



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA

VELHICE E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: uma reflexão a partir
de atendimentos a idosos internados na Fundação Hospital Adriano
Jorge, na cidade de Manaus/AM

ROSIMARY DE SOUZA LOURENÇO

Orientadora: Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

MANAUS

2012

ROSIMARY DE SOUZA LOURENÇO

VELHICE E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: uma reflexão a partir
de atendimentos a idosos internados na Fundação Hospital Adriano
Jorge, na cidade de Manaus/AM

Dissertação apresentada como exigência parcial ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura da Amazônia, da UFAM, Universidade Federal do Amazonas e obtenção do título de Mestre em Sociedade e Cultura da Amazônia. Linha de pesquisa: Processos Sociais, Ambientais e Relações de Poder.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

MANAUS

2012

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

Lourenço, Rosimary de Souza

L892V Velhice e serviços públicos de saúde: uma reflexão a partir de atendimentos a idosos internados na Fundação Hospital Adriano Jorge, na cidade de Manaus/AM / Rosimary de Souza Lourenço. - Manaus: UFAM, 2012.

142 f.; il. color.

Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura da Amazônia) — Universidade Federal do Amazonas, 2012.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

1. Velhice 2. Geriatria 3. Idosos – Assistência médico-social
I. Oliveira, Simone Eneida Baçal de (Orient.) II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU 616-053.9(043.3)

FOLHA DE APROVAÇÃO

ROSIMARY DE SOUZA LOURENÇO

VELHICE E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: uma reflexão a partir de atendimentos a idosos internados na Fundação Hospital Adriano Jorge, na cidade de Manaus/AM.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura da Amazônia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociedade e Cultura da Amazônia. Linha de Pesquisa: Processos Sociais, Ambientais e Relações de Poder.

Aprovada em: 27/11/2012

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Presidente

Prof^a. Dra Yoshiko Sasaki

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Membro

Prof^a. Dra Lucilene Ferreira de Melo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Membro

DEDICATÓRIA

*À minha mãe Maria de Lourdes (in memoriam)
pelo carinho e dedicação por toda uma vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, a razão de nossa vida.

Aos meus familiares pelo apoio incondicional.

À Universidade Federal do Amazonas, especificamente, ao Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia, representado pelo corpo docente, que me proporcionou a oportunidade de realização desta meta.

À minha orientadora Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira, pelas orientações e contribuições. Pela sua compreensão e paciência quando precisei me ausentar dos momentos de orientação.

Às professoras que participaram do exame de qualificação, pelas suas valiosas contribuições, Profas. Dras. Yoshiko Sasaki e Lucilene Ferreira de Melo. A profa. Yoshiko foi incansável no incentivo para que eu retornasse ao meio acadêmico e a profa. Lucilene por ter me oportunizado a primeira experiência em docência.

À profa. MSc. Maria Francenilda Gualberto de Oliveira por ter me aceito e orientado para que eu pudesse concluir o estágio em docência no Centro Universitário do Norte/ Uninorte.

Aos Colegas do Mestrado, o agradecimento pelo fraternal convívio e pelo aprendizado que a multidisciplinaridade nos proporcionou. Em especial a amiga Núbia Cintrão pelas suas palavras de incentivo.

Aos amigos e colegas de trabalho da Semsu e do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Amazonas pelo apoio.

À Fundação Hospital Adriano Jorge, pela autorização e acolhimento dos diversos setores durante a realização da pesquisa e, em especial aos sujeitos da pesquisa: Trabalhadores da Saúde da FHAJ e Idosos, pelos depoimentos, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde/Manaus pela liberação de minhas atividades laborativas para que pudesse me dedicar ao mestrado.

Muito obrigada!

Uma sociedade boa para os idosos é uma sociedade boa para homens e mulheres de todas as idades. (NERI, 2007)

RESUMO

O presente trabalho consiste numa reflexão acerca dos serviços públicos de saúde disponibilizados à população idosa, tendo como parâmetro atendimentos realizados a idosos internados na Fundação Hospital Adriano Jorge, na cidade de Manaus/AM. O nosso recorte refere-se à assistência hospitalar – internação, em função de uma de nossas inquietações nesse estudo que é discutir referência e contra-referência nos serviços de saúde, enquanto parte da organização dos serviços de saúde, os quais devem está organizados em redes para o alcance da integralidade na atenção à saúde. Essa reflexão é baseada em uma revisão bibliográfica sobre velhice e sistema de proteção social ao idoso, inclusive o SUS e na pesquisa de campo que teve por objetivo analisar a visão de idosos internados na FHAJ sobre os serviços públicos de saúde. Especificamente objetivou verificar o perfil socioeconômico e cultural dos idosos internados na FHAJ; identificar os tipos de agravos à saúde dos idosos; conhecer a visão dos idosos atendidos a respeito dos serviços públicos de saúde; apontar se está havendo referência e contra-referência no atendimento de saúde ao idoso e identificar os cuidados dos trabalhadores da saúde para com os idosos. A pesquisa foi aplicada a 28 pessoas, sendo: 20 idosos usuários internados na FHAJ e 08 trabalhadores da saúde que compõem a equipe multidisciplinar daquela Unidade Hospitalar. A pesquisa é de natureza quantiquantitativa. A metodologia foi desenvolvida utilizando a aplicação de formulários com questões abertas e fechadas junto aos idosos, bem como a aplicação de formulários com questões abertas e fechadas e entrevistas (registradas em gravador digital e transcritas posteriormente) aos trabalhadores da saúde da FHAJ. Também foram utilizados como recursos, observação direta e uso do caderno de campo. As reflexões têm o propósito de contribuir com os gestores locais no sentido de subsidiar processos avaliativos quanto aos processos de trabalho, os fluxos e rotinas de trabalho, enfim para a organização dos serviços públicos de saúde em Manaus. Especificamente esperamos estar contribuindo para que os idosos possam de fato ter garantido o direito à saúde na sua plenitude, o direito a um atendimento humanizado, resolutivo, a uma assistência integral à sua necessidade de saúde.

Palavras-chaves: Velhice; proteção social; saúde; serviços de saúde.

ABSTRAT

This present work consists at a reflection about the public health services available to the elderly population, as a parameter of treatments provided to in - patients elderly in Adriano Jorge Foundation Hospital in the city of Manaus / AM. Our focus refers to hospital care - admission, according to one of our concerns in this study that is to discuss referral and counter-referral in the health services, as part of the organization of health services, which must be organized into networks to achieve completeness in health care. This reflection is based on a literature review on old age and social protection for the elderly, including the SUS and in field research that aimed at analyzing the vision of elderly patients in FHAJ about public health services. Specifically aimed at checking the socioeconomic and cultural profile of the elderly hospitalized in FHAJ; to identify the types of health problems of the elderly; to get to know the view of the elderly treated regarding to the public health services; to point out if there is reference and counter-reference in the health meeting the elderly and to identify the cares health workers for the elderly. This survey was administered to 28 people, of which: 20 elderly in-patients in FHAJ users and 08 health workers who the multidisciplinary team of Unity Hospital. The research is quantitative. The methodology was developed using the application forms with open and closed questions with the elderly, as well as application forms with open and closed questions and interviews (recorded by a digital recorder and transcribed later) to health workers from FHAJ. Were also used as resources, direct observation and use of field notebook. The reflections are intended to contribute to local managers in order to support evaluation processes regarding work processes, the flows and work routines, and finally to the organization of public health services in Manaus. More specifically we hope to help the elderly may in fact be guaranteed the right to health in its fullness, the right of a human treatment, resolving the comprehensive care of their health needs.

Keywords: Old age; social protection; health; health services

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	População residente, total e respectiva distribuição percentual, por situação do domicílio e grupos de idade, segundo as Unidades da Federação e os municípios das capitais – 2010	37
Tabela 2 -	Estimativa da População Brasileira em 2012	38
Tabela 3 -	População residente no Amazonas por Regional de Saúde em 2011	81
Tabela 4 -	Atendimentos realizados pela FHAJ nos anos de 2010 e 2011	93
Tabela 5 -	Internações de idosos e demais usuários por clínica na FHAJ em 2010 e 2011.....	94
Tabela 6 -	Internações de idosos por clínicas na FHAJ em 2010 e 2011.....	95
Tabela 7 -	Internações mensais na Clínica Cirúrgica I da FHAJ em 2010 e 2011	95
Tabela 8 -	Os três principais Agravos à Saúde da População Idosa em 2010 e 2011.....	96
Tabela 9 -	Perfil profissional dos Trabalhadores da Saúde.....	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estruturação do Sistema de Saúde Brasileiro	74
Quadro 2 - Rede Assistencial do Estado existente na Capital por Zonas – 2011....	83
Quadro 3 - Detalhamento da Rede de Saúde Pública na Capital, sob Gestão Estadual em 2011.....	83
Quadro 4 - Rede Assistencial do Estado no Interior do Amazonas – 2011.....	84

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Composição da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 1999/2009.....	35
Gráfico 2 -	Proporção de idosos de 60 anos ou mais e de 65 anos ou mais de idade – Brasil – 1999/2009	36
Gráfico 3 -	Distribuição da população brasileira por sexo, segundo os grupos de idade -2010.....	37
Gráfico 4 -	Evolução do índice envelhecimento da população–Brasil - 1980/2050.....	39
Gráfico 5 -	Local de Residência dos Idosos.....	99
Gráfico 6 -	Idosos por Sexo	99
Gráfico 7 -	Idade. Idosos.....	100
Gráfico 8 -	Estado Civil dos Idosos.....	100
Gráfico 9 -	Religião dos Idosos.....	101
Gráfico 10-	Escolaridade dos idosos.....	101
Gráfico 11 -	Renda Familiar dos Idosos	102
Gráfico 12 -	Situação Econômica dos Idosos.....	102
Gráfico 13 -	Ocupação do tempo livre dos Idosos.....	103

LISTA DE SIGLAS

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAICs - Centros de Atenção Integral à Criança

CAIMIs - Centros de Atenção Integral à Melhor Idade

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEMA - Central de Medicamentos

CNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

FMI - Fundo Monetário Internacional

FHAJ - Fundação Hospital Adriano Jorge

HPS - Hospitais/Pronto-Socorros

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LACEN- Laboratório Central

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

LOS - Leis Orgânicas da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PADI - Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso

PMI - Política Municipal do Idoso

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI - Política Nacional do Idoso

PNSPI - Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SESC - Serviço Social do Comércio

SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SPAs - Serviços de Pronto Atendimento

SUS - Sistema Único de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

UEA – Universidade do Estado do Amazonas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I - O QUE MUDA COM A VELHICE	21
1.1- Velhice e envelhecimento: conceitos, definições e aspectos demográficos	22
1.1.1 - Conceitos e definições	22
1.1.2 - Aspectos demográficos.....	31
1.2 - O papel da família frente às novas exigências da longevidade	42
1.3 - Estado e Sociedade Civil no contexto da Política Pública	47
CAPÍTULO II - POLÍTICAS PÚBLICAS E IDOSO	55
2.1 - Políticas Públicas de Atenção à Pessoa Idosa à luz da legislação brasileira	56
2.2 - O Sistema Único de Saúde (SUS): reflexões sobre a operacionalidade dos serviços e a pessoa idosa	69
2.2.1 - Como se apresenta o SUS no Estado do Amazonas	81
CAPÍTULO III - UMA ANÁLISE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE VOLTADOS AOS IDOSOS, A PARTIR DO ATENDIMENTO A IDOSOS INTERNADOS NA FHAJ	89
3.1- Caracterização da Fundação Hospital Adriano Jorge e dos sujeitos da pesquisa, bem como a visão destes a respeito do serviço público de saúde ...	89
3.1.1 - A Fundação Hospital Adriano Jorge – <i>Lócus</i> da Pesquisa	89
3.1.2 - Os Sujeitos da Pesquisa: Idosos e Trabalhadores da Saúde.....	96

3.1.3 - Avaliação dos sujeitos da pesquisa - Idosos e Trabalhadores da Saúde a respeito do serviço público de saúde	104
3.2 - Serviços de saúde: referência e contra-referência no atendimento a idosos	107
3.3 - Perspectivas e desafios na assistência à saúde dos idosos na realidade local	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS	122
APÊNDICES	130
ANEXOS	139

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), velhice é o prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas.

Partindo desta definição, compreendemos a velhice como um processo heterogêneo que é concebida e vivida de forma diferenciada pelos indivíduos historicamente, de acordo com a estrutura social, cultural, econômica e política de cada povo. Nesse sentido, as experiências do envelhecimento estão relacionadas às condições objetivas de vida das pessoas na sociedade.

A população mundial está envelhecendo num ritmo acelerado nos últimos tempos, comprovado por meio de estudos demográficos e epidemiológicos, acarretando mudanças significativas no conjunto da sociedade, pois os idosos possuem demandas específicas para a obtenção de adequadas condições de vida.

A realidade brasileira, não se distancia ao que está acontecendo no cenário mundial quanto ao acelerado ritmo de crescimento da população idosa, e essa realidade requer cada vez mais atenção e investimentos pelo poder público em diversas áreas, principalmente no setor saúde.

É inegável que as desiguais condições de vida e de trabalho incidem diretamente no processo de declínio biológico, uma vez que a intensa exposição a condições precárias de vida reflete no grau de vulnerabilidade e de maior probabilidade de incidência de doenças. Isso nos auxilia no esclarecimento dos motivos dos problemas de saúde serem mais freqüentes nos idosos do que na população em geral.

Com aumento da longevidade a família tem sido colocada em evidência quanto à sua importância no processo de cuidado e de saúde dos idosos, assim como a ação do Estado, com a participação da sociedade, em resposta a essas necessidades, mediante políticas públicas.

As políticas públicas, de proteção social, tem historicamente assumido uma estreita relação com a questão da produtividade humana na sociedade. Dada a centralidade da saúde e de cuidados na vida das pessoas idosas, as políticas brasileiras de proteção social voltada aos idosos, são majoritariamente de natureza da seguridade social, ou seja, vinculadas ao tripé previdência, saúde e assistência social.

A motivação para a realização do presente trabalho está relacionada a esse contexto mais amplo acima referido envolvendo a questão da velhice. Está relacionada também à vivência profissional da pesquisadora na área da saúde, que se sentiu inquietada a melhor compreender como se dá a assistência à saúde da população envelhecida na cidade de Manaus.

Nesse sentido, as questões norteadoras deste estudo levam a questionamentos quanto à organização dos serviços públicos de saúde, bem como ao atendimento aos idosos pela rede pública de saúde. Portanto, busca-se saber qual é a avaliação que os usuários idosos têm dos serviços de saúde e como está sendo a operacionalidade desses serviços.

A presente pesquisa consistiu em fazer uma reflexão acerca dos serviços de saúde disponibilizados à população idosa, tendo como parâmetro atendimentos realizados a idosos internados na Fundação Hospital Adriano Jorge, na cidade de Manaus/AM. O nosso recorte refere-se à assistência hospitalar – internação, em função de uma de nossas inquietações nesse estudo que é discutir a referência e contra-referência nos serviços de saúde, enquanto parte da organização dos serviços de saúde, os quais devem está organizados em redes para o alcance da integralidade na atenção à saúde.

Essa reflexão é baseada na pesquisa de campo que teve por objetivo analisar a visão de idosos internados na FHAJ sobre os serviços de saúde. Especificamente objetivou verificar o perfil socioeconômico e cultural dos idosos internados na FHAJ; identificar os tipos de agravos à saúde dos idosos; conhecer a visão dos idosos atendidos a respeito dos serviços de saúde pública; apontar se está havendo referência e contra-referência no atendimento de saúde ao idoso e identificar os cuidados dos trabalhadores da saúde para com os idosos.

Desse modo, o *lócus* desta pesquisa foi a Fundação Hospital Adriano Jorge, escolhida exatamente por sua importância na rede de saúde na cidade de Manaus, uma vez que é uma unidade de média e alta complexidade que concentra um grande fluxo de atendimentos, seja em atendimento especializado, seja em internações.

Os sujeitos envolvidos nesta pesquisa totalizaram 28 pessoas (informantes). Portanto, participaram da pesquisa 20 idosos, do sexo feminino e masculino, com idade igual ou superior a 60 anos, usuários dos serviços, internados na clínica cirúrgica I da FHAJ e 08 trabalhadores da saúde (assistente social, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeira e médica) que atendem diretamente os idosos e integrantes da equipe multidisciplinar, do quadro funcional daquela Unidade Hospitalar. Ressaltamos que inicialmente a amostra prevista era composta de somente 06 trabalhadores, contudo no desenvolvimento da pesquisa foram incluídos mais 02 trabalhadores, devido à necessidade de complementar as informações coletadas, foram eles: uma enfermeira que trabalha em horário integral na clínica pesquisada e uma médica residente, que efetivamente tem mais contato com os pacientes que os demais médicos (sejam preceptores ou não). Os sujeitos da pesquisa foram recrutados diretamente pela pesquisadora.

A pesquisa é de natureza quantiquantitativa e foi desenvolvida em três fases abaixo descritas. Segundo Martinelli (1999, p. 69) os procedimentos quantitativos e qualitativos não se excluem, mas se inter-relacionam de forma complementar fazendo incursões entre si, mesmo nos trabalhos apresentados de forma qualitativa ou quantitativa.

Na primeira fase foi realizada pesquisa bibliográfica, segundo Lakatos (2008, p.12), a pesquisa bibliográfica é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema.

A segunda fase constituiu-se na pesquisa de campo, sendo a coleta de dados feita em dois momentos: a) levantamento de dados secundários junto à Secretaria Estadual de Saúde (coordenação estadual da saúde do idoso, departamento de regulação, controle e avaliação assistencial, e no departamento de planejamento), junto à Secretaria Municipal de Saúde e na Fundação Adriano Jorge. Na FHAJ realizamos levantamento de dados junto ao Serviço de Arquivo Médico e

Estatística – SAME, referentes aos censos hospitalares dos anos de 2010 e 2011 para sabermos o fluxo de idosos naquele Hospital e assim definirmos o local para a coleta dos dados primários – o contato com os sujeitos da pesquisa; b) uma vez verificado que a clínica cirúrgica I era a que concentrava o maior fluxo de idosos, realizamos ali então a coleta dos dados primários junto aos idosos. Os Trabalhadores da saúde integrantes da equipe multiprofissional foram contatados em seus respectivos locais de trabalho.

Na terceira e última fase, procedeu-se a análise dos resultados dos dados levantados, a partir dos quais foram analisadas as questões de pesquisa. Os dados secundários, quantitativos foram consolidados em tabelas e quadros, de modo a facilitar a visualização e a compreensão dos mesmos. Os dados primários foram organizados em gráficos e em percentuais e, com relação aos discursos dos sujeitos da pesquisa fizemos a análise de conteúdo relacionando as falas dos dois segmentos pesquisados. Segundo Chizzotti (2003, p.98) o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas. Quanto ao número da amostragem, não se trata de uma pesquisa com um grande número de sujeitos, pois é preciso aprofundar o conhecimento em relação àquele sujeito com o qual estamos dialogando (MARTINELLI, 1999, p.23).

Com relação às técnicas e instrumentais de pesquisa, na abordagem foram aplicados formulários com questões abertas e fechadas aos idosos, diretamente nos leitos de internação da clínica cirúrgica I, local escolhido devido concentrar maior quantidade de idosos, de acordo com os censos hospitalares de 2010 e 2011 da FHAJ. Do mesmo modo foram realizadas entrevistas (registradas em gravador digital e transcritas posteriormente) e aplicados formulários com questões abertas e fechadas aos trabalhadores integrantes da equipe multiprofissional que atendem diretamente os idosos em seus locais de trabalho. Também foram utilizados como recursos, observação direta o uso do caderno de campo.

A partir das informações levantadas, esta dissertação está estruturada em três capítulos, constituídos da seguinte maneira:

No primeiro capítulo o nosso propósito é fazer uma abordagem sobre as transformações advindas com a velhice que impactam o cotidiano dos idosos e de

suas famílias na sociedade, na medida em que alteram a dinâmica familiar, modificando os papéis sociais dos membros familiares, bem como fazer algumas considerações sobre a relação entre Estado e Sociedade Civil no atendimento das necessidades sociais. Para tanto, o estruturamos em três momentos: Velhice e Envelhecimento – conceitos, definições e aspectos demográficos; o papel da família frente às novas exigências da longevidade e, por último Estado e Sociedade Civil no contexto da Política Pública.

No segundo capítulo abordaremos o cenário das políticas públicas de Atenção à Pessoa Idosa, na perspectiva de conhecer o sistema de proteção social brasileiro, especificamente o Sistema Único de Saúde. Desse modo está constituído por dois itens: Políticas Públicas de Atenção à Pessoa Idosa à luz da legislação brasileira e Sistema Único de Saúde – reflexões sobre a operacionalidade dos serviços e a pessoa idosa.

O terceiro capítulo apresenta uma análise acerca dos serviços públicos de saúde voltados aos idosos. Essa análise se baseia no referencial teórico trabalhado anteriormente e nos resultados da pesquisa de campo realizada na Fundação Hospital Adriano Jorge–FHAJ. O capítulo está organizado em três itens: caracterização da FHAJ e dos sujeitos da pesquisa – idosos e trabalhadores da saúde, e a visão destes a respeito do serviço público de saúde; Serviços de Saúde – referência e contra-referência no atendimento a idosos; perspectivas e desafios na assistência à saúde dos idosos na realidade local.

