saúde em construção, apesar dos direitos assegurados no papel!!!

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, S. S. et al. **Dificuldades vivenciadas pela família e pela criança/adolescente com doença renal crônica.** J. Bras. Nefrol. [online]. 2010, vol.32, n.1, p. 18-22.

ALBUQUERQUE, S.M.R.L. **Envelhecimento ativo: desafios do século.** São Paulo: Andreoli, 2008.

ALCÂNTARA, A. O. 2010. 336p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Campinas: Universidade Estadual de Campinas: Ed. UNICAMP– SP, 2010.

ALMEIDA, A. M. O.; CUNHA, G. G. (2003). **Representações sociais do desenvolvimento humano.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 16(1),147-155.

ALVES, G. A. P. **Marxismo, a alienação e o tempo histórico da barbárie social do capital.** In: Revista Katálysis [online].2013,vol.16, n°1,p.57-62.ISSN 1414-4980

ALVES, P. R. R. et. al. *Do constitucionalismo sanitário ao Estatuto do Idoso: o direito à saúde como aquisição evolutiva e suas formas de efetivação.* RBCEH, v.5, n. 2, p. 141-149, jul./dez. 2008 Passo Fundo RS.

ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho e o desenho multifacetado das ações coletivas. In: ANTUNES, R. (Org.). **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 2005, cap. 6, p. 75-83.

\_\_\_\_\_. A nova morfologia do trabalho e suas principais tendências. In: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II.** São Paulo: Bomtempo, 2013, parte I, p. 13-28.

AYRES, J. R. C. M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** In: Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan./jun. 2001

BARROCO, M. L. S. **Ética: fundamentos sócio-históricos.** São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica do Serviço Social, v. 4).

BARROS, M. M. L.; GOLDMAN, S. N. **Bate-papo intergeracional na internet: sexo, agressão e realidade virtual.** In: Cadernos Pagu. Campinas: UNICAMP. v. 13, 1999.

BARROS, M. M. L. de. (Org.). **Família e envelhecimento.** Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 57-84.

BARROS, E. B.; GOMES, R. S. **Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado.** Fractal: Revista de Psicologia, v. 23 – n. 3, p. 641-658, Set./Dez. 2011.

BARROSO L. R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial;** 2009.

BASTOS, M. G. et al. **Doença renal crônica: problemas e soluções.** Jornal brasileiro de nefrologia, São Paulo, v. 26, n. 04, p. 202-215, set. 2004. Disponível em: < [www.snscsalvador.com.br/](http://www.snscsalvador.com.br/)>. Acesso em: 20 fev. 2012.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M.; **Chronic kidney disease**: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. J. Bras. Nefrol. [online]. 2011, vol.33, n.1, pp. 93-108. ISSN 0101-2800.

BASTOS, R. M. R.; BASTOS, M. G. **Inserção do Programa de Saúde da Família na Prevenção da Doença Renal Crônica**. J. Bras Nefrol. Volume XXIX - n° 1 - Supl. 1 - Março de 2007.

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

BENNET-JONES, D. **Insuficiência Renal**: prevenção e tratamento. Update: Revista de Educação Permanente em Clínico Geral, Lisboa: 2000, V.11, n.135, p 44- 46.

BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: **Anais do 1º Seminário Internacional Envelhecimento Populacional**: uma agenda para o final do século. Brasília (DF): MPAS/SAS; 1996. p. 16-34.

BERTOLIN, D. C.; PACE, A. E.; Kusumota, L.; RIBEIRO, R. C. H. M. **Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodiálitico**: revisão integrativa da literatura. Acta paul. Enferm. [online]. 2008, vol.21, [citado 13 de outubro de 2009], n.spe, p.179-186.

BEZERRA, K. V.; SANTOS, J. L. F. **O cotidiano de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 103, ago. 2008.

BORN, T; e BOECHAT, N. S. **A qualidade dos cuidados ao idoso Institucionalizado**. In Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.768-77.

BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembrança de velhos. São Paulo: T.A. Queiróz, 1987.

BRAGA, P. M. V. **Direitos do Idoso**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br). Acessado em 04/05/2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Portador de Doença Renal**. Secretária de Atenção à Saúde. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990: **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**.

\_\_\_\_\_. Portaria SAS/MS nº 432 de 06 de junho de 2006. **Institui a Política Nacional ao Portador de Doença Renal**.

\_\_\_\_\_. Lei 8.842. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Brasília, DF: Janeiro de 1994

\_\_\_\_\_. Lei 10.741. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF: 2003.

\_\_\_\_\_. Portaria 2528. **Política Nacional de saúde do idoso**. Brasília, DF: 2006.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF: 2006.

\_\_\_\_\_. Lei 8742. **Lei Orgânica de Assistência Social**. Brasília, 1993.

BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Matheus Papaléo Netto (org.). São Paulo. Editora Atheneu, 2005;

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como Vive o Idoso brasileiro? In Camarano, A.A (org ). **Os Novos Idosos Brasileiros**: muito além dos 60. Cap.1 p.25-73. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. Acesso em 01-03-2010.

CAMARANO, A. A. (coord.). **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Brasília: IPEA, 2007

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro, 2002.

CARTILHA do Idoso Guia Prático e Normas Correlatas 2ª Edição, ABRIL, 2009- Manaus/AM.

CARVALHO J. A. M.; Garcia R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Cad Saúde Pública. 2003; 19:725-33.

CASTRO, J.A. & ARAUJO, H. E. **Situação social brasileira: monitoramento das condições de vida**. Brasília : Ipea, 2012. Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7811-143-4.

CAUDURO , M.H.F. [et al.]. **Condições de vida e de saúde dos idosos de Manaus e Porto Alegre** [recurso eletrônico] / – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011. 84 p. Modo de Acesso: ISBN 978-85-397-0128-5 (on-line).

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: 1. artes de fazer**. Petrópolis: Vozes, 1994.

CESARINO, C. B.; CASAGRANDE, L. D. R. **Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro**. Rev.latinoam.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 31-40, outubro 1998.

CHAIMOWICZ F. A. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Ver. Saúde Pública. 1997; 31(2):184-200.

CHAIMOWICZ, F. **“A saúde do idoso”**. Em colaboração com Eulita Maria Barcelos e Maria Dolores S. Madureira, Marcos Túlio de F. Ribeiro. 2ª ed. Belo Horizonte. NESCON.UFMG, 2013. ISBN 978-85-60914-25-8.

CHERCHIGLIA, M. L. et al. **Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade: as terapias renais substitutivas no Brasil**. Revista Médica de Minas Gerais, Minas Gerais, v. 16, p. 83 - 89, 2006.

CIELO, P.F.L.D.; VAZ, E.R.C. **Legislação brasileira e o idoso**. Revista CEPPG – CESUC – Centro de Ensino Superior de Catalão, v. 2, n. 21, p. 33-46, 2009.

COELHO, V. S. P. Interesses e instituições na política de saúde: o transplante e a diálise no Brasil. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 13, n. 37, p. 115-128, jun. 1998.

COELHO, V. S. P. Transplante e Diálise no Brasil. In. **Interesses e Instituições na Política de Saúde: o transplante e a diálise no Brasil**. Tese de Doutorado em Ciências Sociais da Unicamp, [2005?] (artigo com resultados parciais). <http://www.scielo.br>. Acessado em 22/09/2007.

D`ÁVILA, R. et al. **Sobrevida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise**. Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 13-21, 1999.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Fapesp, 2004

\_\_\_\_\_. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP, 1999.

DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. São Paulo: Alínea, 2004.

DOUGLAS, C. R. **Patofisiologia de sistemas renal**. São Paulo: Robe, 2001.

ENGELS, Friedrich. **Do Socialismo Utópico ao Socialismo Científico**. Editora Fulgor. São Paulo: 1962.