Nas considerações finais, fazemos algumas reflexões acerca da política pública de saúde direcionada aos idosos na realidade local, de forma que possa contribuir para a melhoria da saúde em Manaus. Nesse sentido consideramos relevante a realização desta pesquisa, vinculada à linha de pesquisa: Processos Sociais, Ambientais e Relações de Poder, do Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura da Amazônia da Universidade Federal do Amazonas.

CAPÍTULO I

O QUE MUDA COM A VELHICE

Envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Tais alterações são naturais e gradativas.

(ZIMERMAN, 2000)

Neste primeiro capítulo o nosso propósito é fazer uma abordagem sobre as transformações advindas com a velhice que impactam o cotidiano dos idosos e de suas famílias na sociedade, na medida em que alteram a dinâmica familiar, modificando os papéis sociais dos membros familiares, bem como fazer algumas considerações sobre a relação entre Estado e Sociedade Civil no atendimento das necessidades sociais. Para tanto, o estruturamos em três momentos: Velhice e Envelhecimento – conceitos, definições e aspectos demográficos; o papel da família frente às novas exigências da longevidade e, por último Estado e Sociedade Civil no contexto da Política Pública.

O termo envelhecimento tem sido relacionado, equivocadamente, a um imaginário carregado de estereótipos negativos sobre a velhice, ainda muito presente na sociedade em que vivemos. Facilmente a velhice é associada a algo ruim e feio, imaginário esse fruto da supervalorização do novo, típico de uma ideologia capitalista, em que só tem importância o que gera riquezas, lucro.

Essa mentalidade é formada ao se privilegiar as perdas e limitações que o processo de envelhecimento acarreta ao ser humano, tendo como referência principalmente o estado de saúde em que, via de regra dá os primeiros sinais do desgaste físico acumulado no decorrer dos anos, desconsiderando os ganhos que a

velhice pode proporcionar, a partir das experiências vivenciadas ao longo do curso da vida.

1.1- Velhice e envelhecimento: conceitos, definições e aspectos demográficos

1.1.1. Conceitos e definições

A velhice, do ponto de vista biológico, representa a última fase do ciclo vital, posterior à infância, à adolescência e à maturidade. É caracterizada pelo declínio funcional que ocorre de forma gradual e diferenciada nos indivíduos. Ao comportar o somatório de várias etapas da existência do indivíduo, os aspectos sociais, psicológicos, culturais e históricos tornam-se imprescindíveis para a compreensão dessa fase da vida.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), velhice é o prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas. É a última etapa do processo de desenvolvimento humano.

Conceber a velhice somente como um declínio, como algo ruim, é reafirmar a ignorância e o preconceito a cerca da pessoa idosa na sociedade. Segundo DIOGO; NERI; CACHIONI (2006), atualmente a velhice não é simplesmente uma etapa de declínio inevitável e universal rumo à morte, mas uma fase em que os indivíduos convivem tanto com limites, quanto com potencialidades para o funcionamento, o que se reflete numa complexa dinâmica de alterações físicas e comportamentais, que se expressam em ganhos e perdas concorrentes (.

A respeito do entendimento do que a velhice representa, Simone de Beauvoir afirma que como todas as situações humanas, a velhice tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história (BEAUVOIR 1990, p. 15). Essas modificações que ocorrem ao longo da existência humana, vêm demonstrar a dificuldade em se delimitar e definir a velhice, dada a sua subjetividade e à sua complexidade, se a encarmos como uma totalidade biossociocultural, ou seja,

como um todo em que estão imbricados elementos biológicos, sociais, culturais e econômicos.

Nesse sentido, para Mercadante (2003) a velhice é ao mesmo tempo natural e cultural. É natural e, portanto universal se apreendida como fenômeno biológico, mas é também imediatamente um fato cultural na medida em que é revestida de conteúdos simbólicos. São esses conteúdos que informam as ações e as representações dos sujeitos.

A partir desse híbrido entre biológico e cultura presentes nos conteúdos simbólicos, ou seja, a carga de valores e de conhecimentos que o ser humano apreende no transcorrer de sua existência, as concepções a cerca da velhice vão se formando, e estas também estão em constante alteração. No dizer de Oliveira (2011), as concepções de juventude e de velhice se transformam ao longo do percurso da existência do indivíduo, são interpretações não absolutas. Essas concepções se constroem historicamente, fundando-se em um campo de valores e se inserem na dinâmica das culturas.

Velhice, ancianidade, senilidade, terceira idade, idoso, são conceitos que revelam de forma significativa o que os homens pensam, o que sentem, e como vivem e experimentam o tempo em um momento determinado de suas vidas. Para Rocha (1998:27) de fato, a velhice apresenta um componente subjetivo em sua definição, pois ela não é uma experiência única, comum a todos, no sentido de ser algo ou alguma coisa homogênea. Ao contrário, a própria polissemia do conceito aponta para uma pluralidade de sentidos e significados diversos historicamente produzidos.

Frente aos mais variados limites ou marcos de idade que a sociedade venha estipular, precisamos perceber que a *idade da velhice* é relativa e não tem o mesmo significado para todas as pessoas. Assim conforme nos aponta Mascaro (2004: 49), o envelhecimento não é o resultado de um único fator, mas representa muitos fenômenos funcionando conjuntamente. O processo de envelhecimento humano precisa ser considerado num contexto amplo, no qual circunstâncias de natureza biológica, psicológica, social, econômica, histórica, ambiental e cultural estão relacionadas entre si.

Apesar de o envelhecimento ser um fator comum à espécie humana, seus significados variam culturalmente. De fato, o significado da velhice nos revela um pouco da própria experiência humana no tempo. Podemos dizer que envelhecer é natural, é universal, mas a velhice é social, é cultural (ROCHA, 1998 p. 28).

Mascaro se reportando às explicações da psicóloga e gerontóloga Elvira C. Abreu e Mello Wagner nos coloca que o envelhecimento do ser humano pode ser diferenciado segundo vários conceitos, há a idade cronológica, a biológica, a social e a psicológica:

A idade cronológica é marcada pela data de nascimento da pessoa e nem sempre ela caminha junto com a idade biológica. A idade biológica é marcada pela herança genética e pelo ambiente e diz respeito às mudanças fisiológicas, anatômicas, hormonais e bioquímicas do organismo. A idade social relaciona-se às normas, crenças, estereótipos e eventos sociais que controlam através do critério de idade o desempenho dos idosos. As normas constroem o que chamamos de relógio social, que determina o que as pessoas numa determinada época histórica, sociedade, cultura, devem ou não fazer. A idade psicológica, bastante abrangente, envolve as mudanças de comportamento decorrentes das transformações biológicas do envelhecimento, é influenciada pelas normas e expectativas sociais e por componentes de personalidade, sendo portanto algo extremamente individual (MASCARO 2004, p.39).

Mas nem sempre o tempo cronológico acompanha as alterações provocadas no corpo pelo tempo biológico e vice-versa. É o que afirma Rocha (1998:29), segundo o qual o tempo cronológico é o tempo da idade cronológica. O tempo biológico constitui-se na síntese operada pelos tempos fisiológico e psicológico. O tempo fisiológico demarca de forma objetiva as alterações materiais do corpo, e o tempo psicológico remete às formas subjetivas com que cada um interpreta sua experiência de vida ao longo dos anos.

Mascaro (2004:08) ao refletir sobre a realidade brasileira, afirma que existe uma dualidade – interesse e rejeição, ou quem sabe medo – em relação à velhice. Ao lado do receio do envelhecimento biológico, com suas perdas e limitações naturais e a idéia da proximidade da morte, há também um sentimento de angústia ao pensar nessa fase da vida, em função das dificuldades econômicas e desigualdades sociais de um grande número de idosos e da existência de muitos estereótipos e preconceitos relacionados ao processo de envelhecimento, à fase de velhice e aos idosos.

Dessa forma, Mascaro (2004) ao explicitar que refletimos em nosso corpo a passagem inexorável do tempo, com suas perdas e suas aquisições, com seus problemas e suas experiências, com suas frustrações, mas também com suas satisfações, deixa claro que a velhice é uma fase natural da vida e não há como fugir deste ciclo: nascimento, crescimento, amadurecimento, envelhecimento e morte. Dessa forma somos instigados a uma reflexão sobre nosso próprio envelhecimento, envolvendo as perdas e ganhos na nossa trajetória de vida.

Historicamente, o conceito de velhice tem preenchido múltiplos sentidos e funções, assim como assumido formas variadas de significação ao longo do tempo. Embora, entre os chineses, judeus e, principalmente, os gregos da antiguidade clássica, a velhice tenha sido respeitada e até honrada, e ainda o aumento da rivalidade entre homem jovem e homem velho a partir da idade média, de um modo geral serão extremamente negativas as representações em torno dos velhos e da velhice. Velhice torna-se sinônimo de feiúra, doença, avareza, mesquinharia, impotência etc., frente à valorização do que é novo, jovem e moderno. Paradoxalmente, o século XIX introduz o velho e a velhice no cenário do mundo moderno, ainda que de forma nem sempre positiva (ROCHA, 1998 p. 33- 34).

O próprio termo velho ou velhice ganha no contexto das sociedades modernas, um significado extremamente depreciativo e/ou negativo se comparado à idéia de novo, jovem. Ainda que, historicamente falando, não seja exclusividade das sociedades modernas capitalistas o processo de estigmatização da velhice, ela tende a acentuar a discriminação do velho em função da lógica funcional e utilitarista da produção. (idem p. 45).

Segundo Siqueira (2002: 902) numa perspectiva economicista, cujo foco centra-se na estrutura social produtiva, a velhice passa a ser delimitada não mais pelas transformações fisiológicas, mas por um advento social, a aposentadoria, na qual o indivíduo passa pela transposição da categoria de trabalhador para ex-trabalhador; de produtivo para improdutivo; de cidadão ativo para inativo.

Na perspectiva socioculturalista, a questão da velhice é entendida como uma construção social. Parte-se do pressuposto que é a sociedade/cultura que

estabelece as funções e atribuições preferenciais de cada idade na divisão do trabalho e dos papéis na família. (SIQUEIRA, 2002 p. 903).

Na França do século XIX a questão da velhice se impunha essencialmente para caracterizar as pessoas que não podiam assegurar financeiramente seu futuro – o indivíduo despossuído, o indigente. Esse recorte social da população de mais de 60 anos foi acompanhado de locuções diferenciadas para tratar cada grupo de pessoas da mesma idade: designava-se correntemente como velho (*Vieux*) ou velhote (*Viellard*) os indivíduos que não detinham status social; enquanto os que possuíam eram, em geral, designados idosos (*Personne âgée*). No Brasil, analisa Peixoto (1998) que a conotação negativa do vocábulo velho seguiu um processo semelhante ao da França, porém em período mais recente. Os documentos oficiais publicados antes dos anos 60 denominavam as pessoas pertencentes à faixa etária de 60 anos, simplesmente de velhas (PEIXOTO, 1998 apud SIQUEIRA, 2002 p. 904).

Segundo Siqueira, foi somente no final da década de 1960 que certos documentos oficiais e a maioria das análises sobre a velhice recuperaram a noção de *idoso*. O termo *Terceira Idade* é uma construção das sociedades contemporâneas e vem sendo empregado por acreditar-se que é isento de conotações depreciativas e, para atender a interesses de um mercado de consumo emergente. Refere-se, em geral, àqueles idosos que ainda não atingiram a *velhice mais avançada*, estão na faixa dos 55 a 70 anos, e inclui, fundamentalmente, indivíduos que ainda têm boa saúde e tempo livre para o lazer para novas experiências nessa etapa da vida. (SIQUEIRA, 2002 p. 904).

Neri (2007) ao analisar atitudes e preconceitos em relação à velhice afirma que as atitudes em relação à velhice são socialmente apreendidas ao longo de toda a vida. Acrescenta que nas sociedades ocidentais, as atitudes sociais em relação a idosos e à velhice são predominantemente negativas, principalmente entre os não idosos. Muitos preconceitos e estereótipos resultam de falsas crenças a respeito da competência e da produtividade dos idosos. Seu resultado é a discriminação social pro critério de idade, fundamentalmente motivada por razões econômicas. Eufemismos como *terceira idade*, *melhor idade*, *maior idade*, *idade legal* são

subterfúgios semânticos, termos aparentemente bem soantes que no fundo servem para mascarar a rejeição da velhice.

A melhoria das condições de saúde e, por conseguinte o aumento da longevidade dá origem à consideração de novas fases e denominações no curso da vida, segundo Debert (1999). Nesse sentido, *terceira idade* é uma denominação consagrada pelo uso em vários países, desde sua criação por Pierre Vellas, na França, nos anos de 1960, e hoje é termo usado para designar a fase inicial da velhice. Em alguns contextos brasileiros, como as universidades da terceira idade e do SESC, serve para designar, também, a fase entre a vida adulta e a velhice. Muitas vezes posta a serviço de mascarar realidades indesejáveis, a criatividade brasileira tem cunhado novas denominações para a velhice. Os termos maturidade, feliz idade, melhor idade e maior idade são utilizados de modo especial em centros de convivência e grupos de atividades físicas e lazer freqüentados majoritariamente por mulheres, assim como as universidades da terceira idade (NERI, 2007 p. 41).

As experiências do envelhecimento estão relacionadas às condições objetivas de vida das pessoas na sociedade, conforme afirmação de Teixeira:

O envelhecimento não é uma realidade vivida igualmente por todos os indivíduos, suas particularidades e configurações são definidas segundo as condições materiais de inserção dos sujeitos no movimento da produção e reprodução sociais, processos que imprimem estatutos diferenciados à velhice, respeitando a condição de classe, status e hierarquias sociais. (TEIXEIRA 2008, p. 16)

É com esta convicção que Teixeira (2008, p. 81) afirma que “o homem envelhece sob determinadas condições de vida, fruto do lugar que ocupa nas relações de produção e reprodução social”.

Assim sendo, existem formas diferenciadas de vivenciar o envelhecimento, porque as pessoas são diferentes, viveram experiências singulares e estão inseridas em contextos diversos (BULLA; MARTINS; VALENCIO, 2009).

A velhice, enquanto um processo heterogêneo é concebida de forma diferenciada pelos indivíduos historicamente, de acordo com a estrutura social, cultural, econômica e política de cada povo. Segundo Beauvoir (1990), para compreender a realidade e a significação da velhice, é, portanto, indispensável

examinar o lugar que é destinado aos velhos, que representação se faz deles em diferentes tempos, em diferentes lugares. O primeiro texto dedicado à velhice a descreve de forma sombria e é datado ao ano de 2500 a.C., escrito por Ptah-hotep, filósofo e poeta. Há que se registrar também a importância, o papel das pessoas mais velhas no mundo antigo, representado pelos cristãos, pois constituíam símbolos de sabedoria, retidão e prudência. A eles cabiam destacadas funções como chefes políticos e religiosos, juízes e conselheiros.

Torna-se pertinente também ressaltar que a forma como a velhice tem sido encarada ao longo do tempo pelas sociedades, tem relação com a percepção dos homens a cerca das alterações do organismo. Segundo Beauvoir:

Até o fim do século XV, todas as obras sobre a velhice são tratados de higiene, No início do século XIX a medicina começava a se beneficiar do progresso da fisiologia e de todas as ciências experimentais. Os estudos sobre a velhice tornaram-se precisos e sistemáticos. É a partir de meados do século XIX que – sem ainda levar este nome - a geriatria começa realmente a existir. Ela foi favorecida na França pela criação de vastos asilos onde se reuniam muitos velhos. A partir de então, surgiu a preocupação em curar os velhos. (BEAUVOIR 1990, p. 25-28)

Contudo, a medicina moderna não pretende mais atribuir uma causa ao envelhecimento biológico; ela o considera inerente ao processo da vida, do mesmo modo que o nascimento, o crescimento, a reprodução, a morte. (BEAUVOIR 1990, p. 32).

Na passagem do século XVIII para o século XIX, na maioria das sociedades ocidentais, os velhos eram considerados sábios dos costumes e lendas, dos valores locais e ocupavam lugar de prestígio nos conselhos comunitários. Nesse período ocorre também a biomedicalização da saúde, com o fortalecimento da medicina, da vida e da velhice e a conseqüente associação entre velhice e doença. (HILLMAN apud OLIVEIRA, 2011).

A respeito da concepção e tratamento dispensado a velhice a partir da segunda metade do século XIX, a mesma foi tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência e pela ausência de papéis sociais. (DEBERT, 2004)

A análise de Simone de Beauvoir (1990) a respeito da velhice na década de 60 do século XX, em que expressa que a sociedade ocidental continuou a fechar os

olhos para o velho, lamentavelmente na contemporaneidade ainda tem sua validade, pois a velhice nas últimas décadas do século XX inspirou repugnância biológica e é rejeitada de forma útil. As alterações biológicas do envelhecimento representadas pelas rugas e pela flacidez passam a ser vistas como vergonha e fraqueza moral que devem ser combatidas com o uso de medicações e plásticas (DOURADO apud OLIVEIRA, 2011).

A compreensão da velhice como um processo contínuo, multifacetado, natural e irreversível, que se estende do nascimento até morte, com implicações tanto para quem o vivencia como para a sociedade é o ponto de partida para a difícil tentativa em caracterizar e estabelecer uma única definição em relação ao envelhecimento. Este processo envolve necessariamente os aspectos biológico, histórico, cultural e econômico.

As classificações da velhice a partir tão somente da idade cronológica da vida humana são imprecisas porque estas nem sempre correspondem sempre às etapas do processo de envelhecimento natural, pois no processo do envelhecimento, cada indivíduo envelhece e apresenta involuções de forma diferenciada, havendo assim uma variabilidade no declínio funcional.

Na atualidade, a denominação atribuída àquelas pessoas que atingiram sessenta anos ou mais, tende a uma classificação da população envelhecida, em estágios, subgrupos, tipos de velhice, ou padrões de envelhecimento, tendo como referência a característica predominantemente associada à velhice que é o declínio, geralmente físico, o qual acarreta alterações sociais e psicológicas. Conforme Almeida (2007, p.313) há uma subclassificação em: idosos jovens (60-74 anos), idosos velhos (75 a 84 anos) e idosos muito velhos (mais de 85 anos). Para a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento comporta quatro estágios: meia-idade – 45 a 59 anos; idoso – 60 a 74 anos; ancião – 75 a 90 anos e velhice extrema – 90 anos em diante.

Esse declínio é classificado de duas maneiras: a senescência e a senilidade. A senescência é um fenômeno fisiológico e universal, identificada pela idade cronológica, podendo ser considerada um envelhecimento sadio e a senilidade caracteriza-se pelo declínio físico associado à desorganização mental. A esse

respeito Beauvoir (1990) afirma que a senescência é uma sucessão de degraus irregulares onde alguns despencam mais depressa que outros.

Mascaro se apropria dos ensinamentos de Wilson Jacob Filho e afirma que para entender o processo de envelhecimento, antes de mais nada, é preciso não confundir senescência com senilidade. Existe o envelhecimento biológico chamado de fisiológico ou senescência – que é inexorável na velhice –, e o envelhecimento acompanhado de patologia, de doença, chamado senilidade. Envelhecimento ou senescência se caracteriza por uma série de alterações biológicas, psíquicas e também sociais, que acompanhariam as pessoas em 2/3 de sua existência. (MASCARO, 2004 p. 54)

Para Neri (2008: 149), o processo de envelhecimento apresenta-se diferenciado aos indivíduos. Se os declínios físicos e mentais apresentarem-se de forma lenta e gradual, o fenômeno fisiológico, arbitrariamente identificado pela idade cronológica, será chamado de *senescência* — envelhecimento primário. Porém, se ele vier acompanhado de envelhecimento secundário ou terminal, será chamado de senilidade. Descreve os padrões de envelhecimento, senescência e senilidade partindo da concepção de que o envelhecimento é um processo natural e universal concorrente ao desenvolvimento, cujos efeitos, hoje, são socialmente assumidos como marcadores do início da velhice por volta da quinta década de vida. Recorre a Schroots e Birren (1990), dos quais afirma serem as definições mais aceitas na atualidade sobre envelhecimento primário, também referido como senescência ou envelhecimento normal; sobre envelhecimento secundário ou patológico ou senilidade e sobre o envelhecimento terciário ou terminal:

Envelhecimento primário: trata-se de um fenômeno que atinge a todos os seres humanos pós-reprodutivos, por força dos mecanismos genéticos típicos da espécie. É progressivo, ou seja afeta gradual e acumulativamente o organismo. Seu resultado é a diminuição na capacidade de adaptação. Não é uma doença.

Envelhecimento secundário ou patológico: esse processo diz respeito a alterações ocasionadas por doenças associadas ao envelhecimento que não se confundem com as mudanças normais desse processo.

Envelhecimento terciário ou terminal: está relacionado a um padrão de declínio terminal caracterizado por um grande aumento nas perdas físicas e cognitivas, um período relativamente curto, ao cabo do qual a pessoa morre, quer por causa de doenças dependentes da idade, quer pela

acumulação dos efeitos do envelhecimento normal e do patológico. (Schroots & Birren APUD Neri, 2008, p. 149-150)

Contudo, a dificuldade em definir os limites entre senescência e senilidade revela de alguma forma a complexidade do processo de envelhecimento, o qual não traz apenas as alterações biológicas. Segundo Ribeiro e Diogo (2006, p. 211) temos dificuldade de encontrar um conceito de velhice ou envelhecimento que abranja a multiplicidade de aspectos que envolvem esse processo, seja de natureza biológica, social, econômica, histórica, ou qualquer outra.