FALEIROS, V. P. Direitos da pessoa idosa: sociedade, política e legislação. In: DANTAS, Bruno et al. (Org.). **Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois**. Brasília: Senado Federal. 2008. v. 5, p. 11-33.



FERREIRA, D. S. **Educação não tem idade**: representações sociais e práticas educativas em saúde na Amazônia. 2010. 117f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Estado do Pará. Belém-Pa, 2008.

FOUCAULT, M. **Aula de 17 de março de 1976**. In: \_\_\_\_\_. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 285-315

FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social**. In: \_\_\_\_\_. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1995. p. 79 – 98.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. **O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos**. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo (SP), v. 44, n. 2, p. 407-12, 2010.

FREITAS, V. **Adorno & arte contemporânea**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

GROSS, J. L.; NEHME, M. **Deteção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia**. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v.45, n.3, p. 16-26, jul./set.1999. Disponível em: . Acesso em: 31 out.2011.

GUSMÃO, N. M. M. **Infância e velhice**: pesquisa de ideias. Campinas: Átomo & Alínea, 2003;

HELLER, A. **Sociología de la vida cotidiana**. Traducción de J. F. Yvars y E. Pérez Nadal. 4ª ed. Barcelona: Ediciones Península, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de indicadores -2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Cuidados com idosos foram discutidos em seminário, 2010. [www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br). Consulta feita em 27/10/2010 Janeiro: IPEA, 2004.

KALACHE, A. et al. **O envelhecimento da população mundial**. Um desafio novo. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 21:200-10, 1987.

KALACHE, A. **Envelhecimento populacional**: uma realidade brasileira. Revista Saúde Pública, v. 21, n. 3, jun. 1998.

KAMIMURA, M. A. et al. **Métodos de avaliação da composição corporal em pacientes submetidos à hemodiálise**. Revista de Nutrição, Campinas, v. 17, n. 1, p. 97-105, jan./mar. 2004.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. **Assistência domiciliar ao idoso**: perfil do cuidador formal - parte I. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 35, n. 3, set. 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00802342001000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00802342001000300009&lng=pt&nrm=iso). Acessado em: 04 abril de 2013.

KIRCHNER, R. M. et. al. **Análise do Estilo de Vida de renais crônicos em hemodiálise**. O mundo da saúde, São Paulo: 2011;35(4):415-421.

KUSUMOTA, L. et al. **Adultos e idosos em hemodiálise**: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Ribeirão Preto, 2007.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. **Idosos com insuficiência renal crônica**: alterações do estado de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 525-532. mai./jun. 2004.

LANZA, A. H. B. et al. **Perfil biopsicossocial de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico**. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, Belo Horizonte, v.33, n. 3, p. 141–145, set./dez. 2008.

LARA, R.; CANOAS, J. W. **Trabalho, envelhecimento e desemprego**. In: LOURENÇO, E. et. al. **O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010, cap. 6, p. 137-157.

LEÃO, A. A. M. P. **Serviço Social e velhice: perspectivas do trabalho do assistente social na articulação entre as políticas de saúde e assistência social em Manaus**. Manaus: UFAM, 2012.

LENARDT, M. H.; TUOTO, F. S. **O cuidado de si do idoso como instrumento de trabalho no processo de cuidar: etapa domiciliar**. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2003. Relatório final do projeto de Iniciação Científica.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L. and UCHOA, E. **Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 745-757. ISSN 1678-4464.

LOBATO, M. S. A. **Saúde do Idoso: reflexões sobre o atendimento e o nível de satisfação dos idosos inseridos no Programa HIPERDIA**. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. UFM-São Luiz-Maranhão, 2013.

LOPES, A. A. **Oportunidades para melhorar a qualidade de vida e a sobrecarga dos pacientes tratados cronicamente por hemodiálise: lições do DOPPS**. In: CRUZ, J. et al. *Atualidades em Nefrologia*. 10. ed. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 386-390.

LOPES, L. M. V. **Deteção de doenças renais: estudo populacional em bairro da cidade de Recife-PE**. 2001- Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina, tese de doutorado, São Paulo, 2001.