Neri (2008, p. 115) assevera que o envelhecimento é o processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genético-biológica, sociohistórica e psicológica.

No entendimento de Lemos (2003, p. 115) ressaltar números em torno da velhice é chamar a atenção para a questão de que as pessoas viverão o maior período de suas vidas como velhas, e não como crianças, jovens e adultos. Por isso, torna-se urgente rever valores, firmar conceitos e instituir práticas na direção de compreender oportunidades psicossociais envolvidas nessa longa fase da vida.

1.1.2 – Aspectos demográficos

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), são consideradas idosas as pessoas com mais de 65 anos. Esse referencial, entretanto, é válido para os habitantes dos países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a terceira idade começa aos 60 anos. O aumento do percentual de idosos em uma determinada população, como vem ocorrendo, é denominado envelhecimento demográfico. Este traz consequências sociais, médicas e econômicas para o conjunto da sociedade e, entre as consequências sociais, merece destaque a

convivência de três ou quatro gerações, onde cada família possui um ou mais idosos (ZIMERMAN, 2000).

Mascaro (2004: 42) afirma que para efeitos de estudos populacionais e políticas sociais, a Organização das Nações Unidas considerou como idosa a população de 60 anos e mais porque é em torno dessa idade que se acentuam as transformações biológicas típicas da terceira fase da vida. É também nesse momento que acontece o desengajamento do mundo do trabalho, ou seja, a aposentadoria, e também o descompromisso com alguns papéis tradicionais da vida da vida adulta, como por exemplo, aqueles decorrentes da emancipação dos filhos.

Desde a antiguidade, a expectativa de vida no nascimento não parou de crescer. Na fase pré-industrial, a maioria dos países do mundo vivia um momento em que tanto a natalidade quanto a mortalidade eram altas. O envelhecimento da população começou a torna-se visível primeiramente na França, no fim do século XVIII, e, um pouco mais tarde, o mesmo fenômeno produziu-se em outros países (BEAUVOIR, 1990).

Zimmerman (2000: p.14) assevera que a partir do advento da Revolução industrial, no século XIX, começou a haver redução tanto da natalidade como da mortalidade e, na fase pós-industrial, acelerou-se o controle de doenças infecciosas, com maior atenção à saúde em geral e, em particular às doenças degenerativas e crônicas, típicas dos velhos. Assim, após a Segunda Grande Guerra Mundial (1945-1960), ocorreu um fenômeno denominado *baby-boom*, ou seja, uma explosão na taxa de natalidade, especialmente nos países da Europa e nos Estados Unidos. Em 2025, portanto, ocorrerá o que ela denomina “*velho-boom*”: as pessoas que nasceram no pós-guerra estarão na faixa que vai de 65 a 80 anos, o que, sem dúvida, terá uma importante repercussão social.

Siqueira (2002 p, 900) afirma que nas últimas décadas observou-se um nítido processo de envelhecimento demográfico. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a Era do Envelhecimento, marcada pelo crescimento demográfico da população idosa, o que decorre, principalmente, do controle da natalidade e do aumento da expectativa de vida. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi ainda mais significativo e

acelerado, destaca a ONU: enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123%.

Se reportando à realidade brasileira, Camarano afirma que as expectativas para o futuro próximo são de crescimento a taxas elevadas da população idosa e “muito idosa”, provocado pela entrada da coorte dos *baby boomers* na última fase de vida (*elderly boomers*) e pela redução da mortalidade nas idades avançadas (NERI, 2007 p. 169).

O processo de envelhecimento demográfico repercutiu e continua repercutindo nas diferentes esferas da estrutura social, econômica, política e cultural, da mesma forma que os demais segmentos etários (crianças, jovens e adultos), os idosos possuem demandas específicas para a obtenção de adequadas condições de vida.

O interesse sobre o tema do envelhecimento acentuou-se significativamente nas últimas décadas. Nesse sentido, Hareven afirma que a preocupação com a velhice em nossos dias focaliza esse estágio da vida, isolando-o do curso da vida como um todo. Sem negar os problemas que singularizam esse período, é importante interpretá-lo no curso da vida e no contexto histórico. Uma perspectiva histórica é útil, portanto, porque lança alguma luz sobre desenvolvimentos que afetam tanto a *meia idade* quanto a *velhice* (HAREVEN, 1999 p. 13).

De acordo com Hareven (1999, p.14-16), o interesse no significado do envelhecimento no começo do século vinte não derivou da mera curiosidade. Estava relacionado a questões sobre os limites da utilidade e eficiência no trabalho que acompanhavam a industrialização e o movimento por proteção social para os idosos. Portanto, a idade e o envelhecimento estão relacionados a fenômenos biológicos, mas seus significados são determinados social e culturalmente.

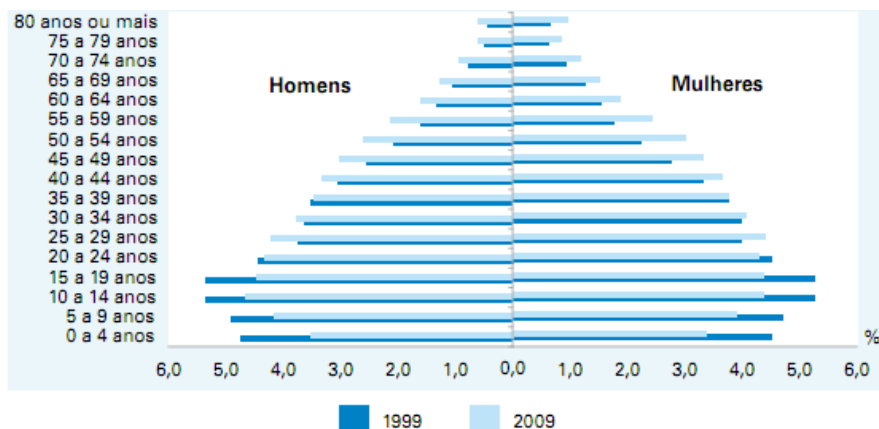
Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o envelhecimento é um processo que pode ser compreendido como “seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 1993). Dessa forma, a velhice não se relaciona, necessariamente, com a idade cronológica, mas principalmente com as condições do indivíduo de responder às demandas do dia-a-dia, sua motivação e sua capacidade para continuar na busca e na realização de objetivos, conquistas pessoais e familiares.(NERI, 2007 p.190).

É incontestável o fato de que a população mundial está envelhecendo num ritmo acelerado nos últimos tempos acarretando mudanças significativas no conjunto da sociedade e, esta realidade tem sido objeto de preocupação e interesse de estudiosos na atualidade. Berzins (2003), afirma que o envelhecimento populacional vem acompanhado de significativas transformações demográficas, biológicas, sociais, econômicas e comportamentais. Acrescenta que, segundo previsão da ONU, a continuar no ritmo acelerado que se processa o envelhecimento mundial, por volta do ano 2050, pela primeira vez na história da espécie humana, o número de pessoas idosas será maior que o de crianças abaixo dos 14 anos.

Para Teixeira (2008, p. 21) o crescimento da população de idosos e da longevidade está ocorrendo de forma acelerada em todas as classes sociais. A população brasileira, desde o final da década de 1960, vem apresentando alterações na sua faixa etária, com crescimento quantitativo e percentual da população de idosos, atingindo 8,6% da população total em 2000. E esse crescimento deve-se ao aumento da expectativa de vida e ao declínio da taxa de fecundidade.

Na ilustração abaixo, no Grafico 1, podemos observar essa alteração na composição etária da população brasileira nos anos de 1999 e 2009.

Gráfico 1 - Composição da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 1999/2009.



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1999/2009.

Atualmente chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. *Envelhecer não é mais privilégio de poucos*. O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. (VERAS, 2009).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / IBGE (2008), a população brasileira, no período de 1997 a 2007, apresentou um crescimento relativo da ordem de 21,6%. O contingente de 60 anos ou mais de idade foi bem mais acelerado: 47,8%. O segmento populacional de 80 anos ou mais de idade esse aumento é maior, correspondendo a 86,1%. Estes resultados se devem, principalmente, ao adiamento da mortalidade em função dos avanços da medicina.

Os dados apresentados pelo Censo Demográfico 2010 vêm reiterar esse aumento gradativo da população idosa no Brasil. Indica ter havido um crescimento relativo no período de 2000 a 2010, passando de 8,5% a 14,1%. A população idosa com 60 anos ou mais de idade passou de 14.536.029 a 20.590.599 pessoas, e aponta ainda, que há uma concentração dessa população de 60 anos ou mais de idade nos grandes centros urbanos, principalmente nas capitais onde vivem 25% da população idosa do País, ou seja, um em cada quatro idosos reside nas capitais.

A realidade brasileira, não se distancia ao que está acontecendo no cenário mundial quanto ao acelerado ritmo de crescimento da população idosa, e esta situação tem requerido cada vez mais atenção e investimentos pelo poder público em diversas áreas, principalmente no setor saúde. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009 indica que o Brasil conta com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade e isso significa que atualmente o grupo de idosos ocupa um espaço significativo na sociedade brasileira. O gráfico 2 mostra que no período de 1999 a 2009, o peso relativo dos idosos (60 anos ou mais de idade) no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3% e evidencia também, a evolução do peso relativo das pessoas 65 anos ou mais de idade, faixa etária considerada para fins de estudos demográficos.

Gráfico 2 – Proporção de idosos de 60 anos ou mais e de 65 anos ou mais de idade – Brasil – 1999/2009

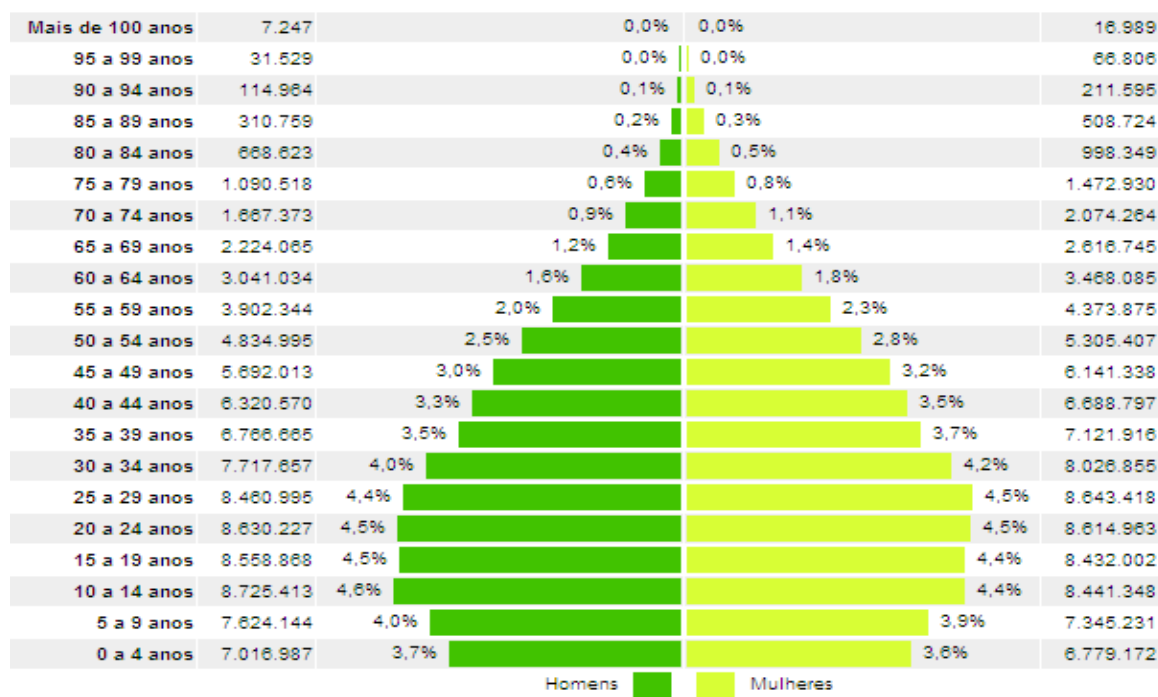


Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1999/2009.

(1) Exclui a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

De acordo com o último censo demográfico do IBGE (2010) a população brasileira é de 190.755.799 pessoas. Em comparação com o Censo 2000, ocorreu um aumento de 20.933.524 pessoas. O censo apontou também a existência de 23.760 brasileiros com mais de 100 anos. O gráfico 3 apresenta a configuração da pirâmide etária brasileira.

Gráfico 3: Distribuição da população brasileira por sexo, segundo os grupos de idade - 2010



Fonte: Censo IBGE 2010

A população do Estado Amazonas em 2010 apontada pelo censo corresponde a 3.483.985 habitantes e a população residente no município de Manaus é de 1.802.14. A população de idosos, com 60 anos ou mais de idade, corresponde a respectivamente 209.039 e 108.120 pessoas, conforme tabela 1 abaixo.

Tabela 1 : População residente, total e respectiva distribuição percentual, por situação do domicílio e grupos de idade, segundo as Unidades da Federação e os municípios das capitais – 2010

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	POPULAÇÃO RESIDENTE						
	TOTAL	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL, POR GRUPOS DE IDADE (%)					
		0 a 5 anos	6 a 14 anos	15 a 24 anos	25 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos ou mais
Brasil	190 755 799	8,8	15,3	18,0	24,5	22,7	10,8
Amazonas	3 483 985	12,9	20,3	20,2	24,2	16,4	6,0
Manaus	1 802 014	10,9	17,4	19,8	27,3	18,7	6,0

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 (adaptado para este trabalho)

Os últimos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - IBGE relativos à estimativa da população brasileira divulgados em 31 de agosto de 2012

sinalizam que a população do Brasil já ultrapassa o valor do censo de 2010, conforme tabela 2.

Tabela 2: Estimativa da População Brasileira em 2012

ESTIMATIVAS DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO COM DATA DE REFERÊNCIA EM 1º DE JULHO DE 2012	
Brasil e Unidades da Federação	População Estimada
Brasil	193.946.886
Região Norte	16.318.163
Amazonas	3.590.985
Manaus	1.861.838

Fonte: IBGE(Adaptado para este trabalho).

O envelhecimento populacional concomitantemente traz à tona outras questões do cotidiano das pessoas, e invariavelmente as questões de saúde. Desse modo, o processo de saúde de uma população está diretamente vinculado ao modo de vida dos indivíduos em seus diversos aspectos, envolvendo a satisfação de suas necessidades fundamentais. No dizer de Nogueira e Mito (2008, p. 230) verifica-se que o atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas elementares.

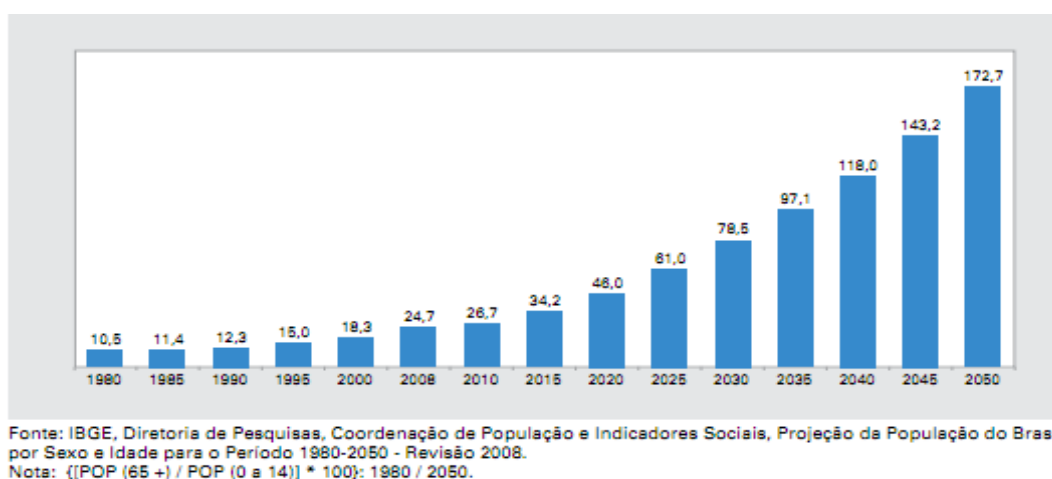
O fato de que a população está envelhecendo de forma acelerada apresenta uma nova configuração à realidade com novas demandas, entre as quais a saúde, isso porque é amplamente reconhecido que os idosos são usuários dos serviços de saúde em taxa mais alta do que os demais grupos etários (VERAS, 2003, p. 11).

Nesse sentido, os dados e análises do IBGE (2008) demonstram que o efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade no Brasil tem produzido transformações no padrão etário da população do Brasil, sobretudo a partir de meados dos anos de 1980. O formato tipicamente triangular da pirâmide populacional, com uma base alargada, está cedendo lugar à uma pirâmide populacional característica de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento. Em 2008, enquanto as crianças de 0 a 14 anos de idade correspondiam a 26,47% da população total, o contingente com 65 anos ou mais de idade representava 6,53%. Em 2050, o primeiro grupo representará 13,15%, ao

passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total. Em 2010 os dados do IBGE apontam que o Brasil tem aproximadamente 21 milhões de habitantes com 60 anos ou mais.

O levantamento demográfico do IBGE (2008), aponta que o aumento da expectativa de vida dos brasileiros é de idosos, 76 anos de idade para mulheres e 69 anos de idade para homens, e que de acordo com projeções para 2050 esse público chegará a atingir a faixa etária de 81 anos e ainda, que para 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172 idosos, conforme gráfico 4.

Gráfico 4-Evolução do índice envelhecimento da população– Brasil – 1980/2050



O crescente aumento da população idosa em todo o mundo, comprovado por meio de numerosos estudos demográficos e epidemiológicos, tem colocado para os órgãos governamentais e para a sociedade em relação idosa, desafios médicos e socioeconômicos próprios do envelhecimento populacional. Nesse sentido a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece significam a valorização da autonomia e da preservação da independência física e mental do idoso. (PAPALÉO NETO, 2005).

Compreendendo a saúde enquanto resultado da interação de diversos fatores na vida humana, sejam eles sociais, políticos, econômicos, culturais e sociais, chamamos a atenção para a importância que os determinantes sociais têm no processo de saúde-doença.

O estilo de vida dos indivíduos, as redes sociais e comunitárias assim como as condições socioeconômicas, culturais e ambientais representam o conjunto de fatores responsáveis pelo processo de saúde e, esses últimos envolvem as condições de vida e de trabalho, aqui incluídos os ambientes de trabalho, o desemprego, os serviços sociais de saúde, a educação e habitação.

O ser humano enquanto detentor de sua força de trabalho, ao transformá-la em mercadoria para sua própria sobrevivência, gradativamente é passível de um processo de desvalorização social e pobreza gerado pelo desgaste progressivo e rápido do capital. Todavia, é a partir do trabalho que são produzidas novas relações sociais e que as contradições presentes na realidade social podem impulsionar situações novas.

Na perspectiva regida pela lógica do Capital, a qual visa a maximização do lucro, o idoso é muitas vezes negligenciado sob vários aspectos de sua vida, entre os quais a saúde. Porém, o próprio capital cria e recria alternativas de reproduzir-se, e o consumo representa uma dessas estratégias de reprodução do capital, ao supervalorizar o “tempo livre” dos idosos.

Segundo Teixeira (2008, p. 19) fora do processo produtivo, o idoso passa a ser alvo de um discurso de valorização dessa fase da vida, o qual esconde e nega as reais necessidades da problemática da velhice. Em outras palavras, o capital vende a idéia de que a terceira idade é o momento de lazer e de prazer, transmutando em tempo de consumo de bens e serviços mediados pela necessidade de novos comportamentos, atitudes, sentimentos diante de si do mundo.

Por não possuir os meios de prover suas necessidades, os idosos passam a depender de mais serviços podendo comprometer sua qualidade de vida. Teixeira (2008, p. 79) a esse respeito assim afirma: sem os meios de produção e sem valor de uso pela idade, resta a esse segmento perecer na miséria.

A concentração da população em espaços urbanos é uma das características da modernidade. No Brasil, 81,2% da população reside em área urbana. (BERZINS, 2003, p.32). Com isso avolumam-se os problemas sociais advindos das desigualdades sociais próprias da sociedade capitalista. Os idosos, em sua grande

maioria fora do mundo do trabalho, são mais atingidos pelos efeitos dessas desigualdades sociais, identificadas nas condições de vida: moradia, saúde, educação, entre outros aspectos. Em outras palavras, são mais impactados pelas manifestações da Questão Social ¹.

Veras (2003, p. 11) afirma que deve-se levar em consideração os problemas de saúde que afetam os idosos, pois apesar de uma importante parcela estar bem de saúde, outros retornam para as consultas constantemente chegando até atingir um estágio avançado mórbido dentro do hospital, devido a baixa resolutividade, aos precários serviços de saúde oferecidos, tanto a níveis ambulatoriais quanto domiciliares, o que aumenta os custos e diminui as chances de um prognóstico favorável.