LUGON, J. L. **Doença renal crônica no Brasil: um problema de saúde pública**. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 31, n.1, p. 1-5, mar. 2010.

LUKÁCS, Georg. Prefácio (junho de 1971). In: HELLER, Agnes. **Sociología de la vida cotidiana**. Trad. J. F. Yvars e E. Pérez Nadal. Barcelona: Península, 1977.

\_\_\_\_\_. **Ontologia do ser social: os princípios ontológicos fundamentais em Marx.** Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

\_\_\_\_\_. **Ontologia Dell' Essere Sociale II.** Riuniti. Roma. 1981. A (Traduzido por Sergio Lessa).

MAGALHÃES, D. N. **A invenção social da velhice.** Rio de Janeiro: Edição do autor, 1987.

MARINHO, R. F., SANTOS, N. de O., PEDROSA, A. F. et al. **Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em pacientes renais crônicos.** *Psicol. Hosp.* (São Paulo). [online]. Ago.2005, vol.3, no.2 [citado 13 de outubro de 2009], p.1-19.

MARTINS, M. R. I. & Cesarino, C. B. (2005). **Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 5, 670-676.

MARX, K. (1985). **O Capital: Crítica da Economia Política.** Abril Cultural, São Paulo. Livros I, II e III p. 655-768. Coleção Os Economistas.

\_\_\_\_\_. **O Capital**, Volume I. Editora Nova Cultural. São Paulo: 1987.

MASCARO, S. A. **O que é velhice.** São Paulo: Brasiliense, 1997.

MATO Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Vigilância Sanitária. **Atenção transdisciplinar ao renal crônico: manual para abordagem de pacientes em tratamento hemodialítico** – 1. ed. Campo Grande : Secretaria de Estado de Saúde, 2011.

MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. R. B. **Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos.** *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano.* v. 12, n. 6, p. 480-484, 2010.

MENDES, I. A. C. **Desenvolvimento e saúde: A declaração de Alma Ata e movimentos posteriores.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v.12, n. 3, p. 447-448, maio. 2004.

MENDES, Márcia R.S.S.B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. In: Acta Paul Enferm., v. 18, n. 4, p. 422-6, 2005. Disponível em: . Acesso em: 10 out. 2012.

MENEZE, C. L.; MAIA, E. R.; LIMA JÚNIOR, J. F. **O Impacto da Hemodiálise na vida dos portadores de Insuficiência Renal Crônica:** uma análise a partir das necessidades humanas básicas. Nursing (São Paulo), São Paulo, v.10, n.115, p.570-576, dez.2007.

MÉSZÁROS, I. **1930- Para além do capital :** rumo a uma teoria da transição; tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. - 1.ed. revista. - São Paulo : Boitempo, 2011. (Mundo do trabalho)

\_\_\_\_\_.**Para Além do Capital.** Editora Boitempo. São Paulo: 2002.

\_\_\_\_\_.**Teoria da Alienação em Marx.** Editora Boitempo. São Paulo: 2006.

MINAYO, M. C. S. & COIMBRA Jr., C. E., 2002. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

MONTEZUMA, C. A; FREITAS, M. C.; MONTEIRO, A. R. M. **A família e o cuidado ao idoso dependente:** estudo de caso. Revista eletrônica de enfermagem, v.2, n.10, p.395-404, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a11.htm>. Acessado em: 15 de março de 2013. Revista de enfermagem.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso:** Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOREIRA et. al. **Diabetes mellitus, hipertensão arteriale doença renal crônica:** estratégias terapêuticas e suas limitações. Revista Brasileira de Hipertensão, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 111-116, 2008.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. **A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso.** Escola Anna Nery R. de enfermagem, v.3, n.11, p.520-525, set. 2007.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a19.pdf>. Acessado em: 20 de fevereiro de 2013.

MORIN, Edgar. Saberes globais e saberes locais: o olhar transdisciplinar. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

MUNIZ O. J. **As descontinuidades demográficas exercem efeito sobre o mercado de trabalho metropolitano dos jovens?** Dissertação de mestrado. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, 2003.

MUNIZ, T.S. & Barros, A. **O Trabalhador Idoso No Mercado De Trabalho Do Capitalismo Contemporâneo.** Ciências humanas e sociais | Maceió | v. 2 | n.1 | p. 103-116 | maio 2014 | [periodicos.set.edu.br](http://periodicos.set.edu.br). Cadernos de Graduação. ISSN IMPRESSO 2317-1693 ISSN ELETRÔNICO 2316-672X

NERI, A. L. (2008). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A. L. Neri (Ed.), **Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas** (pp. 161-200). Campinas: Papirus.

NERI, A. L., Born, T., Grespan, S. M., & Medeiros, S. L. (2009). **Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social.** In M. S. D. Diogo, A. NERI, A.L. & M. Cachioni (Eds.), Saúde e qualidade de vida na velhice (pp. 11-38). Campinas: Alinea.

NERI, A.L.; FORTES, A.C.G. A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família. In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1277-88.

NERI, A. L. **Desenvolvimento e Envelhecimento.** -- São Paulo, Campinas: Papirus, 2008.

NETTO J. P. **Uma face contemporânea da barbárie.** [s.l:s.n], 2010.

NETTO J. P.; BRAZ, M. (org.). **Economia Política: uma introdução crítica.** 6 ed. São Paulo: Cortez. 2010.

NUNES, S. L. S. **Avaliação da função renal em pacientes hipertensos.** **Rev Bras Hipertens.** São Paulo, vol.14(3): 162-166, 2007. ORSOLIN, C. et al . Cuidando do ser humano hipertens.

OLIVEIRA, L. A. et al. **Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo.** Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 689-698, jul./set. 2005.

OLIVEIRA, P. S. **Caminhos de construção da pesquisa em ciências humanas.** In \_\_\_\_\_. (Org.). Metodologia das ciências humanas. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-26.

ORLANDI, F. S. **O Idoso Renal Crônico em Hemodiálise: a Severidade da Doença e sua Relação com a Qualidade de Vida.** J Bras Nefrol. 30(4): 245-50, 2008.

OTERO MARTINEZ, H. e VERDES, M. C. **Atención psicológica a pacientes com insuficiência renal crônica.** Revista Cubana de Psicología, 1990, vol. 7, n. 2, p. 105-108.

Paim JS. SUS: desafios e perspectivas. Consensus. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde 2011; 1:33-6

PAIS, J. M. **Cotidiano e reflexividade.** Educ. Soc. [online]. 2007, vol.28, n.98, pp. 23-46. ISSN 1678-4626.

PAIVA, S.O. C. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital: um estudo sobre a racionalidade na produção de conhecimento do Serviço Social.** Recife, 2012.

PEDROSO, R.S; SBARDELLOTO, G. **Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: Revisão Teórica.** Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte, v.4, n.7, 2008. Disponível: [https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1293/1/390-399\\_FCS\\_06\\_-6.pdf](https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1293/1/390-399_FCS_06_-6.pdf)  
Acesso: 12 de Agosto de 2011.

PEIXOTO, C. E. **Envelhecimento e Imagem**: as fronteiras entre Paris e Rio de Janeiro. São Paulo: Annablume, 2000.

POCHMANN, M. Desempregados do Brasil. In: ANTUNES, R. et al. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006. pt. 1, cap. 4.

**Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: v. 2** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

QUEIROZ, M. V. O.; DANTAS, M. C. Q.; RAMOS, I. C. y JORGE, M. S. B. **Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico**: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. Texto contexto - enferm. [online]. 2008, vol.17, n.1, p. 55-63.

QUINTANA, A. M.; MULLER, A. C. **Da Saúde à Doença**: representações sociais sobre a insuficiência renal crônica e o transplante renal. Psicologia Argumento, Curitiba, v.24, n.44, p.73 – 80, jan/mar, 2006.

RAMOS, E. M. O. **O velho na sociedade**. Disponível em:  
<https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/>Acesso em: set. 2011.