Afirma ainda Renato Veras (2003, p.12) que estudos populacionais sobre os idosos apontaram que 85% deles apresentam pelo menos uma doença crônica e que uma parcela, 10% possui cinco ou mais destas patologias. Nesse sentido explica que as mudanças que ocorrem com a idade os agravos podem ser combatidos com medidas eficazes de prevenção, promoção da saúde, e recuperação da autonomia dos doentes, buscando melhorar a saúde e qualidade de vida deles, de modo que tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas.

O Brasil de hoje é um *“jovem país de cabelos brancos”*. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas típicas dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas. Conseqüentemente essas doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade, resultando em maior procura dos idosos por serviços de saúde. Dessa forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de

¹ IAMAMOTO (2003) ao se referir à Questão Social afirma que a mesma diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contrapondo à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos.

doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde (VERAS, 2009, p. 549).

No que tange à velhice, vale ressaltar que na sociedade capitalista a idade ainda carrega o estigma de fragilidade e de desvalorização, isso porque o velho trabalhador ao ter sua força de trabalho diminuída, desgastada, perde o valor de uso e de troca requerido pelo capital.

A despeito de que sejam considerados improdutivos, vale ressaltar que os idosos têm um papel fundamental na manutenção de suas famílias na sociedade brasileira, em função das alterações, dos novos arranjos familiares, sendo um dos principais responsáveis pelo sustento da família. A esse respeito Berzins (2003) afirma que a crise econômica e de desemprego tem provocado alterações nas condições de vida das famílias brasileiras e que os nossos idosos nem sempre são um peso para a sociedade.

Nesse sentido, no próximo item abordaremos sobre família e as necessidades postas pela longevidade, pois a família é uma das fontes de satisfação das necessidades do ser humano, e é através dela que se compreende a condição humana e o papel social do idoso. Pois, para ARGIMON; VITOLA (2009) o contexto familiar é o primeiro a propiciar atitudes de consideração que marcam o verdadeiro respeito às gerações mais velhas.

1.2- O papel da família frente às novas exigências da longevidade

Quando algo nos é próximo ou conhecido, costumamos dizer que nos é *familiar*. Pois bem, falar sobre família, a priori parece ser uma tarefa simples, uma vez que vivenciar essa experiência é naturalmente o desejo do ser humano, embora existam experiências que demonstram ausência da família, como é o caso de muitas pessoas moradoras de rua, que vivem sozinhas, sem qualquer referência ou vínculo familiar.

Dessa forma, as experiências de vivência em família são distintas e variadas, de acordo com culturas e épocas históricas diferenciadas. Porém, com essa proximidade do termo família, torna-se difícil, muitas vezes, lembrar sua dimensão

social e histórica e aceitarmos o fato de que o mundo nem sempre foi esse que conhecemos, nem todas as famílias são iguais às nossas e que esse mundo está em constante transformação (FREITAS, 2002, p. 80).

É indiscutível a existência de vários arranjos familiares na atualidade, isto porque a família contemporânea, moderna, nuclear, tem sido alvo de questionamentos pela sociedade que historicamente vem demandando novas formas e arranjos.

Nesse sentido Heloísa Szymanski compreende família, como uma associação de pessoas que escolhe conviver por razões afetivas e assume um compromisso de cuidado mútuo e recorre a Kaslow para citar nove tipos de composição familiar hoje presentes na sociedade contemporânea:

- 1) Família nuclear, incluindo duas gerações, com filhos biológicos;
- 2) Famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações;
- 3) Famílias adotivas temporárias (*Foster*);
- 4) Famílias adotivas, que podem ser bi-raciais ou multiculturais;
- 5) Casais;
- 6) Famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe;
- 7) Casais homossexuais com ou sem crianças;
- 8) Famílias reconstituídas depois do divórcio;
- 9) Varias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo.

(Kaslow apud Szymanski 2002: 10).

Face às mudanças que se operam na estrutura familiar o conceito de família passa a abranger uma variedade de arranjos familiares, existindo novas formas de relações entre as gerações, excluindo a identificação de um modelo único e ideal de família. Logo, para compreender as mudanças na composição familiar, deve-se partir de um olhar para esse agrupamento humano como um núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham um cotidiano, e, no decorrer das trocas intersubjetivas, transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se, atendem os idosos, formam crianças e adolescentes.

Wagner (2002, p.09) afirma que a família é, certamente, a instituição social mais antiga. A família é, por um lado, um fenômeno fundado na natureza própria do homem, por outro, uma instituição social, e como tal, varia através da história e de uma cultura para outra.

Para Engels, a palavra *família*, deriva de *famulus*. Este quer dizer escravo doméstico e família é o conjunto dos escravos pertencentes a um mesmo homem. Portanto, a expressão foi inventada pelos romanos para designar um novo organismo social que surge entre as tribos latinas, ao serem introduzidas à agricultura e à escravidão legal. Esse novo organismo social caracterizava-se pela presença de um chefe que mantinha sob seu poder a mulher, os filhos e certo número de escravos, com o pátrio poder romano e o direito de vida e morte sobre todos eles. (ENGELS, 2010; BILAC, 2003; WAGNER, 2002).

Todas as formas de família foram determinadas pelo modo como a sociedade se organiza para retirar da natureza o que lhe é imprescindível. De acordo com a concepção materialista, o momento determinante da história é, em última instância, a produção e reprodução da vida imediata. A ordem social em que vivem os homens de determinada época ou determinado país está condicionada por esses dois modos de produção: pelo grau de desenvolvimento do trabalho, de um lado, e da família, de outro (ENGELS, 2010 p. 18).

Com a família torna-se evidente a multiplicidade de possibilidades e experiências de vida, organizadas pelos indivíduos com vistas à reprodução biológica e social. Logo, se o desemprego, o trabalho desqualificado e as remunerações insuficientes estruturam o cenário potencial de precariedade de vida, é na família que essas condições adquirem materialidade e são transformadas, delineando o modo como as situações adversas, relacionadas à pobreza, se inscrevem no cotidiano familiar. (SALES; MATOS; LEAL 2004 p. 63)

Ainda, nos reportando à Engels (2010 p, 98), este afirma que há três formas principais de matrimônio, que corresponde aproximadamente aos três estágios fundamentais da evolução humana. Ao estágio selvagem corresponde o matrimônio por grupos, à barbárie, o matrimônio sindiásmico; e à civilização corresponde a monogamia. Esta nasceu da concentração de grandes riquezas nas mesmas mãos – as de um homem – e do desejo de transmitir essas riquezas, por herança, aos filhos desse homem, excluídos os filhos de qualquer outro. Assim o matrimônio e, portanto a formação da família passou a depender inteiramente de considerações econômicas.

Na compreensão de Sarti (2002, p.85) os pobres consideram a família não somente como rede de apoio e cuidado mútuo, mas como uma referência simbólica fundamental que organiza e ordena sua percepção do mundo social, dentro e fora do contexto familiar, isto é, são considerados da família aqueles em quem se pode confiar, unidos por laços de consangüinidade ou não.

Essa rede de solidariedades, de afetividades, de laços não-consangüíneos, que se constrói, e se conceitua como família, tem relação com o agravamento da questão social decorrente das mudanças no mundo do trabalho, tais como o aumento do desemprego e a precarização do trabalho, apontando para um frágil sistema de proteção social às famílias, inseridas no contexto de desigualdades, insegurança e vulnerabilidades.

Potyara Pereira (1994) chama atenção para dois aspectos que considera importante antes de atribuir à família a responsabilidade quase que exclusiva com o futuro de seus membros. No primeiro destaca as alterações ocorridas na organização e dinâmica familiar as quais têm modificado as redes de solidariedade familiar, tornando-se as interações precárias entre os poucos membros da família.

O segundo ponto considerado relevante pela autora, diz respeito aos efeitos causados pela crise econômica do país, tais como: o desemprego crescente, redução dos salários, precarização das condições e relações de trabalho, desregulamentação dos direitos sociais. Pereira afirma que essas mudanças atingem principalmente a família, a qual fica fragilizada para o devido suporte material e social aos indivíduos que nela se apóiam buscando encontrar refúgios para a situação de exclusão.

A família ocupa centralidade no âmbito da sobrevivência material de seus membros tendo na sociedade capitalista um duplo papel, o de unidade de renda e de consumo, a partir da luta e busca pela provisão das necessidades básicas. As condições de vida dependem do empenho de todos os membros da família e da articulação das mais diversas formas de alternativas para superar as situações de precariedade social, diante do desemprego ou inserção precária no mundo do trabalho.

As condições sociais e econômicas presentes na realidade brasileira reiteradamente vem ditando uma tendência de resolver na esfera privada questões de ordem pública. Em outros termos:

“Na ausência de direitos sociais, é na família que os indivíduos tendem a buscar recursos para lidar com as circunstâncias adversas. Dessa forma, as mais diversas situações de precariedade social, desemprego, doença, velhice, encaradas como dramas da esfera privada, tenderam a ser solucionadas na família, como responsabilidade de seus membros. Na atualidade, mais do que nunca o Estado tende a se desobrigar da reprodução social, persiste a tendência de transferir quase que exclusivamente para a família responsabilidades que, em nome da solidariedade, da descentralização ou da parceria, a sobrecarregam”. (SALES; MATOS; LEAL 2004 p. 64)

A crescente reconstituição das famílias, em função dos divórcios e recasamentos tornam muito mais complexas e intrincadas as redes de parentesco e de solidariedade. Assim, observa-se que as famílias, a partir dos anos 1990, tornaram-se mais efêmeras e heterogêneas e assumiram uma variedade de formas e arranjos.

Contudo, a família é considerada pela sociedade a mais importante instituição, é tida como a base da sociedade que têm especial proteção do Estado, legitimada pela Constituição Federal Brasileira de 1988, no capítulo VII que trata da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso, no artigo 226, cujo conceito de família abrange diversos arranjos, conforme expressa o texto constitucional:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 1º - O casamento é civil e gratuita a celebração.

§ 2º - O casamento religioso tem efeito civil, nos termos da lei.

§ 3º - Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.

§ 4º - Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

§ 5º - Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.

§ 6º O casamento civil pode ser dissolvido pelo divórcio.

§ 7º - Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

§ 8º - O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações. (CF/1988)

Se considerarmos a mudança no perfil dos idosos quanto à sua contribuição no orçamento doméstico e, portanto no sustento das famílias, em que muitas vezes são os únicos a possuírem renda na família, seja por aposentadoria ou benefício assistencial, considerados como chefes de família, iremos verificar uma mudança: o idoso passa da condição de dependente para o de provedor na família.

Desse modo, torna-se pertinente trazer à tona preocupações relativas às condições e cuidados com a sua saúde. Tais questionamentos nos remetem à importância do envolvimento da família com o processo de saúde dos seus idosos. Levam-nos ainda, a uma reflexão quanto à ação do Estado na resposta a essas necessidades, bem como a participação da sociedade, mediante políticas públicas.

1.3- Estado e Sociedade Civil no contexto da Política Pública

Para uma melhor compreensão da relação entre Estado e Sociedade civil, partimos do entendimento que toda reflexão deve priorizar as ações referentes ao atendimento das demandas e necessidades sociais por parte do Estado, ou seja, a abrangência das políticas públicas. Da conceituação clássica de política depreende-se que “a política constitui uma relação entre pessoas diferentes ou desiguais, tendo por isso um caráter conflituoso e, nesse sentido há a mediação do Estado” (Pereira: 2010,89).

Segundo Pereira (2008, p. 94), a política pública não é só do Estado, visto que, para a sua existência, a sociedade também exerce papel ativo e decisivo. A palavra pública refere-se à ação pública, na qual, além do Estado, a sociedade se faz presente, ganhando representatividade, poder de decisão e condições de

exercer o controle sobre a sua própria reprodução e sobre os atos e decisões do governo.

O caráter público da política é dado pelo fato de significar um conjunto de decisões e ações que resulta ao mesmo tempo de ingerências do Estado e da Sociedade, e têm como principais características: concretização de direitos sociais conquistados pela sociedade e incorporados nas leis; ações essas que devem guiar-se pelo princípio do interesse comum, ou público e da soberania popular com vistas à satisfação das necessidades sociais. Os direitos sociais só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas, as quais, por sua vez, operacionalizam-se por meio de programas, projetos e serviços.

Em resposta às necessidades postas pela sociedade, a política pública tem uma dupla função: concretizar direitos conquistados pela sociedade e incorporados nas leis e alocar e distribuir bens públicos, os quais devem apresentar um caráter universal e devem ser de fácil acesso, em outras palavras, devem visar o interesse geral e estarem disponíveis a todo cidadão.

Dessa forma, as políticas públicas devem concretizar direitos sociais, os quais se guiam pelo princípio de igualdade e têm como perspectiva a equidade, a justiça social, e nesse sentido podem permitir à sociedade exigir atitudes positivas, ativas do Estado para transformar esses valores em realidade.

De acordo com Sposati (2002:38), a concepção de política social refere-se a um conjunto de provisões de necessidades sociais do cidadão que são incluídas como de responsabilidade social e publica. Acrescenta ainda a autora que as políticas sociais latino-americanas, ou de surgimento ao final do século XX, aparecem como sociedades subalternas à regulação econômica dominante exercida pelo mercado financeiro.

O reconhecimento dos direitos sociais e humanos no Brasil data da última metade do século XX. Reconhecimento esse formal não significando necessariamente concretização, ou seja, em uma grande parte só existem no papel em forma de leis e sem a devida efetivação. O que se observa é uma lacuna entre o perfil legal avançado do país e as condições reais da população que permanece

excluída do acesso a esses direitos, em outras palavras há um verdadeiro confronto entre o real e o legal.

Vale ressaltar que as Políticas Sociais representam o retorno dos conflitos de classes que se manifestam na sociedade, ou seja, representam a resposta do Estado a esses conflitos e mobilizações da sociedade, evidenciando o grau de responsabilidade Estatal com relação à garantia das necessidades sociais dos cidadãos.

Nas políticas sociais, sob a hegemonia econômica neoliberal, os programas sociais são geridos pelo princípio da alta rotatividade, não sendo geradas garantias sociais, afastando a possibilidade da universalização da cidadania. Nos países de regulação tardia, no caso da América latina, as ações do Estado caracterizam-se por responder frágil e temporariamente aos direitos sociais, dessa forma as políticas sociais são focalizadas.

As reflexões de Wanderley (1997) ao analisar o caso da América latina apontam que são três os agentes estratégicos que atuam mais diretamente nas políticas sociais: o Estado, a Sociedade Civil e o Terceiro Setor. O *Estado* tem um papel fundamental, e apesar da retórica antiestatal, de fundo neoliberal, este não pode se eximir de traçar políticas sociais universalizantes. A *Sociedade Civil*, no sentido gramsciano, passou a brigar um sentido mais abrangente referido a todos aqueles que não fizessem parte do estatal, do oficial. O *Terceiro Setor* aparece como uma corrente no seio da sociedade civil, como forma de reorganização desta e origina-se com a atuação de alguns movimentos sociais e das Organizações Não-Governamentais.

Com o propósito de compreender o papel da sociedade civil no âmbito das políticas públicas, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre sua conceituação. O termo Sociedade Civil tem sido empregado largamente para designar e atender interesses diversos. Conforme afirma Marco Aurélio Nogueira:

A Sociedade Civil serve para que se faça oposição ao capitalismo e para que se delineiem estratégias de convivência com o mercado, para que se proponham programas democráticos radicais e para que se legitimem propostas de reforma gerencial no campo das políticas públicas [...] É em nome da Sociedade Civil que muitas

peçoas questionam o excessivo poder governamental ou as interferências e regulamentações feitas pelo aparelho de Estado. (Nogueira, 2003, p. 186).

Na concepção Gramsciana, a Sociedade Civil é considerada um espaço onde são elaborados e viabilizados projetos globais de sociedade, se articulam capacidades de direção ético-política, se disputa o poder e a dominação. Um espaço de luta, governo e contestação, no qual se formam vontades coletivas. (Nogueira, 2003, p. 191).

No processo de reorganização e participação da sociedade civil na condução das políticas públicas no Brasil, um fator importante foi a implementação dos conselhos, os quais tem contribuído para ampliar o processo de publicização da sociedade e questionar a visão dominante sobre o social.

A participação da sociedade civil no campo da gestão pública no Brasil, datam das duas últimas décadas do século XX. Nos anos oitenta vivenciou-se um clima de redemocratização no país, com a emergência de movimentos sociais e sindicais, culminando em avanços legais, como o que prevê a Constituição Federal e Emendas Constitucionais que estabelecem que deva haver participação de trabalhadores, de aposentados, de empregadores, da comunidade, da população, da sociedade civil e de usuários em órgãos gestores e consultivos nas mais diversas áreas de políticas públicas.

Nos anos de 1990 o Brasil assistiu a uma forte onda neoliberal que perpassou os projetos e a gestão pública, na tentativa de privatização dos aparelhos públicos e, por conseguinte de cortes e redução da atuação do Estado, que aos poucos cede lugar ao mercado. Contraditoriamente, é nesta década que as políticas sociais ganham estatuto legal por meio de legislações específicas, porém muitas vezes estas não são observadas.

O agravamento dos problemas sociais e a crise que tem afetado o setor público na década de 1990 impulsionaram o questionamento do padrão centralizador do Estado, bem como a capacidade deste em responder às demandas sociais. Tal situação abre espaço para a participação da sociedade civil, no intuito de

provocar um tensionamento nas agências estatais, no sentido destas tornarem-se mais transparentes e suscetíveis ao controle da sociedade.

A crescente participação da sociedade na gestão pública faz parte de um processo de democratização, de mudanças culturais, da reestruturação produtiva, enfim de novas demandas provenientes de novas estruturas sociais. Dessa forma, a gestão pública ao ser pressionada pela sociedade, seus canais de participação carregam certa complexidade, e como nos aponta Marco Aurélio Nogueira:

A participação expandiu-se, no campo da gestão pública, tanto por pressão de grupos e de indivíduos quanto por iniciativa dos governos: tornou-se ao mesmo tempo, uma demanda social e uma resposta governamental. (Nogueira, 2004, p. 129)

A década de 1980 foi marcada pelo processo de redemocratização no cenário político brasileiro, ocasião em que os movimentos sociais populares, da sociedade civil intensificaram-se com o objetivo de interferir mais efetivamente na gestão pública vislumbrando melhoria para o conjunto da população, por meio da participação no planejamento, elaboração e fiscalização das políticas públicas. Assim, o controle social inscrito na Constituição Federal de 1988 aponta para a ampliação da democracia representativa para a democracia participativa, de base por meio dos conselhos e das conferências (BRAVO, 2009 p, 397):

Contudo, na década de 1990 foi flagrante o processo de reforma do Estado brasileiro, em obediência aos postulados do receituário neoliberal, sendo este Estado estimulado a livrar-se das obrigações públicas de proteção e garantia dos direitos sociais. Nessa conjuntura, nota-se uma apropriação indevida do conceito de sociedade civil por parte do capital. Nesse sentido Amaral afirma:

Esse transformismo faz parte das tentativas da burguesia de constituir o consenso hegemônico, já que para construir as bases de sua reforma intelectual e moral, as classes dominantes precisam exercitar sua condição de dirigente, para neutralizar os projetos sociais antagônicos, não apenas pela força e coerção, mas apropriando-se de seus referenciais, incorporando suas demandas e bandeiras de luta, dotando-lhes de novos conteúdos e, assim, refuncionalizando-as de acordo com o seu projeto político. (AMARAL, 2009, p. 436)

Observa ainda Amaral, que o conceito de sociedade civil foi despolitizado e convertido num mítico *terceiro setor* falsamente situado para além do Estado e do mercado e, dessa forma a investida neoliberal esvazia o significado do conceito

gramsciano — a sociedade civil é transformada num agregado de indivíduos que realizam os seus interesses particulares” (2009, p. 436).

Os conselhos de políticas públicas representam os mecanismos participativos, por excelência nas diversas áreas e níveis da administração pública brasileira, com os quais se almeja aperfeiçoar a gestão das políticas descentralizadas, porém tem sido de pouca eficiência, posto que na maioria dos casos atendem a uma exigência legal para o repasse de recursos financeiros da esfera federal para estados e municípios.

Os conselhos de políticas públicas, enquanto fóruns de participação da sociedade civil, tem se mantido por conta do condicionamento de transferência de recursos financeiros da esfera federal para as subnacionais de governos, atendo-se a atividades relativas a planejamento e fiscalização da aplicação desses recursos financeiros e ao monitoramento da implementação de políticas.

Em tese, o exercício dessa participação tende a exigir da gestão pública novas posturas e medidas mais eficazes. Nesse sentido Nogueira afirma que:

A abertura de espaços de participação pode, efetivamente facilitar a obtenção de respostas para as demandas comunitárias, ampliar a comunicação entre governantes e governados, fornecer melhores parâmetros para a tomada de decisões e, nessa medida, fortalecer a gestão pública e promover a expansão da cidadania ativa. (Nogueira, 2004, p.143)

Um fator importante para o exercício da participação da sociedade na gestão pública, diz respeito à qualidade dessa participação. São necessárias pessoas qualificadas que sejam capazes de pensar de modo complexo, realizar análises de situações concretas e imprimir outro padrão ético à administração pública. O que se tem notado é a pouca qualidade participativa, posto que nesse processo está implícita uma correlação de forças, uma situação conflituosa onde estão envolvidos interesses diferentes, contraditórios.

Sem o devido preparo, a sociedade civil ao tomar assento nos fóruns de participação, em especial nos conselhos, corre o risco de ser manipulada pelos técnicos e burocratas da gestão pública. Lamentavelmente, essa tem sido uma realidade nos referidos fóruns, os quais priorizam uma pauta eminentemente

técnica, contábil e orçamentária, tornando-se espaços meramente formais, pois se convocam reuniões para sancionar o que já fora decidido num plano técnico, administrativo.

Na verdade, os conselhos gestores de políticas públicas deveriam ser espaços de socialização, de co-responsabilização por parte do Estado e da Sociedade. Isto porque os mesmos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais.

Embora sejam considerados como peças centrais no processo de descentralização e democratização das políticas sociais, obrigatórios e legalmente indispensáveis para o repasse de recursos federais para Estados e Municípios, os conselhos ainda apresentam baixa capacidade propositiva, com reduzido poder de influencia no processo de definição dessas políticas.

Um olhar atento nas formas de participação da sociedade civil na gestão pública brasileira nos permite traçar algumas considerações dessa relação complexa e, por vezes contraditória, entre sociedade civil e Estado. Dentre as pontuações que consideramos pertinente, consideramos que a participação da sociedade civil nos espaços e fóruns públicos é de extrema importância, haja vista que potencialmente poderá provocar alterações na condução das políticas públicas, com o intuito de tornar acessíveis os bens públicos aos cidadãos. Por outro lado, a participação ainda precisa ser cotidianamente aprimorada.

Outro aspecto que merece destaque é o fato da sociedade Civil ser por excelência, um campo de interesses que se contrapõem havendo uma nítida correlação de forças e, nos espaços públicos de interlocução acaba por se fragmentar e resultar em baixa qualidade de atuação, no sentido propositivo.

Os fóruns públicos representam um importante avanço no processo de democratização na gestão pública, porém são nítidas também suas limitações, em outras palavras, a participação da sociedade civil na formulação e implementação das políticas públicas brasileiras, tem representado uma conquista, um avanço, contudo ainda há muito a ser feito no sentido de se converter em recurso gerencial, enquanto espaço de cooperação para viabilização de políticas públicas.

É inegável a importância da participação da sociedade civil para o conjunto do marco legal que hoje a população idosa dispõe na sociedade brasileira, muito embora seja questionável a sua efetividade no cotidiano como um todo.

Convém destacar que as décadas de 1980 e 1990 são marcadas pela emergência do envelhecimento na agenda social como um problema social e político relevante, muito embora, os movimentos em prol do idoso e de problematizações sobre o envelhecimento datem do final da década de 1970. Teixeira (2008, p.171) afirma que a transformação da velhice em tema privilegiado deve-se tanto à revolução demográfica mundial, com o aparecimento do fenômeno da longevidade, quanto à força dos grupos de pressão como movimento de aposentados e pensionistas, sob a influência da Gerontologia Internacional, principalmente norte-americana, cuja orientação influenciará o modo de interpretar a problemática do envelhecimento e as políticas sociais.

Para Teixeira (2008, p.282), os conselhos apresentam possibilidades e limites, principalmente no contexto de reformas neoliberais, de modo a viabilizar a rede de proteção ao idoso e suas deliberações esbarram na vontade do poder público de democratizar, ou não, as decisões, de respeitar, ou não, as deliberações. No geral, não há interesse, por parte do poder governamental, em implantar esses órgãos deliberativos e em proporcionar meios para o seu funcionamento, a não ser quando eles são necessários para receber recursos federais. .

Os movimentos sociais em prol do idoso e das questões relativas ao envelhecimento ganharam força e visibilidade, a ponto de estabelecer um arcabouço legal imprescindível na garantia de direitos para esse segmento populacional e um desses importantes instrumentos é Estatuto do Idoso, regulamentado pela Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Entretanto faz-se necessário um permanente *estado de alerta*, uma reflexão no que tange às responsabilidades que são impostas para a sociedade civil como um todo com o intuito de liberar o Estado de suas obrigações como o público.

CAPÍTULO II

POLÍTICAS PÚBLICAS E IDOSO

O envelhecimento é um direito personalíssimo e sua proteção um direito social. É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à sua saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável em condições de dignidade.

Estatuto do Idoso

Art. 8º e 9º.

O objetivo deste capítulo consiste em abordar o cenário das políticas públicas de Atenção à Pessoa Idosa, na perspectiva de conhecer o sistema de proteção social brasileiro, especificamente o Sistema Único de Saúde. Desse modo está constituído por dois itens: Políticas Públicas de Atenção à Pessoa Idosa à luz da legislação brasileira e Sistema Único de Saúde – reflexões sobre a operacionalidade dos serviços e a pessoa idosa.

As políticas públicas, de proteção social, tem historicamente assumido uma estreita relação com a questão da produtividade humana na sociedade em que vivemos, especialmente as voltadas às pessoas idosas, ou seja, numa sociedade em que prevalece a produção de riquezas materiais e a geração de lucros a todo e qualquer custo dos trabalhadores e pouco ou nenhum a quem detém os meios de produção.

Dada a centralidade da saúde e de cuidados na vida das pessoas idosas, as políticas sociais, de proteção social, voltadas para essa parcela da população são majoritariamente de natureza da seguridade social, ou seja, vinculadas ao tripé previdência, saúde e assistência social.

2.1- Políticas Públicas de Atenção à Pessoa Idosa à luz da legislação brasileira

Ao analisar as estratégias de intervenção do Estado relativas à proteção social ao conjunto da população faz-se imperativo abordar a importância que o trabalho assume na sociedade, no que tange à produção e reprodução social. Segundo Granemann (2009, p.225), o trabalho continua a ser o eixo fundamental da sociabilidade humana, uma vez que a concepção de trabalho como fundador da sociabilidade humana implica no reconhecimento de que as relações sociais construídas pela humanidade, desde as mais antigas, sempre se assentaram no trabalho como fundamento da própria reprodução da vida dado que, por meio de tal atividade, produziram os bens socialmente necessários a cada período da história humana.

O homem, ao se distinguir dos demais seres vivos por sua inteligência, definitivamente isto o torna capaz de transformar a natureza e, esse potencial de transformação, na perspectiva filosófica marxista, é concretizado através do trabalho, que invariavelmente se apresenta como um processo dinâmico e recíproco, como podemos perceber na seguinte afirmação, citada por Rigotto:

O trabalho é, em primeiro lugar, um processo entre a natureza e o Homem, no qual este realiza, regula e controla sua própria ação, seu intercâmbio de matérias com a natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. E ao mesmo tempo em que age sobre a natureza exterior a ele e a transforma, transforma sua própria natureza. (Marx, 1972: 424 Apud Rigotto, 2006, p. 234)

Rigotto (2006, p. 234) acrescenta que a partir do trabalho desenvolvem-se a linguagem e a sociabilidade humanas, possibilitando a passagem do ser puramente biológico a o ser social e, que as sociedades tradicionais por muito tempo mantiveram – e as que sobrevivem na contemporaneidade ainda buscam manter – uma relação harmônica com a natureza. Contudo, o surgimento do capitalismo e, particularmente, a Revolução Industrial, introduzem profundas rupturas nas relações, sendo o trabalho convertido em emprego passando a ser progressivamente organizado em um complexo sistema de produção que instaura relações profundamente novas: entre os produtores, entre eles e os meios de produção, deles com os consumidores. A indústria estabelece assim, novos modos de

relacionamento sociedade-natureza e a produção passa a responder às necessidades do mercado e a ser orientada pelo lucro.

Nesse sentido, o trabalho assume a centralidade na sociedade ditando os valores e direcionando a vida das pessoas. Nessa sociabilidade prevalecem relações conflitantes e interesses antagônicos entre as classes sociais e as relações sociais são convertidas em relações econômicas, mediadas pela força de trabalho, enquanto mercadoria que tem prazo de validade determinado, ou seja, enquanto for produtiva, vindo a ser descartada quando não tiver mais utilidade para o processo de acumulação do Capital. Nessa relação defrontram-se reciprocamente dois sujeitos: o trabalhador que vende a sua força de trabalho ao comprador detentor dos meios de produção por tempo determinado.

As desigualdades sociais são inerentes ao sistema de acumulação, posto que historicamente o Capital subordina o trabalho, objetivando a acumulação, que gera, por um lado, riqueza e, por outro, miséria (TAVARES, p. 242). Sendo acumulação e desigualdades indissociáveis no desenvolvimento capitalista, são pertinentes as colocações de Tonet quanto às intervenções do Capital de modo a preservar e não comprometer o sistema de produção:

Diante da produção sempre mais ampla e profunda da desigualdade social e na impossibilidade de atacar as suas raízes, o capital vê-se na necessidade, através do Estado e/ou de inúmeras instituições não diretamente governamentais, de organizar algumas ações de assistência a essa massa de desvalidos. Daí a estruturação das chamadas políticas sociais, dos programas sociais, todos eles voltados não para a erradicação das desigualdades sociais, mas apenas para minimizar os efeitos mais graves da crise do capital. (TONET, 2009, p.113)

A lógica utilitária própria da sociedade regida pelo Capital vai ter reflexos não apenas na produção social (material), mas também na reprodução social, ou seja, vai incidir nas relações sociais e, sobretudo concretamente nas condições de sobrevivência do homem, do trabalhador. Nesse sentido Rocha (1998:39) afirma que a idade para o trabalho torna-se um dos critérios mais perversos das sociedades modernas, pois nunca se é suficientemente novo para trabalhar, mas se é relativamente velho para continuar trabalhando. Dessa forma, observa-se uma espécie de precocidade de velhice em relação ao trabalho, revelando que a perda do emprego por uma pessoa ainda na idade relativamente jovem, implica numa

difficuldade ou mesmo na impossibilidade de nova colocação no mercado de trabalho nas mesmas condições do emprego anterior.

O trabalho não é *a priori*, prejudicial ao homem. Pelo contrário, é por meio do trabalho que o homem se realiza e que demonstra seu poder criativo vindo a construir os meios para a sua sobrevivência. Contudo, a forma como se dá a sua inserção no mundo do trabalho é que vai determinar o grau de nocividade à sua existência. Em outros termos, é a relação homem *versus* trabalho que efetivamente vai implicar na valorização da vida humana.

Sabemos que o processo de produção é altamente rigoroso no que diz respeito à maximização dos meios de produção com vistas à obtenção do lucro. Nesse contexto o homem é submetido a condições desumanas de trabalho, sendo obrigado a um dispêndio de força superior ao que deveria empregar normalmente, provocando, assim, seu esgotamento prematuro.

Esse processo de superexploração do trabalho, que se valida e se perpetua sob critérios meramente econômicos, utilitários e de uso, vai decisivamente comprometer o envelhecimento do trabalhador que paulatinamente vai sendo exposto a um processo de vulnerabilidade social², posto que ao ser recusado enquanto mão-de-obra, o trabalhador fica sem condições de prover os recursos próprios para sua sobrevivência. A esse respeito Teixeira afirma que:

Não tendo o homem valor, a não ser o econômico, como força de trabalho, “condição material da produção”, a velhice está fadada à pobreza e à dependência dos recursos da família e da sociedade, como está sujeita a uma desvalorização social, que reflete a desvalorização da vida humana fora dos circuitos produtivos. (TEIXEIRA, 2008, p. 135)

A aposentadoria é tida então como um rito de passagem, do “mundo do trabalho” para o *mundo do não-trabalho* e está associada à mudança de uma ordem,

² Entende-se por vulnerabilidade social aquelas demandas sociais expostas a processo de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e sua capacidade de reação, como situação decorrente de pobreza, privação e/ ou fragilização dos vínculos afetivos- relacionais e de pertencimento social e territorial (Brasil, Política Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, 2004, p.19).

na qual o trabalho configura-se no pólo a partir do qual se define a identidade social e econômica dos indivíduos, para outra em que suas identidades se vêem questionadas. Para Rocha (1998:43) a aposentadoria constitui-se no marco, no ingresso dos homens e mulheres no mundo da velhice, e apesar da velhice não estar limitada à idade cronológica, designa um processo de tipificação no qual o *status* social do idoso sofre em algumas sociedades uma perda de prestígio.

De acordo com Hareven, (1999:14) o interesse no significado do envelhecimento no início do século vinte estava relacionado a questões sobre os limites da utilidade e eficiência no trabalho que acompanhavam a industrialização e o movimento por proteção social para os idosos. Como podemos perceber há uma clara associação entre aposentadoria e velhice, reiterando o pensamento utilitário e econômico que até hoje tem influenciado as políticas, as ações voltadas aos idosos.

Contudo, é preciso ter presente que a aposentadoria constitui-se numa conquista do movimento operário no início do século XX. Logo, os direitos previdenciários e as políticas sociais destinadas ao segmento idoso seguem uma trajetória de luta da classe trabalhadora à qual o Estado e a sociedade procuram atender de acordo com a correlação das forças em presença nas diversas conjunturas (TEIXEIRA, 2008, p. 83).

Um dos primeiros impactos causados pela ampliação de aposentadorias, principalmente nos países desenvolvidos, foi exatamente a adoção de *novos* discursos e comportamentos voltados para esse interessante segmento de idosos, uma vez que os idosos aposentados demonstram disposição, saúde e principalmente renda para investir todo o seu *tempo livre*. Dessa forma, os *novos* discursos genericamente voltados a todos os idosos fomentam uma pseudovalorização dos idosos e mascaram as diferenças em que vivem as pessoas envelhecidas, desconsiderando as condições reais de vida, os fundamentos materiais de existência da velhice na sociedade.

Há uma clara reorientação no trato das questões relativas ao envelhecimento, agora com *status*, não mais de preocupação, mas de investimento, merecendo uma atenção especial por parte do Capital, por meio de seus instrumentos ideológicos, de modo a suprir o consumo diferenciado de bens e serviços. As

organizações técnico-científicas dos *experts* da velhice, como a gerontologia, passam a difundir novas imagens da velhice influenciando os movimentos em prol dos idosos e as políticas sociais destinadas a esse segmento mundo a fora.

Nesse sentido, a divisão, ou mesmo o repasse de responsabilidades pelo Estado para o conjunto da sociedade e para a iniciativa privada no que se refere às questões sociais, e aqui a problemática do envelhecimento, vem instaurar uma “nova” modalidade de proteção social, conforme nos aponta Teixeira:

Assim é que se explicam as orientações gerontológicas e as organizações internacionais como ONU e OMS na condução das políticas dirigidas aos idosos, no sentido de serem de responsabilidade do Estado, da sociedade civil e da família. Além do investimento na velhice bem-sucedida, ativa e saudável, como critério universal de enfrentamento da problemática do envelhecimento, que dá origem a programas preventivos e socioculturais, centrados no indivíduo, na sua vontade e motivação para reverter o quadro de experiências socialmente produzidas. (TEIXEIRA, 2008, p. 119).

Como parte do conjunto de orientações para as questões relacionadas ao envelhecimento, há a difusão de uma cultura autopreservacionista da saúde, do corpo, do bem-estar físico e mental, que auto-responsabilizam os idosos pelos seus problemas, independentemente das condições materiais de existência. Contudo, ao negar, ou propositalmente desconsiderar as diferenças de vivências do envelhecimento, essas orientações escamoteiam as desigualdades sociais a que são submetidas uma grande maioria da população, inclusive os idosos, especialmente nas sociedades capitalistas periféricas, como o Brasil.

É fato que as desiguais condições de vida e de trabalho incidem diretamente no processo de declínio biológico, uma vez que a intensa exposição a condições precárias de vida reflete no grau de vulnerabilidade e de maior probabilidade de incidência de doenças. Isso explica os porquês dos problemas de saúde serem mais freqüentes nos idosos do que na população em geral.

No final da década de 1970 no Brasil se intensificam os movimentos em prol do idoso e de problematizações sobre o envelhecimento. Não por acaso, não apenas pelo aumento numérico da população idosa, mas como parte dos

movimentos sociais, que pressionam, agora sob a influência das organizações internacionais como ONU.

Contudo, é na década de 1980 e de 1990 que o envelhecimento efetivamente entra na agenda social como um problema social e político relevante. Agora definitivamente sob a influência das agências internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial que passam a imprimir ajustes estruturais impondo novas diretrizes e reformulações das políticas sociais.

Essas orientações neoliberais tendem a induzir um processo de desresponsabilização do Estado perante as refrações da questão social. As intervenções nas questões relativas ao envelhecimento se pautam na preocupação quanto aos custos previdenciários, médicos e sociais, caso não se invista no envelhecimento ativo, saudável e produtivo, considerando o crescimento cada vez maior de idosos nos países em desenvolvimento.

Dessa forma, passa-se a investir maciçamente numa nova imagem do envelhecimento, como mais um recurso utilizado pelo Estado para transferir suas responsabilidades de proteção para com os idosos e suas famílias. De acordo com Teixeira (2008, p.183): com essa perspectiva acaba-se “potencializando o idoso através de ações preventivas, educativas e de lazer de modo a torná-lo ativo e saudável por mais tempo, reduzindo os custos de um envelhecimento doentio e marginalizado para o Estado”.

Eventos são intensificados, de forma a tornar cada vez mais presente a influência dessa “nova” forma de encarar a problemática do envelhecimento. Teixeira assim descreve os principais marcos:

Ano de 1982 — realização em Viena da *Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento* (AME), com o patrocínio da Organização Mundial da Saúde (OMS), em que foi traçado o Plano de ação Mundial sobre o Envelhecimento (Pame), com o intuito de incentivar e fornecer diretrizes para as políticas dirigidas aos idosos, de sensibilizar governos e organizações não-governamentais para as questões do envelhecimento.

Ano de 1991— Aprovação, pela Assembléia da ONU, dos *Princípios das Nações Unidas em favor das pessoas idosas* (Resolução n. 46/91), com a recomendação de eles serem incorporados, o quanto antes, aos programas nacionais de direitos humanos, a fim de

priorizar questões como independência, autonomia, participação e assistência social ao idoso.

Ano de 1999— A OMS criou o Movimento Global para o *Envelhecimento Ativo*, instituindo 1999 como o *Ano Internacional do Idoso*, além de lançar o projeto de política de saúde que pretende orientar as discussões e a formulação de planos de ação em todo o mundo, visando promover um envelhecimento saudável e ativo.

Ano de 2002— é realizada *II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento*, com a abordagem do envelhecimento ativo, ou do envelhecimento produtivo fornecendo um esquema para o desenvolvimento de estratégias, nos níveis global, nacional e local sobre a população que está envelhecendo, pautado em três pilares: independência, participação e segurança. (TEIXEIRA, 2008, p.183-188).

As políticas sociais públicas, de proteção aos idosos inicialmente estiveram diretamente atreladas ao mundo do trabalho, cuja preocupação visava dar respostas às condições objetivas de sobrevivência, dos trabalhadores dispensados do trabalho a partir de reivindicações dos próprios trabalhadores, sob o formato de políticas públicas de seguridade social, especialmente a aposentadoria. Nesse sentido, o trabalhador é quem de fato compulsoriamente financia sua proteção, uma vez que a aposentadoria tem uma natureza contributiva.

E nesse contexto, o sistema de proteção social voltado aos idosos não deve ser visto como o resultado de um movimento autônomo, específico para esse segmento, mas como integrante de um movimento maior da classe trabalhadora, que reivindicava por melhores condições de vida e de trabalho.

Devido a pouca eficiência do Estado frente às necessidades de proteção social dos trabalhadores, a sociedade civil, passa então a procurar respostas a essas necessidades. E isso se deu com a participação dos próprios trabalhadores, por meio de mutualidades, como uma forma de autodefesa do trabalho diante do capital, recorrendo à autoproteção, à ajuda mútua, com o objetivo de assegurar materialmente os trabalhadores em situação de desemprego, velhice, doença e morte. Esse vem a ser o embrião do sistema previdenciário que mais tarde vai se estruturar e ser assumido, administrado pelo Estado, conforme afirmação de Teixeira:

A política previdenciária, cujo modelo nasce das mutualidades e das CAPs³, é uma das mais antigas formas de respostas à problemática social do envelhecimento do trabalhador e a outras situações de riscos, tais como: maternidade, invalidez, morte, enfermidade, acidente de trabalho, dentre outros, visando garantir a reposição de renda dos seus beneficiários, quando não mais puderem trabalhar. (TEIXEIRA, 2008, p. 157)

Da década de 1960 até meados da década de 1970 o sistema de proteção social público brasileiro se consolida e se expande para além do setor formal. Em outros termos, “os trabalhadores idosos que não tinham suas atividades laborais reconhecidas por lei foram incluídos na assistência previdenciária, assim como os idosos carentes, e os idosos do setor informal, os pobres, de forma geral, também foram incluídos, através da lei n. 6.179 de 11 de dezembro de 1974, que aprova o amparo da previdência social para os velhos carentes com mais de 70 anos e para inválidos, no valor de meio salário mínimo. (TEIXEIRA, 2008, p.163).