RAMOS, L.R. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano**: Projeto Epidoso. São Paulo. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 793-98, 2003.

RESENDE, M. C.; SANTOS, F. A.; SOUZA, M. M.; MARQUES, T. P. **Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica**: em busca de ajustamento psicológico. Psicol. Clin. [online]. 2007, vol.19, n.2, [citado 13 de outubro de 2009] p.87-99.



Ribeiro, P. C. C.; Neri, A. L.; Cupertino, A. P. F. B.; Yassuda, M. S. (2009). **Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde**. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 501-509.

RIBEIRO, R.C.H.M. et al. **Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo**. *Acta Paul Enferm.* São Paulo, p. 207-211, fev. 2008.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4ed. Rio de Janeiro- RJ- Guanabara, 2003.

RIELLA, M. C.; MARTINS, C. **Nutrição e o Rim**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RODRIGUES. L. S. & SOARES, G. A. **Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea**. *Revista Ágora*, Vitória, n.4, 2006, p. 1-29.

ROLIM, F. S.; FORTI, V. A. M. **Envelhecimento e Atividade Física: auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida**. In: DIOGO, M. J. D.; N. A.L.; CACHIONI, M. (Orgs.) *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*. Campinas: Alínea, 2009. p. 57-73.

ROMÃO JR, et al. **Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil**. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 25, n. 4, p.188-199, 2002.

ROMÃO JR, J.E. **Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação**. *J. Bras. Nefrol.* São Paulo, v. XXVI - nº 3 - Supl. 1 - Agosto de 2004.

RUCCO, K. Q, et al. **Avaliação nutricional de pacientes em hemodiálise**. *J Health Sci Inst.* 2010;28(3):268-71 268.

RUDNICKI, T. **Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico**. *Diversitas*, dez. 2006, vol.2, no.2, p.279-288.

RULLI NETO, A. **Proteção legal do idoso no Brasil**: universalização da cidadania. São Paulo: Fiuza, 2003.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. **Análise de custo-efetividade em relação às terapias renais substitutivas como pensar estudos em relação a essas intervenções no Brasil?**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1279-1290, jun. 2008.

SANTOS, F. R. dos et al. **Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida e em parâmetros laboratoriais de pacientes com doença renal crônica**. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 3, n. 35, p.87-95, 20 fev. 2008.

SANTOS, P. R. et al. **Associação de indicadores nutricionais com qualidade de vida em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise**. Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 58, jun. 2006.

SANTOS. Secretaria Municipal de saúde. **Manual de saúde do idoso**. São Paulo, 2003.

SARTORI, V. B. **Ontologia, cotidiano e práxis. Espaço de interlocução em ciências humanas** n. 6, Ano III, mai./2007 – Publicação semestral – ISSN 1981-061X, Verinotio – revista on-line de filosofia e ciências humanas.

SASSAKY, Y. et al. **Política de saúde na atenção básica voltada ao idoso em Manaus**. In: Anais da IV Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. São Luís: 2009. p.1-10.

SASSAKY, Y. & SAMPAIO, F. C. R. **Saúde Terciária: Atendimento aos Portadores de Doenças Renais Crônicas em Manaus**. 61ª anual do SBPC, 2009.

SBN, SOBEN, ABCDT e Associação de Pacientes Renais Crônicos. **Perfil da Doença Renal Crônica: O Desafio Brasileiro**. 2007. Disponível em: [www.sbn.org.br/noticias/DossieFinal.pdf](http://www.sbn.org.br/noticias/DossieFinal.pdf). Acessado em: 15/09/2007.

SESSO, R, et al. **Relatório do censo brasileiro de diálise**. 2008. Jornal Brasileiro de Nefrololiga 2008;30 (4):233-8.

SESSO, R. **Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção.** **Secretária de estado da saúde de São Paulo.** Disponível em: <  
[ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/cronicas/irc\\_prevprof.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/irc_prevprof.pdf)>. Acesso em: 01 set.  
2012.

SILVA, J. C. **Velhos ou idosos. A terceira idade.** São Paulo, v. 14, n. 26, p. 94-111.  
jan. 2003.

SILVA, M. J. P. A importância da comunicação verbal e não verbal no cuidado domiciliar de idosos. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOJO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000.

SMELTZER, S. C. et al. Brunner & Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TEIXEIRA R. A. **A Produção Capitalista do Conhecimento e o Papel do Conhecimento na Produção Capitalista .** Economia, Brasília(DF), v.10, n.2, p.421–456, mai/ago 2009.

TERRA, F. S. **Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário.** 2007. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – UNIFENAS, Universidade Estadual de Alfenas, MG. 2007.

THOMAS, C. V.; ALCHIERI, J. C. **Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise.** Aval. psicol., jun. 2005, vol.4, n.1, p.57-64.18.

UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A. & LIMA-COSTA, M. F., 2002. Envelhecimento e saúde: Experiência e construção cultural. In: **Antropologia, Saúde e Envelhecimento** (M. C. Minayo & C. E. A. Coimbra Jr., org.), pp. 25-35, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

VERAS R. P, CALDAS, C. P. **Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade.** Cien Saude Coletiva. 2004;9(2):423-32. DOI: 10.1590/S1413-812320040002000.

VERAS, R. P.; PARAHYBA, M. I. **O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde:** desafios para o setor privado. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out./2007.

VERAS, R.; CAMARGO JR., K. R. Idosos e universidades: parceria para a qualidade de vida. In: R. Veras, R. (et al) **Terceira idade:** um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, UnATI/ UERJ, 1995, p. 11-28.

VERAS, R. P. et al. **Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional.** Rev. bras. geriatria gerontologia [online]. 2013, vol.16, n.2, pp. 385-392. ISSN 1809-9823.

VERONEZE, R. T. Agnes Heller: **cotidiano e individualidade – uma experiência em sala de aula.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, n. 1, p. 162 - 172, jan./jun. 2013.

## APÉNDICE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS-UFAM  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS- ICHL  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na  
Amazônia-PPGSS

**FORMULÁRIO - PACIENTE DADOS PESSOAIS**

- 1- Nome: \_\_\_\_\_ (não obrigatório)  
2- Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
3- Bairro: \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_ Ano de admissão no Programa SOS VIDA: \_\_\_\_\_  
4- Município/Estado de origem: \_\_\_\_\_ Tempo de residência em Manaus \_\_\_\_\_  
5- Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DO PACIENTE**

- 6- Com quem você reside? \_\_\_\_\_
- 7- O imóvel onde você reside é:  
( ) própria ( ) cedida ( ) alugada ( ) invasão ( ) outro Qual \_\_\_\_\_
- 8- O imóvel onde você reside é  
( ) madeira ( ) alvenaria ( ) misto –alvenaria e madeira
- 9- O imóvel onde você reside possui quantos compartimentos? \_\_\_\_\_
- 10- O imóvel onde você reside possui?  
( ) luz elétrica legalizada ( ) luz elétrica não legaliza ( ) ligação de água legalizada ( )  
ligação de água não legaliza ( ) poço artesiano ( ) fossa biologia ( ) Fossa negra ( )  
rede de transporte
- 11- Qual sua profissão? \_\_\_\_\_
- 12- Qual a sua situação em relação à empregabilidade?  
( ) possui vínculo empregatício ( ) autônomo ( ) desempregado ( ) Aposentado

pensionista  beneficiário do BPC  auxílio doença  outros Qual \_\_\_\_\_

13- Qual a renda mensal de sua família com quem reside? \_\_\_\_\_

14- Quem pessoas residem com você na casa? \_\_\_\_\_

15- Quem mais contribui financeiramente para a renda da família?

você  companheiro(a)  filhos  outros Quem \_\_\_\_\_

16- Quanto da renda familiar da família com quem você reside é comprometida com o seu tratamento?