Faleiros (2007) ao analisar o processo de efetivação da cidadania das pessoas idosas no Brasil, relaciona esse processo com a história social e política do país e com as trajetórias socioeconômicas e familiares, vinculadas à desigualdade dominante no seio da sociedade. De sua análise depreende-se a demonstração de como os direitos da pessoa idosa foram inscritos na legislação maior do país, na Constituição Federal, conforme descrição abaixo:

Constituição Federal de 1934 (inciso h do parágrafo 1º do artigo 121): no Brasil os direitos da pessoa idosa foram inscritos sob a forma de direitos trabalhistas e de uma Previdência Social “a favor da velhice”, pois ao se tornar improdutivo no trabalho industrial, o indivíduo era considerado velho;

Constituição Federal de 1937 (artigo 137): estabeleceu o seguro de velhice para o trabalhador;

Constituição Federal de 1946 (artigo 157): estabeleceu a Previdência “contra as conseqüências da velhice”;

Constituição Federal de 1967: estabeleceu a Previdência social “nos casos de velhice”(artigo 158). A velhice era então uma questão privada, do âmbito da família, ou do âmbito da filantropia e da religião;

Constituição Federal de 1988: elaborada no processo de transição demográfica e que rompeu com a ditadura militar, configurou um Estado de direito, com um sistema de garantias

³ CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões.

da cidadania. No capítulo da ordem Social, no que se refere ao idoso e ao portador de deficiência, o artigo 203 estabelece o direito a um salário mínimo em situação de falta de meios de subsistência. Esse artigo foi regulamentado pela Lei Orgânica da assistência Social (LOAS – Lei n. 8.742/03). E ainda, o artigo 230 da CF determina como dever da família, da sociedade e do Estado o amparo às pessoas idosas, tornando-as credoras de direitos, “assegurando sua participação na comunidade e defendendo sua dignidade e bem-estar”, numa clara referência à Declaração Universal dos Direitos Humanos.

(FALEIROS, 2007, p. 155)

Esse breve apanhado histórico a respeito dos direitos da pessoa idosa no Brasil, de ordenamento jurídico, descrito por Faleiros vem ratificar a estreita relação entre produtividade e velhice, a partir da qual são estabelecidas as formas de intervenção e proteção às pessoas idosas na sociedade.

Muito embora, a Constituição Federal Brasileira de 1988 tenha materializado as principais reivindicações do movimento de aposentados e pensionistas, contraditoriamente, os direitos arduamente adquiridos passam a ser questionados, agora sob a ótica neoliberal de redução dos direitos sociais e de enxugamento do Estado quanto às suas responsabilidades de proteção social. Este reiteradamente usa de estratégias, de artifícios para repassar tais obrigações à sociedade, à família e ao mercado, de forma sutil, mediante novos discursos, entre os quais o incentivo à participação da sociedade civil, por meio das organizações não governamentais.

A constituição dos direitos sociais para as pessoas idosas está diretamente relacionada à visibilidade das lutas por direitos previdenciários, notadamente a aposentadoria, contudo a saúde e a assistência social vão compor o conjunto das lutas majoritárias desse público. Nesse sentido Faleiros (2007: 159) afirma que o direito à aposentadoria, a chamada *proteção à velhice* inscrita na Constituição do Brasil, não alcançou ainda 25% dos idosos acima de 70 anos, embora, depois da saúde, a Previdência Social seja o principal direito assegurado aos brasileiros.

A década de 1990 representa um marco quanto à normatização, regulamentação jurídica dos direitos inscritos na Constituição Federal Brasileira. Para os idosos, notadamente os ganhos jurídicos são muitos, porém carecem de sua efetivação.

Presenciamos na última década do século XX a proliferação de iniciativas da sociedade civil que se misturam à ação do Estado e ganham legitimidade e legalidade reforçando a parceria Estado/Sociedade para o *enfrentamento* da pobreza. Esse entrelaçamento privado/público vem significar a refilantropização da questão social, que paulatinamente passa às mãos do setor privado com o aval do Estado, incidindo diretamente no comprometimento dos direitos sociais.

Há, portanto uma disseminação das iniciativas da sociedade civil de proteção social aos idosos no âmbito Estatal, vindo a ser considerados como parâmetros, modelos de proteção e como modalidade de prestação de serviços social, agora institucionalizados pela ação pública estatal mediante legislações específicas como a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso.

Nesse sentido, segundo Teixeira (2008, p. 265) a Política Nacional do Idoso(PNI) passou não apenas a regular as diversas iniciativas privadas e públicas de ações de proteção ao idoso, criando princípios e diretrizes para uniformizá-las, mas também a legalizar formalmente e incentivar essas instituições privadas como executoras da política. Há uma homogeneização do segmento idoso pela PNI, mascarando assim as desigualdades sociais e as diferentes vivências do envelhecimento da população brasileira.

A Política Nacional do Idoso se constitui numa legislação que se enquadra nas novas diretrizes (internacionais) da política social, que não prioriza o Estado como garantidor desses direitos, mas como normatizador, regulador, co-financiador, dividindo as responsabilidades da proteção social com a sociedade civil, comunidade e a família. Isso porque apesar de expressar ser rica em proteção social, concretamente representa um caráter formal, legalista de difícil efetivação em ações de proteção.

Resultante do processo de mobilização das organizações em prol dos idosos e das iniciativas do Estado, portanto sob a orientação do movimento internacionalista da Gerontologia, a Política Nacional do Idoso (PNI) é criada em 1994, pela Lei n. 8.842/94 sendo regulamentada pelo Decreto Nº 1.948 de 03 de julho de 1996. O objetivo da PNI é assim descrito no seu primeiro artigo: assegurar os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover sua autonomia,

integração e participação efetiva na sociedade. A referida lei cria os Conselhos de Direitos do Idoso e um leque de ações governamentais que devem implementar as políticas para o idoso em várias áreas, como assistência, habitação, saúde, educação, cultura, lazer e Previdência Social. (FALEIROS, 2007, p. 156).

As diretrizes da PNI orientam à priorização do atendimento do idoso na própria família, numa clara responsabilização das famílias para com a proteção e os cuidados com os seus idosos restringindo dessa forma a atuação do Estado a casos extremos de pobreza e abandono. Tal orientação sugere uma indagação: a família também não está carecida de proteção social por parte do estado? A família é considerada enquanto espaço de proteção social, e não como sujeito da proteção, que faz parte das estratégias de retomada das redes de solidariedade primárias, tendo como central a família. Vê-se, assim, a introdução, na área da saúde, da questão do cuidador informal (TEIXEIRA, 2008, p. 271)

As ações governamentais previstas para a área de saúde estão expressas no Artigo 10 da Política Nacional do Idoso, abaixo descritas:

- a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema único de Saúde;
- b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde dos idosos, mediante programas e medidas profiláticas;
- c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares
- e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e
- h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

(Art. 10 da PNI)

O Decreto-Lei N. 1.948/ 1996, que regulamenta a PNI, acrescenta nas ações de saúde a competência de desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso de forma a: estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, como autonomia e independência que lhe for própria; estimular o autocuidado e o cuidado informal; envolver a população nas ações de promoção da saúde do idoso; estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de grupos de convivência, em integração com outras instituições que atua no campo social; produzir material educativo sobre a saúde do idoso (TEIXEIRA, 2008, p. 287).

Com a regulamentação da PNI foram definidas as competências dos ministérios envolvidos na execução da lei. Inicialmente a coordenação geral da Política Nacional do idoso, ficou a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social e a partir de 2009 a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República assume esta competência.

O Estatuto do Idoso, Lei n.10.741/2003, aprofunda a Política Nacional do Idoso (PNI), prevendo que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-se-lhe, todas as oportunidades e facilidades, para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (artigo 2º). Prevê ainda que “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social (artigo 8º), sendo obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde (artigo 9º) e, junto com a família e a sociedade, garantir sua liberdade e dignidade.

O Estatuto também estabelece outros direitos tais como: educação, ao exercício da atividade profissional e à habitação. Dessa forma, o Estatuto do Idoso constitui-se, em um importante instrumento de garantia de direitos que cria os mecanismos necessários à regulamentação dos direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

No capítulo IV do Estatuto do Idoso, que trata do direito à saúde, fazemos destaque para dois artigos que consideramos pertinentes neste estudo relativos à

atenção integral à saúde do idoso e da necessidade de qualificação dos profissionais envolvidos com o atendimento ao idoso, abaixo descritos:

Art.15: É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Art. 18: As instituições de saúde devem atender os critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda. (ESTATUTO DO IDOSO).

Em Manaus, a Política Municipal do Idoso (PMI) foi aprovada em 4 de julho de 1999 e instituída pelo Decreto Nº 5.482, de 7 de março de 2001, cujo objetivo está expresso no seu primeiro artigo:

Art. 1º A Política Municipal do Idoso tem por objetivo definir não só ações e estratégias, bem como mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações que garantam os direitos sociais da população idosa do Município de Manaus e assegurem a promoção de sua autonomia, integração e participa efetiva na sociedade.

Os princípios e as diretrizes a serem observados na execução da Política Municipal do Idoso seguem as orientações nacionais previstas na PNI, com destaque para divisão de responsabilidades entre família, sociedade e Estado para assegurar ao idoso todos os direitos inerentes à cidadania e que, o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos.

A implantação da Política Municipal do Idoso em Manaus é de competência dos órgãos públicos e da sociedade civil organizada, cabendo à Fundação Doutor Thomas a coordenação, acompanhamento e avaliação dessa política, assim como o monitoramento técnico dos profissionais envolvidos (Artigo 4º).

A Fundação Dr. Thomas tem a responsabilidade de coordenar e avaliar a execução da Política Municipal do Idoso, mediante o desenvolvimento de ações estratégicas capazes de garantir os direitos sociais da população idosa do município de Manaus e assegurar a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Seus principais programas são: Programa de Longa

Permanência – atendimento asilar; Programa de Atendimento Domiciliar (PADI) – caracteriza-se pela realização de visitas às residências, prestando um atendimento inicial e desenvolvendo um trabalho conjunto entre idoso e família, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e evitar a internação e o Programa Conviver – Parque Municipal do Idoso que é um espaço onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população idosa de Manaus. Além da realização de Curso de Formação de Cuidador de Idoso.

Manaus conta também com outros equipamentos sociais, sob a gestão do Estado, voltados para o atendimento desse público idoso. O Centro Estadual de convivência do Idoso, localizado na área central da cidade (no bairro de Aparecida) que desenvolve atividades, programações específicas para os idosos. Os oito Centros de Referência da Família localizados na Capital (31 de Março, André Araújo, Thomé de Medeiros Raposo, Maria de Miranda Leão, Arar, Pe. Pedro Vignola e Magdalena Arce Daou) são unidades que visam através de atividades sócio-educativas, assistenciais e de capacitação, melhorar a qualidade de vida de seus cidadãos. O público-alvo são as famílias, com atenção especial a adolescentes e idosos.

Para efeitos desse estudo, fazemos destaque para a Seção III que trata da saúde. O artigo 8º da PMI estabelece algumas competências para a Secretaria Municipal de Saúde, entre as quais a sensibilização das unidades hospitalares sobre a prioridade no atendimento ao idoso, de acordo com a gravidade do caso (inciso IV). A previsão é estabelecida buscando garantir a atenção integral à saúde do idoso, considerada como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

2.2- O Sistema Único de Saúde (SUS): reflexões sobre a operacionalidade dos serviços e a pessoa idosa.

A saúde está imbricada em todos os aspectos da vida, por questões óbvias, pela sua essencialidade para a existência humana. Na medida em que reconhecidamente a saúde se constitui num completo bem-estar físico, mental e

social, e não apenas a ausência de doença, todos os esforços e empenho devem ser direcionados para que as pessoas possam ter uma vida com qualidade.

Segundo Paim (2011:12), um sistema de saúde representa um conjunto de agências (instituições e empresas) e agentes (profissionais e trabalhadores de saúde) cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações. Estes, de um modo geral, seguem o tipo de proteção social adotado pelos países, se destacando em todo o mundo três tipos: a seguridade social, o seguro social e a assistência.

Paim assim classifica os três tipos de sistemas de saúde:

Os sistemas de saúde universais, ou seja, aqueles destinados para toda a população estão presentes nos países que optaram pela *seguridade social* ou pelo seguro social. No primeiro caso, o direito à saúde está vinculado à condição de cidadania, sendo financiado, solidariamente, por toda a sociedade por meio de contribuições e impostos, como corre na Inglaterra e Canadá, Cuba e Suécia, entre outros.

Nos países com *sistema de proteção social baseado no seguro social*, controlado pelo Estado, também chamado de meritocrático, como por exemplo na Alemanha, França e Suíça, os serviços são garantidos para aqueles que contribuem com a previdência social, possibilitando àqueles que podem pagar pela assistência médica procurarem atendimento particular.

O chamado *sistema de proteção social baseado na assistência*, também conhecido como *residual*, como por exemplo o adotado nos Estados Unidos, proporciona algum atendimento apenas para aqueles que comprovem a sua condição de pobreza e, portanto, a impossibilidade da compra de serviços no mercado. (PAIM, 2011, p 18)

No Brasil, desde a década de 1920 foi adotado um sistema de proteção social baseado no seguro social, inicialmente através das caixas de aposentadorias e pensões, substituídas depois pelos institutos. A partir da Constituição Federal de 1988, foi então instituído o sistema de proteção social de seguridade social, vigente atualmente, muito embora a saúde seja livre à iniciativa privada e o financiamento da saúde não seja majoritariamente público.

Θ desenvolvimento histórico da organização que antecedeu o SUS, o Brasil exibiu uma proteção social incipiente, uma espécie de assistencialismo exclusivo ou modelo residual, até a década de 1920. A partir de 1930, adotou o seguro social

para os trabalhadores urbanos e, depois da Constituição de 1988, vem tentando implantar a seguridade social, a partir da qual foi concebido o SUS. Na realidade, porém ainda se vê no Brasil atual uma mistura dos três tipos de proteção social (residual, seguro social e seguridade social), com conseqüências negativas para o desenvolvimento do SUS e para a consolidação de uma cidadania plena (PAIM, 2011, p.41).

Vale ressaltar que embora o direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, somente depois de quatro décadas o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social. Esse reconhecimento é fruto de um processo iniciado por um movimento social, que sem dúvida alguma ganhou visibilidade e credibilidade no seio da sociedade, envolvendo os mais diversos segmentos, sanitaristas e atores em prol de um sistema de saúde que de fato viesse ao encontro das necessidades sanitárias da população brasileira.

Trata-se do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que, em virtude da pouca ou nenhuma atenção que a saúde pública vinha recebendo por conta dos governos, aglutinou sanitaristas comprometidos com as mudanças do sistema de saúde e diversos atores sociais. Segundo Aguiar:

A Reforma Sanitária refere-se ao projeto articulado ao longo dos anos 70 e 80 no Brasil, na perspectiva de reformulação do sistema de saúde que aprofundou no período do regime militar a sua característica de assistência médica curativa fortemente vinculada ao setor privado e lucrativo, eminentemente excludente, curativo, pouco resolutivo e dispendioso. O projeto de reforma sanitária preconizava a criação de um sistema único de saúde, acabando com o duplo comando do Ministério da Saúde e do INAMPS⁴ que executavam ações de saúde em perspectivas antagônicas. (AGUIAR, 2011, p.36)

O projeto da Reforma Sanitária defendia a universalização do direito à saúde, compreendida como qualidade de vida e um modelo de atenção com ênfase na *integralidade*. Teve como momento expressivo a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, realizada em Brasília – Distrito Federal, em cuja oportunidade, a reforma mais completa do setor saúde foi debatida e pactuada para

⁴ INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

a sua inscrição na Constituição Federal. Inspirou o capítulo *Saúde* da Constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram implantação do SUS.

Como fruto das lutas populares e sindicais a área da saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, fato refletido na Constituição de 1988. Com perfil bastante programático em diversos aspectos, a nova carta constitucional propôs um novo ordenamento ao setor saúde propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. (NOGUEIRA, MIOTO, 2008, p. 221).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde oficial brasileiro estabelecido formalmente a partir da Constituição Federal de 1988. É composto pelo conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas de saúde das esferas municipal, estadual e federal, além dos serviços privados como complementares. Fundamenta-se em uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. O sistema é considerado único, porque os princípios e diretrizes que regem a organização dos serviços e ações de saúde devem ser os mesmos nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), que também terão comando único em cada nível de gestão.

O SUS está descrito na Constituição Federal de 1988, no capítulo II, o da *Seguridade Social*⁵, na seção II, especificamente nos artigos 196 a 200 conforme a seguinte descrição:

- O artigo 196- explicita que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação;

⁵ PAIM (2011: 45) - *Seguridade Social* – “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Art. 194 da Constituição Federal). É financiada com receitas de impostos e contribuições sociais dos orçamentos da União, dos Estados e dos Municípios de forma universalista e equitativa.

- O artigo 197 define as ações e serviços de saúde como sendo de relevância pública;
- O artigo 198 constitui o sistema único de saúde, referido como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, cuja organização deve pautar-se nas diretrizes: descentralização, com direção em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízos das atividades curativas; e participação da comunidade. Define ainda que o financiamento do sistema de saúde brasileiro será feito com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.
- O artigo 199 mantém a assistência à saúde livre à iniciativa privada, explicitando, porém que as instituições privadas poderão participar do SUS de forma complementar, segundo diretrizes do SUS e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos;
- O artigo 200 apresenta as competências do sistema único de Saúde, detalhando as suas atribuições.

A regulamentação do SUS ocorreu em 1990, por meio das Leis Orgânicas da Saúde (LOS): Leis 8.080/90 e 8.142/90. A primeira, a Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e ainda regula as ações, a organização o funcionamento dos serviços de saúde em todo o país. E a segunda, a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde. Dessa forma consolidou-se um importante espaço público de controle social, mediante a participação da população por meio das conferências e dos conselhos de saúde em todas as esferas de governo.

Apesar da abrangência proposta pelo SUS, o sistema público não realiza sozinho na atualidade, a prestação de atendimento coletivo e de assistência médica a toda a população brasileira. O sistema de saúde brasileiro está estruturado em dois subsistemas – o público e o privado – que são interdependentes, como podemos observar na seguinte ilustração:

enquanto direito de todos. A *Equidade* na assistência à saúde assegura que a disponibilidade de serviços de saúde considere as diferenças entre os grupos populacionais e indivíduos, de modo a priorizar aqueles que apresentam maior necessidade em função de situação de risco e das condições de vida e de saúde. O princípio da *Integralidade* da assistência refere-se a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Os princípios organizativos do SUS são assim descritos: A *Descentralização* diz respeito a uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo – federal, estadual e municipal, estabelecendo-se a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A *Regionalização e Hierarquização*: refere-se à forma de organização do sistema de saúde com base territorial e populacional, devendo organizar-se por níveis de atenção de complexidade crescente com fluxos assistenciais estabelecidos entre os serviços, de modo a garantir assistência integral e resolutiva à população. O acesso da população à rede deve iniciar-se pelo serviço de atenção básica que necessita estar qualificada para atender os principais problemas de saúde, encaminhando-se para outros níveis de atenção os casos cuja resolução necessita de serviços de maior complexidade. A *Participação e o controle social* refere-se à garantia da participação da população, por meio de suas entidades representativas, do processo de formulação das políticas públicas de saúde, do controle e de sua execução, em todos os níveis e, de acordo com a Lei 8.142/90, a participação no SUS se dará por meio das conferências de saúde e dos Conselhos de Saúde.

A normatização do SUS vem sendo implementada por uma série de legislações que incluem as Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) e outras leis, emendas, decretos, normas (NOB – Normas Operacionais Básicas) e portarias que foram editadas posteriormente.

Objetivando consolidar o processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde é feita uma pactuação de responsabilidades entre os três gestores do SUS (municípios, estados e União), no campo da gestão do sistema e

da atenção à saúde. O Pacto pela Saúde representa um instrumento importante no que tange à operacionalização do SUS, sendo instituído pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, como uma ferramenta de responsabilização pública de cada esfera governamental e compõe-se de três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto em defesa do SUS objetiva discutir a questão da saúde pública buscando a consolidação da política pública de saúde como política de Estado e não de governo. O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. O Pacto pela Vida refere-se ao compromisso firmado entre os gestores do SUS, em relação às prioridades que apresentam impactos sobre a saúde da população brasileira.

A saúde do idoso é a primeira das seis prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida. Os trabalhos a serem realizados deverão seguir, dentre outras diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde do idoso; implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando-se o critério de risco; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS, na área do idoso; e divulgação e informação sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.

O Pacto pela Vida estabelece algumas ações estratégicas para a saúde do idoso, entre as quais se destaca: caderneta de saúde do idoso, enquanto instrumento para facilitar o acompanhamento da saúde da pessoa idosa por parte dos profissionais de saúde; manual de atenção básica à saúde do idoso que serve de apoio às ações de saúde do idoso; o programa de educação permanente na área do envelhecimento que objetiva capacitar os profissionais que trabalham na rede de atenção básica; acolhimento na assistência ao idoso, enquanto um facilitador ao acesso; assistência farmacêutica que objetiva a qualidade na dispensação dos medicamentos e no acesso; e, a atenção diferenciada na internação e na atenção domiciliar como forma de garantir que toda pessoa idosa internada em hospital pode aderir ao Programa de Atenção Domiciliar.

Considerando a necessidade de que o setor saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, o governo federal institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), por meio da Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Vem reforçar o que a Política Nacional do Idoso estabelece, no sentido de assegurar os direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Nesse sentido, a finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é 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 Sistema Único de Saúde.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa se pauta no entendimento de que envelhecer deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades, observando as seguintes diretrizes:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral e 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;
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Com base na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa podemos inferir que a promoção do envelhecimento ativo, diz respeito ao envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, e nesse sentido deve ser a meta a ser alcançada de toda ação de saúde em todas as fases da vida, desde o pré-natal até a velhice. Nesse sentido, o envelhecimento bem sucedido pode ser compreendido a partir da menor probabilidade de doença, da alta capacidade funcional física/ mental e do engajamento social ativo com a vida.