menos da metade  metade  mais da metade  outra Qual \_\_\_\_\_

17- Em relação aos seus gastos financeiros com seu tratamento, quem mais onera a renda de sua família, enumerando do maior para o menor?

alimentação  medicamentos  transporte

consultas médicas  exames médicos

outros procedimentos Quais? \_\_\_\_\_

18- Sua família é beneficiária do programa bolsa família?

sim , o valor de R\$ \_\_\_\_\_  não

### SITUAÇÃO DE SAÚDE DO PACIENTE

19- Há quantos anos você sofre de insuficiência renal crônica? \_\_\_\_\_

20- Há quantos anos faz diálise? \_\_\_\_\_ Qual o tipo? \_\_\_\_\_

21- Quantas vezes você dialisa por semana? \_\_\_\_\_

22- Qual a clínica? \_\_\_\_\_

23- Quem paga o tratamento? \_\_\_\_\_

24- O que levou você a adquirir a Insuficiência renal crônica? \_\_\_\_\_

25- Além da IRC, você possui outras doença? \_\_\_\_\_

26- Qual sua situação clínica quando a locomoção?

acamado  cadeirante  deambula com dificuldade  deambula

deficiente visual  amputado  outras \_\_\_\_\_



27- Qual seu nível de dependência para realização de atividades?

( ) totalmente dependente de outras pessoas ( ) parcialmente dependente de outras pessoas ( ) possui independência para realizar

atividades

28- No caso de você ser dependente para realização de atividades, quem é seu acompanhante mais direto? \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS-UFAM  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS- ICHL  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na  
Amazônia-PPGSS

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O PACIENTE

- 1- Falhe um pouco do histórico de sua doença.
- 2- Descreva o caminho percorrido junto às unidades de saúde desde o momento em que foi acometido por esta doença até chegar a esta clinica onde você dialisa.
- 3- A partir da aquisição da IRC, aponte os serviços de saúde demandados por você.
- 4- Cite as unidades de saúde que normalmente você recorre para realizar algum procedimento básico no tratamento de sua doença.
- 5- No seu entendimento, aponte os principais fatores que o levaram adquirir a insuficiência renal crônica.
- 6- Descreva sua reação quando recebeu o diagnóstico da doença.
- 7- Falhe sobre a reação de sua família a partir de seu estado de adoecimento.
- 8- Falhe sobre os principais fatores que contribuíram para você suportar o tratamento da doença.
- 9- Você sente que seu acometimento pela doença influenciou de algum modo o seu dia a dia? Caso positivo, descreva como?
- 10- Na sua concepção, o que significa ter essa doença?
- 11- Descreva as principais estratégias utilizadas por você no enfrentamento da doença e que de alguma forma ameniza seu agravo.
- 12- Em que medida a insuficiência renal crônica em idosos limita sua vida social, familiar e comunitária?



13- Você acredita que o fato de você ter adquirido a insuficiência renal crônica e ter que submeter-se ao procedimento de hemodiálise limitou suas condições de vida?

14- Você acredita que o fato de você ter adquirido a insuficiência renal crônica e ter que submeter-se ao procedimento de hemodiálise modificou a dinâmica diária da família com quem você reside?

15- Você acredita que a insuficiência renal crônica é resultado das condições sociais ao qual você foi submetido ao longo de sua vida?

16- Quais as mudanças mais doloridas que você foi obrigada a realizar em sua vida cotidiana a partir da aquisição da doença?

17- Falhe sobre o significado de você realizar hemodiálise. Esse procedimento melhora ou piora sua condição de saúde?

18- Descreva quais os seus sentimentos em relação à frequência obrigatória junto a clínica para dialisar e sua qualidade de vida.

19- Falhe sobre sua convivência diariamente com pessoas com igual agravo e processo de tratamento. Isso contribui ou não em seu processo de tratamento?

20- Falhe sobre seus sentimentos ao receber a notícia que algum colega de tratamento consegue ser transplantado, ou recebe alta do tratamento?

21- Você já presenciou o óbito de algum colega seu de tratamento. Descreva seus sentimentos a esse respeito.