A PNSPI explicita que a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, com estabelecimento de fluxos de atendimento, de modo a facilitar o acesso em todos os níveis de atenção. Aponta ainda para a incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa – da reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, com vistas à 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. As intervenções profissionais deverão visar à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa.

Elegemos o princípio da integralidade para análise nesse estudo, uma vez que tal princípio está explícito em todos os referenciais legais das ações voltadas aos idosos — Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, Política Municipal do Idoso, Pacto pela Saúde / pacto pela vida / saúde do idoso, Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa / PNSPI — e no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, entendemos que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, concomitantemente, para a prevenção e a cura, e que as ações de promoção, prevenção e recuperação formam um todo indivisível. Em outros termos, para que haja integralidade da assistência se faz necessária a articulação entre a prevenção, a promoção e a recuperação no cuidado prestado aos usuários do SUS.

Segundo Merhy (2007, p.224), a VIII Conferência Nacional de Saúde trouxe uma nova proposta de rede básica. Esta teria de ser não só a porta de entrada do sistema de saúde, mas o lugar essencial a realização da integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que fosse a linha de contato

entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando a mudança no sentido das práticas.

Para Pinheiro, a integridade em saúde é entendida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do Sistema. Em outros termos, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde (PINHEIRO; LUZ, 2010, p.19).

Embora devamos ter claro que a integralidade da atenção pertence e deve pertencer ao conjunto do sistema de saúde, com acesso assegurado ao conjunto de tecnologias do cuidado de que se precise a cada situação sobre o direito de melhorar e prolongar a vida, bem como às relações intersetoriais da saúde com as demais políticas sociais, ela também é resultante do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. (ARAÚJO, 2010, p. 224)

A integralidade da atenção à saúde está diretamente relacionada, em grande parte, à forma como se articulam as práticas dos trabalhadores, à forma como as linhas de cuidado são constituídas no processo de produção de saúde. Nesse sentido, para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, nos processos de trabalho, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, inclusive a atenção hospitalar. Tais mudanças tornam-se imprescindíveis para o enfrentamento de um dos maiores problemas a ser enfrentados no sistema de saúde que é o estrangulamento dos serviços de saúde nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007, p.126).

A configuração do Sistema Único de Saúde em forma de Redes de Atenção à Saúde se constitui como condição para a garantia da Integralidade das ações de saúde. Segundo Silva, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve organizar-se em redes, conforme determina a Constituição, preocupação e recomendação presentes na agenda da reforma sanitária desde o seu início. Sem uma rede serviços, não será possível garantir a integralidade da atenção à saúde, isto porque na realidade,

é o conceito de integralidade da assistência à saúde da pessoa que conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações (SILVA, 2008, p. 15-24).

A organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde nos diferentes níveis de complexidade, em que os saberes, os conhecimentos e tecnologias profissionais estejam articulados devem proporcionar a otimização dos resultados desses serviços com impacto na produção de saúde. Santos e Andrade afirmam que a integração dos serviços em redes deve ter a finalidade de melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços. Além disso, deve produzir economia, expansão dos serviços, melhoria do acesso, evitar duplicidade de serviço e a desnecessária repetição de exames e procedimentos já realizados – enfim, deve ser humana, eficaz, racional, econômica e qualitativa. (SANTOS; ANDRADE, 2008, p. 38)

Segundo Aguiar (2001: 51), a integralidade na saúde tem duas dimensões: a *dimensão horizontal* que se refere à ação de saúde em todos os campos, o que exige a organização de todos os níveis de atenção articulando-se a *referencia* e a *contrarreferência* entre os serviços de pequena, média e alta complexidade de forma efetiva e resoluta; e a *dimensão vertical* que inclui a visão que se tem do ser humano como um todo, único e indivisível, o que extrapola uma atenção fundamentada apenas no aspecto biológico.

Silva e Magalhães Júnior (2008, p. 70) chamam a atenção para a importância de que os usuários precisam ter assegurada a continuidade do atendimento e, essa garantia da longitudinalidade da atenção deve contemplar não apenas a recuperação, mas também medidas preventivas e de promoção da saúde. Acrescentam que dos princípios do SUS, talvez seja a integralidade o menos conquistado.

No processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, a integralidade tem assumido alguns sentidos. Silva e Magalhães Júnior afirmam que a *integralidade pode ter um sentido vertical*, com a busca do olhar integral sobre o usuário, em todas as suas necessidades; a *integralidade horizontal*, que dá base ao pensamento de implementação de redes, para que estas sejam integrais; a *integralidade construída a partir da interação entre as diversas políticas públicas*, por

meio da intersetorialidade, reafirmando que saúde é produto de diversas políticas públicas e de condições historicamente acumuladas, com determinações sociais; e, finalmente há o sentido de *programas especiais de saúde pública, como o programa de prevenção e controle do HIV/AIDS* (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2008, p.73-77).

2.2.1 – Como se apresenta o SUS no Estado do Amazonas

O Estado do Amazonas possui 1.570.745,2 km² de extensão territorial, ocupa 3,2% da Amazônia legal e apresenta uma densidade demográfica de 2,23 habitantes/km², sendo uma das menores do país. De acordo com o o Censo do IBGE/2010 a população dos 62 municípios concentra-se majoritariamente na área urbana, sendo a taxa de urbanização de 79,09% e a rural de 20,91%. É uma população predominantemente jovem, porém vem apresentando um aumento no número de idosos com idade igual ou superior a 60 anos, os quais representam 6% da população total do Estado, o que numericamente correspondem à cerca de 20 mil habitantes.

De acordo com os Relatórios de Gestão da SUSAM/ 2010 e 2011, é possível constatar que a Política de Saúde do Amazonas está estruturada em (01) Macrorregional, (09) Regionais e (18) Microrregionais de Saúde. A tabela 3 demonstra a disposição da população no Estado em 2011, com destaque para a maior concentração populacional na Regional do Entorno de Manaus.

Tabela 3: População Residente no Amazonas por Regional de Saúde em 2011

Regional de Saúde	População	%
Entorno de Manaus	2.156.247	60,93
Rio Negro e Solimões	255.643	7,22
Alto Solimões	227.849	6,43
Baixo Amazonas	217.665	6,15
Rio Madeira	168.367	4,75
Médio Amazonas	150.983	4,26
Purus	119.378	3,37
Triângulo	123.552	3,49
Juruá	118.675	3,35
TOTAL GERAL	3.538.359	100,0

Fonte: Relatório de Gestão da SUSAM/2011

A Regional de Saúde do Entorno de Manaus é composta pelos municípios de: Autazes, Careiro da Várzea, Careiro Castanho, Manaquiri, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Iranduba e Manaus. Observa-se que o município de Manaus concentra mais de 50% da população do Amazonas, em 2010 o percentual foi de 58,51% e em 2011 o valor correspondeu a 60,93 %.

A rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS no Amazonas compõe-se de 1.003 estabelecimentos de saúde cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo que 89,33% dos estabelecimentos são da esfera administrativa pública (federal, estadual e municipal) e 10,67% pertencem a esfera privada. No que se refere ao tipo de gestão, 75,47% dos estabelecimentos estão sob gestão municipal, 15,45% sob gestão estadual e um pequeno percentual de 9,07% apresenta gestão mista. O maior percentual sobre a gestão municipal, deve-se a maior quantidade de Unidades Básicas de Saúde.

Quanto à Configuração da Rede Assistencial na Capital, os dados oficiais da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas evidenciam que os estabelecimentos de saúde públicos sob gestão do Estado em Manaus contam com 64 Unidades de Saúde, sendo 09 delas unidades complementares: 01 Laboratório Central (LACEN), 01 Complexo Regulador, 01 Centro de Zoonoses, 05 Farmácias Populares, 01 Central de Medicamentos (CEMA). A estrutura das Unidades de Saúde varia em tipologia e nível de atenção à saúde, dispondo desde a atenção básica, realizada principalmente nos Centros de Atenção Integral à Criança (CAICs), Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs), e, parcialmente, nos Serviços de Pronto Atendimento (SPAs). Dispõem também de atendimento de urgência e emergência realizada pelos Hospitais/Pronto-Socorros (HPS) adultos e infantis e nos SPAs. A Rede atende também na média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nas Policlínicas, SPAs, HPS adultos e infantis, Hospitais, Maternidades, Fundações e Hospitais Universitários. O quadro 2 demonstra a rede assistencial de saúde sob a responsabilidade do Estado na capital.

Quadro 2: Rede Assistencial do Estado existente na Capital por Zonas – 2011

TIPO	ZONAS				TOTAL
	NORTE	SUL	LESTE	OESTE	
CAIC	03	03	03	03	12
CAIMI	01	01	-	01	03
CAPS	01	-	-	-	01
Policlínica	01	03	02	-	06
SPA	01	01	02	02	06
SPA e Policlínica	01	-	-	01	02
HPSC Infantil	-	01	01	01	03
HPSC Adulto	-	01	02	-	03
Maternidade	02	01	01	01	05
Hospital Infantil	-	02	-	-	02
Hospital	-	-	01	01	02
Hospital/Maternidade/SPA	-	-	01	-	01
Maternidade/Urgência Ginecológica	-	01	-	-	01
Hospital Universitário	01	01	-	-	02
Fundações	01	02	-	03	06
Laboratório Central – LACEN	-	01	-	-	01
Complexo Regulador do Amazonas	-	01	-	-	01
Centro de Zoonoses	-	01	-	-	01
Farmácias Populares	02	01	01	01	05
Central de Medicamentos (CEMA)	-	01	-	-	01
TOTAL	14	22	14	14	64

FONTE: Relatório de Gestão da SUSAM/ 2011.

Quadro 3: Detalhamento da Rede de Saúde Pública na Capital, sob Gestão Estadual em 2011

TIPO	UNIDADES
Hospitais / Adulto (03)	Hospital/Maternidade/SPA Chapot Prevost, Hospital Geral Dr. Geraldo da Rocha e Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro
Hospitais Infantis (02)	Hospital Infantil Dr. Fajardo e Instituto da Criança do Amazonas – ICAM
Maternidades (05 Unidades)	Alvorada; Ana Braga; Azilda da Silva Marreiros; Balbina Mestrinho e Nazira Daou
Urgência Ginecológica/ Maternidade (01)	Instituto da Mulher Dona Lindu
Hospital e Pronto Socorro (HPS) Adulto: (03)	Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio P. Machado Pronto Socorro Dr. Aristóteles Platão Araújo
Hospital e Pronto Socorro (HPS) Infantil: (03)	HPS da Criança Zona Leste, Oeste e Zona Sul
Serviço de Pronto Atendimento (SPA) (6)	Serviço de Pronto Atendimento Alvorada; Coroado; Eliameme Mady; Joventina Dias; São Raimundo e da Zona Sul.
Serviço de Pronto Atendimento Policlínica com gestão Integrada (02)	Danilo Corrêa e Dr. José Lins

Policlínicas (6)	Policlínica Antônio Aleixo, Codajás, Cardoso Fonte, João dos Santos Braga, Zeno Lanzini e Gilberto Mestrinho
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS Silvério Tundis
Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (03)	CAIMI Ada Rodrigues Viana, André Araújo e Paulo Lima
Centro de Atenção Integral à Criança (12)	CAIC Afrânio Soares, Alberto Carreira, Alexandre Montoril Corina Batista, Crisólita Torres, Dr. Edson Melo, Gilson Moreira, José Carlos Mestrinho, Dr. José Contente, D. Moura Tapajós, Dr. Paulo Xerez e Rubim de Sá
Fundações (6)	Fundação Alfredo da Matta – FUAM Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ Fundação Centro de Oncologia - FCECON Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado- FMT-HVD Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas - FHEMOAM Fundação Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS-AM
Hospital Universitário	Hospital Universitário Dona Francisca Mendes
Farmácias Populares (6)	Farmácia Popular Centro, Cidade Nova, São José, Santa Etelvina e Compensa
Outras Unidades (05)	Central de Medicamentos do Amazonas (CEMA), Complexo de Regulação do Amazonas, Laboratório Central (LACEN), Centro de Profilaxia da Raiva (CEPRA) e Centro de Reabilitação Colônia Antônio Aleixo

FONTE: Relatório de Gestão da SUSAM/ 2011.

Quanto à configuração da Rede Assistencial de Saúde no Interior do Estado, os estabelecimentos de saúde públicos contam com 66 Unidades de Saúde, sendo duas delas unidades complementares: 01 Laboratório de Fronteira de Tabatinga e 01 Farmácia Popular em Coari. O interior possui 10 unidades de saúde funcionando em municípios habilitadas em gestão plena do sistema de saúde. Portanto, todos os municípios contam pelo menos um estabelecimento assistencial em saúde. Conforme podemos observar no quadro 4 que se segue:

Quadro 4 - Rede Assistencial do Estado no Interior do Amazonas - 2011

Município	Descrição – Hospitais/ Unidades Mistas
Alvarães	Hospital São Joaquim
Amaturá	Hospital Frei Roberto São Severino
Anamã	Hospital Francisco de Sales de Moura
Anori	Hospital Darlinda Ribeiro
Apuí	Hospital Eduardo Braga
Atalaia do Norte	Hospital São Sebastião
Autazes	Hospital Dr. Deodato de Miranda Leão
Barcelos	Hospital Geral de Barcelos

Barreirinha	Hospital Coreoiando Lindoso
Benjamin Constant*	Unidade Hospitalar de Benjamin Constant e Conveniado Municipal
Beruri	Unidade Hospitalar de Beruri
Boa Vista do Ramos	Hospital Clóvis Negreiros
Boca do Acre	Hospital dona Maria Geni Lima
Borba	Unidade Hospital de Borba
Caapiranga	Hospital Odilon Alves de Araújo
Canutama	Hospital Dr. Leonardo Parente
Carauari	Hospital Regional de Carauari
Careiro Castanho	Hospital Deoclecio dos Santos
Careiro da Várzea	Unidade Hospital de Careiro da Várzea
Coari *	Hosp. Regional Dr. Odair Carlos Geraldo + Farmácia Popular
Codajás	Hospital João da Silva Bastos
Eirunepé	Hospital Regional Vinicius Conrado
Envira	Hospital Regional
Fonte Boa *	Hospital Regional Manoel Paes Lemos Ramos
Guajará	Hospital João Miguel da Cruz Barbosa
Humaitá *	Hospital Regional de Humaitá Verônica Silva
Ipixuna	Hospital Maria da Glória Dantas de Lima
Irlanduba	Hospital Hilda Freire Dona Cabocla
Itacoatiara *	Hospital Regional Jose Mendes
Itamarati	Hospital Antônio de Souza Brito
Itapiranga	Hospital Regional Miguel Batista de Oliveira
Itapeaçu	Unidade Hospitalar de Itapeaçu
Japurá	Unidade Hospitalar de Japurá
Juruá	Unidade Hospitalar de Juruá
Jutaí	Unidade Hospitalar de Jutaí
Lábrea	Hospital Regional de Lábrea
Manacapuru *	Hospital Regional Lázaro Reis e Maternidade Cecília Cabral
Manaquiri	Hospital Raimundo Rodrigues Irmão
Manicoré	Hospital Regional de Manicoré
Maraã	Unidade Hospitalar de Maraã
Maués *	Hospital Regional de Maués
Nhamundá	Hospital Coronel Pedro Macedo
Nova Olinda do Norte	Hospital Dr. Galo Manoel Baranda Ilbanes
Novo Airão	Unidade Hospitalar de Novo Airão
Novo Aripuanã	Hospital Regional Novo Aripuanã
Parintins *	Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen e Hospital Padre Colombo
Pauini	Unidade Hospitalar de Pauini
Presidente Figueiredo*	Unidade Hospitalar Gama e Silva

Rio Preto da Eva	Hospital Thomé de Medeiros Raposo
Santa Isabel do Rio Negro	Unidade Hospitalar de Santa Isabel do Rio Negro
Santo Antônio do Içá	Hospital Monsenhor Adalberto Marzzi
São Gabriel da Cachoeira	Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira ** e Iauaretê S.G. Cachoeira Conveniado
São Paulo de Olivença	Hospital Santa Izabel
São Sebastião do Uatumã	Hospital Dona Rosa Fabiano Falabela
Silves	Unidade Hospitalar de Silves
Tabatinga	Hospital de Guarnição de Tabatinga ** + Laboratório de Fronteira de Tabatinga
Tapauá	Unidade Hospitalar de Tapauá
Tefé *	Hospital Regional de Tefé
Tonantins	Hospital Frei Francisco
Uarini	Hospital Franco Lopes
Urucará	Unidade Hospitalar de Urucará
Urucurituba	Hospital Dr. Silvério Tundis
TOTAL GERAL = 66	

Fonte: Relatório de Gestão da SUSAM - 2011

*Municípios habilitados em gestão plena do sistema de saúde

O relatório de gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas/2011 aponta que em 2011, o Estado do Amazonas aplicou 22,18% da sua receita própria com saúde pública, seguindo a tendência de aplicação acima do preconizado na legislação federal, excedendo 10,18%. Ressalta como resultado dos desafios enfrentados pela gestão para melhorar a capacidade operacional do SUS no Estado: ampliação da rede de saúde na capital e no interior; aumento de leitos de suporte intensivo; implantação do projeto de referência e contra referência entre o Instituto da Mulher e as Unidades Básicas de Saúde da zona centro-sul de Manaus. Por fim, sinaliza, entre outras medidas para o exercício de 2012, adotar uma nova configuração na organização do modelo de ação à saúde, por meio das Redes de Atenção à Saúde, com a implantação de quatro redes temáticas prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Psicossocial e Rede de Atenção à Pessoa com deficiência.

Quanto à avaliação das ações relativas à saúde do idoso, em consonância com o pacto pela vida na sua prioridade nº 01, cujo objetivo é promover a formação

e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da pessoa idosa, o indicador taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur revelou que a meta não foi alcançada em 2011. O resultado alcançado foi de 9,66%, abaixo da meta pactuada que era de 17,03%, efetivamente a taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur em 2011 foi de 21,35.

Segundo a coordenação Estadual da Saúde do Idoso, as principais atividades desta coordenação referem-se à capacitação dos profissionais de saúde para a utilização da caderneta do idoso, com intensificação nos municípios do interior do Estado. Em Manaus, o atendimento de atenção básica é realizado nos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs) que estão sob a responsabilidade do Estado, e pela rede assistencial municipal.

Os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs) tem como objetivo garantir atendimento ambulatorial de média complexidade aos idosos, com ênfase no manuseio das doenças prevalentes da terceira idade e em ações preventivas relativas às Políticas de Saúde por meio da atuação de equipe multidisciplinar com vistas a uma maior resolutividade nas demandas de saúde apresentadas pelos idosos. Dessa forma, uma vez fortalecendo a Rede de Proteção do Idoso, acabam por desafogar a rede hospitalar e urgência/emergência com doenças crônicas e refletindo na minimização dos custos com as internações decorrentes.

Os três CAIMIs existentes na cidade de Manaus são: CAIMI André Araújo (inaugurado em 2002 e localizado na zona Norte); CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima (inaugurado em 2002 e localizado na zona sul) e CAIMI Ada Rodrigues Viana (inaugurado em 2004 e localizado na zona oeste).

Criada pela Lei Nº 1.246, de 16 de setembro de 1975 a Secretaria Municipal de Saúde (Semsu) integra, nos termos da Lei Nº 1.314, de 04 de março de 2009, a Administração Direta do Município, como órgão de execução de políticas e serviços públicos, para o cumprimento das seguintes finalidades: I- Planejamento, orientação normativa, coordenação e controle da Política Municipal de Saúde pelos órgãos e Instituições públicas e privadas, no âmbito municipal, integrantes do Sistema Único de Saúde; II- Promoção de políticas públicas de desenvolvimento da saúde individual e coletiva, de vigilância em saúde, de controle de endemias e de

qualificação e valorização dos servidores do setor. Dessa forma, a missão institucional da Semsa é: “Executar a política de saúde, no Município de Manaus, com base no modelo de Assistência e Vigilância em Saúde, e prestar serviços que propiciem a promoção, proteção e recuperação da saúde da população como direito de cidadania, tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública garantidora desse direito”.

Para garantir a prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, a Secretaria Municipal de Saúde (Semsa) conta com uma rede municipal composta por uma Maternidade, uma Central SAMU-192 com oito Bases Descentralizadas (18 ambulâncias de suporte básico, 05 de suporte avançado e duas ambulanchas de suporte avançado), um SOS Social, sete Serviços de Pronto Atendimento, oito Policlínicas, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, um Serviço de Fisioterapia, três Centros de Especialidades Odontológicas, dois Centros de Apoio Diagnóstico Distritais, um Laboratório de Citopatologia, um Laboratório de Vigilância em Saúde, um Centro de Controle de Zoonoses, uma Central de Medicamentos, 46 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), três Módulos de Saúde da Família, 20 Postos de Saúde Rural e 158 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), distribuídas nos cinco Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural).

No que se refere à saúde da pessoa idosa, a ação estratégica Saúde do Idoso da SEMSA tem como foco acompanhar, avaliar e monitorar ações preventivas de promoção e recuperação visando maior capacidade funcional do idoso em seus vários aspectos. Os serviços estão implementados em toda a rede básica de saúde.

As ações estratégicas organizam-se através de relatórios de acompanhamento e monitoramento, visitas técnicas, educação permanente aos servidores e educação em saúde à comunidade por meio de seminários e treinamentos com vistas a promoção do envelhecimento saudável. Entre as principais ações, destacam-se a implementação da caderneta do idoso e a capacitação de cuidadores *informais* de idoso.

CAPÍTULO III

UMA ANÁLISE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE VOLTADOS AOS IDOSOS, A PARTIR DO ATENDIMENTO A IDOSOS INTERNADOS NA FHAJ

O sentido último de qualquer serviço de saúde é o de se centrar no usuário e intervir a partir de seus problemas, procurando contribuir para um caminhar mais autônomo daquele, no seu modo de andar a vida. (MERHY, 2007, p.79)

Este capítulo apresenta uma análise acerca dos serviços públicos de saúde voltados aos idosos. Essa análise se baseia no referencial teórico trabalhado anteriormente e nos resultados de uma pesquisa realizada na Fundação Hospital Adriano Jorge–FHAJ envolvendo 20 idosos usuários/internados e 08 trabalhadores da saúde. Portanto, esse estudo teve por objetivo analisar a visão de idosos internados na FHAJ sobre os serviços de saúde. Especificamente objetiva, verificar o perfil socioeconômico e cultural dos idosos internados na FHAJ; identificar os tipos de agravos à saúde dos idosos; conhecer a visão dos idosos atendidos a respeito dos serviços de saúde pública; apontar se está havendo referência e contra-referência no atendimento de saúde ao idoso e identificar os cuidados dos trabalhadores da saúde para com os idosos.

O capítulo está organizado em três itens: caracterização da FHAJ e dos sujeitos da pesquisa, e a visão destes a respeito do serviço público de saúde; Serviços de Saúde – referência e contra-referência no atendimento à idosos; perspectivas e desafios na assistência à saúde dos idosos na realidade local.

3.1- Caracterização da Fundação Hospital Adriano Jorge e dos sujeitos da pesquisa, e a visão destes a respeito do serviço público de saúde

3.1.1. A Fundação Hospital Adriano Jorge – *Lócus* da pesquisa.

A Instituição foi criada pela Campanha Nacional Contra a Tuberculose em 1953, instalada na Av. Carvalho Leal, número 1778, bairro da Cachoeirinha, para

realizar o tratamento de pacientes com tuberculose. Era administrada pelo Ministério da Saúde e foi transformada em Hospital Geral após os anos de 1960, funcionando sob uma gestão formada pelos governos Estadual e Federal. A partir da Lei Delegada de nº 2.847/03 passou a se chamar Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ.

A Fundação Hospital Adriano Jorge é uma Instituição estadual integrante da Administração Indireta do Poder Executivo, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde – SUSAM e tem como finalidade a assistência à saúde, ao ensino e à pesquisa. Um marco importante para FHAJ foi o seu credenciamento em maio de 2007, através da Portaria nº 313/07-MS, como Unidade de Assistência em Alta Complexidade na especialidade de Traumato-Ortopedia.

Considerada como uma Unidade de Saúde de grande porte – Hospital Geral constitui-se em uma Unidade de referência em internação de pacientes oriundos dos prontos socorros da Capital, interior do Estado, Estados vizinhos e Rede Básica de Saúde, portanto a demanda de usuários é referenciada e não espontânea. Segundo os Relatórios de Gestão da FHAJ dos anos de 2010 e 2011, circularam diariamente nas dependências do Hospital, respectivamente naqueles anos, cerca de 1.500 e 2.712 pessoas em busca dos diversos serviços oferecidos à população usuária do Sistema Único de Saúde - SUS.

Nesse sentido, elegemos a Fundação Hospital Adriano Jorge, como o *lócus* desta pesquisa, exatamente por sua importância na rede de saúde na cidade de Manaus, uma vez que é uma unidade de média e alta complexidade que concentra um grande fluxo de atendimentos, seja em atendimento especializado, seja em internações, bem como por está localizada na zona sul que concentra uma população significativa, inclusive de idosos. A zona sul de Manaus conta com uma população de 324.907 (IBGE 2008), desse total 16.927 são idosos, assim distribuídos nas seguintes faixas etárias: de 60 a 69 anos são 10.030 idosos; de 70 a 79 anos existem 4.851 e os que pertencem a faixa etária de 80 anos ou mais totalizam 2.046 idosos. Os idosos correspondem a 5,2% da população geral dessa área urbana.

O nosso recorte refere-se ao atendimento hospitalar (internação) em função de uma de nossas inquietações nesse estudo que é discutir a referência e contra-referência nos serviços de saúde, enquanto parte da organização dos serviços de saúde que devem está organizados em redes para o alcance da integralidade na atenção à saúde.

A FHAJ é um Hospital de referência em Manaus, é um hospital-escola, que conta com médicos residentes e acadêmicos de medicina em regime de internato da Universidade do Estado do Amazonas - UEA e do Centro Universitário Nilton Lins – UniNiltonLins, bem como estagiários de outras áreas e Instituições de Ensino.

Dispondo de uma área construída de 16.208,48 m², a Fundação Hospital Adriano Jorge está dimensionada em cinco blocos, nos quais estão localizados os serviços de atendimento Ambulatorial, Hospitalar, Apoio diagnóstico, Fisioterapia e Administração Geral. Sua capacidade instalada é de 262 leitos, distribuídos nas Clínicas Cirúrgicas, Médica, Ortopédica, Tisiologia e Unidade de Tratamento Intensivo.

A Fundação Hospital Adriano Jorge contou com uma força de trabalho no ano de 2011 de 1.141 servidores efetivos e terceirizados e disponibiliza os seguintes serviços de saúde, especializados:

- Atendimento Ambulatorial por meio de Consultas especializadas de: Cardiologia, Cirurgias Plástica, Cabeça e Pescoço, Vascular, Geral, Torácica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Reumatologia, Nutrologia e Urologia;
- Serviço de reabilitação. O Serviço de Fisioterapia é considerado o melhor centro de reabilitação da região norte, conta com salas individualizadas, adulto e infantil, consultórios para avaliação, ginásio para atendimento cinesioterápico e mecanoterapia, além de hidroterapia com turbilhão, crioterapia.
- Centro especializado no tratamento em tuberculose;

- Serviço Social: atendimento de casos sociais; encaminhamento, orientações, visitas às enfermarias, orientação e preparação de altas, visitas domiciliares, entre outras atribuições.
- Serviço de Psicologia: atendimento psicológico ao paciente, acompanhante/familiar, servidor e colaborador.
- Serviço de Enfermagem: acompanhamento e execução das prescrições médicas aos pacientes e das prescrições de enfermagem;
- Serviços de Imagem e Grafia: Raios-X; Eletrocardiograma; Ultrassonografia; Ressonância Magnética; Tomografia Computadorizada.
- Serviço de Nutrição e Dietética;
- Serviço de Apoio Diagnóstico: Hematologia; Urinálise; Parasitologia; Bioquímica; Bacteriologia; Imunologia e Sorologia para doenças infecciosas.

De acordo com os Relatórios de Gestão da FHAJ dos anos de 2010 e 2011, nesses anos os procedimentos fisioterápicos realizados para todas as faixas etárias foram de igual quantidade, ou seja, de 179.451 por ano, promovendo assim o atendimento de 100% das pessoas que procuraram a Instituição. Porém, quanto às Verificações Ortopédicas que representam a continuidade do tratamento integral dado ao usuário do Serviço de Ortopedia e Traumatologia, nos anos de 2010 e 2011 respectivamente, chegaram à marca de 4.553 e de 7.116 atendimentos. Nota-se, assim um acréscimo significativo na oferta deste serviço. Foram ainda disponibilizados 896 (oitocentos e noventa e seis) e 942 (novecentos e quarenta e duas) órteses e próteses, respectivamente.

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS- SIH/SUS do Ministério da Saúde registra que no ano de 2010 foram realizadas no Estado do Amazonas 160.880 e em Manaus 97.377 internações pelo Sistema Único de Saúde. No ano de 2011 os números são respectivamente 164.301 e 109.330.

A FHAJ realizou no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011 um total de 159.267 (cento e cinquenta e nove mil duzentos e sessenta e sete) serviços de saúde distribuídos em atendimentos especializados na área ambulatorial e hospitalar (internações), conforme demonstra a tabela 4.

Tabela 4. atendimentos realizados pela FHAJ nos anos de 2010 e 2011

Anos	Ambulatorial	%	Área Hospitalar	%	Total
2010	71512	90,64	7389	9,36	78901
2011	71714	89,23	8652	10,77	80366
Total	143226	89,93	16041	10,07	159267

FONTE: Pesquisa de Campo / Julho de 2012

Os dados revelam que houve uma grande concentração de atendimentos na área ambulatorial, na ordem de 89,93 % e na área hospitalar corresponde a 10,07 % do total de atendimentos no período em análise. De acordo com os relatórios de Gestão da FHAJ-2010/2011, relativo às internações clínicas e cirúrgicas, a grande maioria foram cirúrgicas que corresponderam a 77,80% e 75,45% respectivamente nos anos de 2010 e 2011. Entre as intervenções cirúrgicas, ocorreram mais cirurgias nas diversas especialidades do que as cirurgias Traumato-Ortopedia, estas corresponderam a 41,32% e 24,58% e aquelas foram de 58,68% e 75,42% respectivamente nos anos referidos.

Os idosos, via de regra, são potencialmente demandantes por serviços de saúde, em decorrência da prevalência de doenças crônicas. Na tabela 5, disposta a seguir, podemos verificar a representatividade das internações dos idosos para o conjunto de internações da FHAJ.

Tabela 5: Internações de idosos e demais usuários por clínica na FHAJ em 2010 e 2011

Clínicas	ANO DE 2010					ANO DE 2011				
	Idosos	%	Não idosos	%	Total	Idosos	%	Não idosos	%	Total
Cirúrgica – I	664	22,79	2249	77,21	2913	799	25,81	2297	74,19	3096
Cirúrgica – II	284	19,41	1179	80,59	1463	367	19,35	1530	80,65	1897
Médica I	266	33,38	531	66,62	797	328	35,16	605	64,84	933
Médica II - Neuro	51	20,32	200	79,68	251	131	23,48	427	76,52	558
Ortopédica	201	13,24	1317	86,76	1518	234	13,52	1497	86,48	1731
Tisiologia	29	21,32	107	78,68	136	25	19,38	104	80,62	129
UTI	136	43,73	175	56,27	311	140	45,45	168	54,55	308
Total	1631	22,07	5758	77,93	7389	2024	23,39	6628	76,61	8652

FONTE: Pesquisa de Campo/ Novembro de 2011 a Janeiro de 2012.

Podemos constatar que da totalidade de internações ocorridas no período de janeiro de 2010 a dezembro 2011 na FHAJ, ou seja, de 16.041 internações, as relativas a idosos somaram 3.655 correspondendo a 22,79% e as de não idosos foram de 12.386, equivalendo a 77,21% no período. Essa foi também a média em cada ano particularmente, assim como é possível perceber que todas as clínicas receberam idosos.

Os dados levantados do Censo Hospitalar⁶ dos anos de 2010 e 2011 revelaram que as internações de idosos concentraram-se nas duas clínicas cirúrgicas que juntas receberam 57,84% no cômputo geral do período em estudo, sendo esta também a média em cada ano em particular (58,12% em 2010 e 57,61% em 2011).

⁶ O censo Hospitalar é realizado diariamente nas clínicas e UTI e os dados são consolidados mês a mês pela equipe do SAME.

A tabela 6, abaixo disposta, retrata bem como se deu essa distribuição de idosos por clínicas na área de internação da FHAJ.

Tabela 6: Internações de idosos por clínicas na FHAJ em 2010 e 2011

ANOS	Cirúrgica I	%	Cirúrgica II	%	Médica I	%	Médica II - Neuro	%	Ortopédica	%	Tisiologia	%	UTI	%	Total
2010	664	40,71	284	17,41	266	16,31	51	3,13	201	12,32	29	1,78	136	8,34	1631
2011	799	39,48	367	18,13	328	16,21	131	16,21	234	11,56	25	1,24	140	6,92	2024
Total	1463	40,03	651	17,81	594	16,25	182	4,98	435	11,90	54	1,48	276	7,55	3655

FONTE: Pesquisa de Campo/ Novembro de 2011 a Janeiro de 2012.

Sendo a clínica cirúrgica I a que concentrou um maior número de idosos elegemos essa clínica para o nosso contato com os idosos usuários da saúde, para o nosso diálogo, a fim de colher parte dos dados primários essenciais para este estudo. Na tabela 7 podemos observar o fluxo de idosos mês a mês na referida clínica nos anos em estudo.

Tabela 7: Internações mensais de idosos na Clínica Cirúrgica I da FHAJ em 2010 e 2011

ANO	JAN	FE V	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGOS	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
2010	40	43	57	65	62	56	67	61	50	61	57	45	664
2011	48	59	95	82	62	73	58	48	63	81	71	59	799
Total	88	102	152	147	124	129	125	109	113	142	128	104	1463

FONTE: Pesquisa de Campo/ Novembro de 2011 a Janeiro de 2012.

Fazendo um paralelo com os dados de internação supracitados, ou seja, quanto a ocorrência de internações em maior proporção nas clínicas cirúrgicas, tanto de idosos quanto dos demais usuários, torna-se oportuno trazermos algumas informações sobre os principais agravos à saúde dos idosos identificados no Estado do Amazonas, em Manaus e na FHAJ.

Para tanto apresentamos na tabela 8 os dados fornecidos pelo Departamento de Regulação, Controle e Avaliação Assistencial, órgão vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas referentes ao período da pesquisa.

Tabela 8: Os três principais agravos à saúde da população idosa em 2010 e 2011

Ano 2010		Ano 2011	
Amazonas	%	Amazonas	%
Doenças do aparelho circulatório	24,83	Doenças do aparelho circulatório	25,55
Doenças do aparelho respiratório	15,08	Doenças do aparelho respiratório	13,60
Doenças do aparelho digestivo	13,45	Doenças do aparelho digestivo	13,05
Manaus		Manaus	
Doenças do aparelho circulatório	26,96	Doenças do aparelho circulatório	27,26
Doenças do aparelho digestivo	14,67	Doenças do aparelho digestivo	13,11
Neoplasias (tumores)	11,42	Neoplasias (tumores)	10,83
FHAJ		FHAJ	
Doenças do aparelho digestivo	34,76	Doenças do aparelho digestivo	32,10
Neoplasias (tumores)	12,37	Doenças do aparelho circulatório	12,06
Doenças do aparelho circulatório	9,87	Lesões enven e alg out conseq causas externas	11,10

FONTE: Pesquisa de Campo/ Novembro de 2011 a Janeiro de 2012.

Os dados demonstram que no período em estudo foi identificada uma prevalência de agravos à saúde dos idosos de doenças do aparelho circulatório tanto no Estado quanto em Manaus e na FHAJ houve a prevalência das doenças do aparelho digestivo, aliás, a segunda maior prevalente na Capital. Citamos alguns dos principais diagnósticos motivadores das internações na FHAJ no ano de 2010: hérnia, hernioplastia, herniorragia, colecistectomia, prostatectomia e tireoidectomia. Em 2011 os diagnósticos prevalentes foram: colecistectomia, hérnia, prostatectomia e tireodectomia.

3.1.2- Os Sujeitos da Pesquisa: Idosos e Trabalhadores da Saúde

Para a realização desta pesquisa que tem por finalidade fazer uma análise dos serviços públicos de saúde disponibilizados à população idosa, a partir de atendimentos realizados a idosos internados na Fundação Hospital Adriano Jorge, definimos como sujeitos da pesquisa os idosos usuários dos serviços e os trabalhadores da saúde integrante da equipe multiprofissional da FHAJ.

Os sujeitos envolvidos nesta pesquisa totalizaram 28 pessoas (informantes). Portanto, participaram da pesquisa 20 idosos, do sexo feminino e masculino, com idade igual ou superior a 60 anos, usuários dos serviços, internados na clínica cirúrgica I da FHAJ e 08 trabalhadores da saúde (assistente social, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeira e médicas) que atendem diretamente os idosos e integrantes da equipe multidisciplinar, do quadro funcional daquela Unidade Hospitalar. Ressaltamos que inicialmente a amostra prevista era composta de somente 06 trabalhadores, contudo no desenvolvimento da pesquisa foram incluídos mais 02 trabalhadores, devido à necessidade de complementar as informações coletadas, foram eles: uma enfermeira que trabalha em horário integral na clínica pesquisada e uma médica residente, que efetivamente tem mais contato com os pacientes que os demais médicos (sejam preceptores ou não).

Os sujeitos da pesquisa foram recrutados diretamente pela pesquisadora que recebeu total apoio da direção, do corpo técnico da clínica em que contactou com os sujeitos, assim como dos demais setores da FHAJ. A pesquisa é de natureza quantiquantitativa e para a coleta de informações utilizamos como técnicas e instrumentais de pesquisa, a aplicação de formulários e entrevistas.

Na abordagem foram aplicados formulários com questões abertas e fechadas aos idosos, diretamente nos leitos de internação da clínica cirúrgica I, local escolhido devido concentrar maior quantidade de idosos, de acordo com os censos hospitalares de 2010 e 2011. Do mesmo modo foram realizadas entrevistas e aplicados formulários com questões abertas e fechadas aos trabalhadores (equipe multiprofissional) que atendem diretamente os idosos em seus locais de trabalho. Também foram utilizados como recursos, o uso do caderno de campo, gravador digital e observação direta, para melhor análise dos resultados.

A Fundação Hospital Adriano Jorge em 2011 contou com uma força de trabalho de 1.141 servidores efetivos e terceirizados. Os oito trabalhadores da saúde que participaram desta pesquisa e que fazem parte da equipe multiprofissional da FHAJ são: 02 enfermeiras, 01 fisioterapeuta, 01 assistente social, 01 psicóloga, 01 nutricionista, 01 médica e 01 médica-residente.

Os resultados da pesquisa revelam que são profissionais com pouco tempo de formação e de atuação na área da saúde e na FHAJ, com cerca de 10 anos e com alguma especialização, mas nenhuma em gerontologia e/ou geriatria. Quanto ao tempo de formação, 62,5% dos trabalhadores têm no máximo 09 anos de formados e apenas 37,5% saíram da universidade há mais de 10 anos. Quanto ao tempo de atuação na área da saúde, a maioria dos trabalhadores tem pouco tempo, 62,5% têm no máximo 09 anos, e 37,5% já atuam há mais de 10 anos. Quanto ao tempo de trabalho na FHAJ, somente 01 (12,5%) dos profissionais atua há mais de 12 anos, os demais atuam há menos de 09 anos. Em relação a algum curso ou especialização, 50% têm duas especializações e 50%, apenas uma, conforme demonstrado na tabela 9.

Tabela 9: Perfil profissional dos Trabalhadores da Saúde

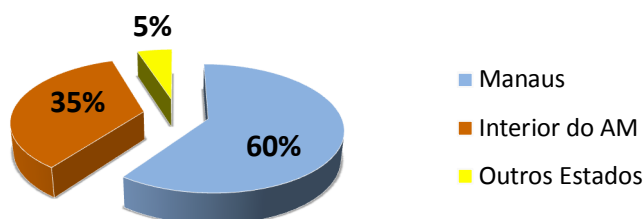
ESPECIFICAÇÃO	FREQUÊNCIA	%
Tempo de Formação		
No máximo 09 anos	05	62,50%
Mais de 10 anos	03	37,50
Tempo de Atuação na área da Saúde		
No máximo 09 anos	05	62,50%
Mais de 10 anos	03	37,50
Tempo de Trabalho na FHAJ		
Mais de 12 anos	01	12,50%
Menos de 09 anos	07	87,50%
Especializações		
Somente uma especialização	02	50%
Duas especializações	02	50%
TOTAL	08	100%

FONTE: Pesquisa de Campo/ Fevereiro de 2012

Os resultados da pesquisa relativos ao perfil socioeconômico e cultural dos 20 idosos que participaram desta pesquisa serão apresentados a seguir.

Quanto à procedência, os idosos são na sua maioria (60%) residentes em Manaus, 35% residentes em municípios do interior do Estado e 5% residentes em outros Estados, confirmando assim a procedência de usuários da FHAJ referida nos seus Relatórios de Gestão 2010 e de 2011 daquela Unidade Hospitalar, conforme demonstrado pelo gráfico 05.

Gráfico 5: Local de Residência dos Idosos

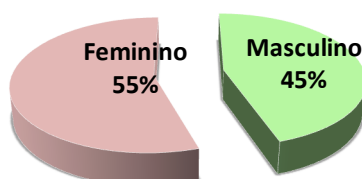


FONTE: Pesquisa de campo / Fevereiro de 2012

Em relação ao gênero, os dados revelaram que há uma ligeira prevalência do sexo feminino (55%) em relação ao sexo masculino (45%). Nesse aspecto, há uma discordância com os dados levantados nos censos hospitalares do período em estudo os quais apontaram que 56% de idosos internados são do sexo masculino e 44% do feminino. Ainda que a diferença entre os dois sexos seja mínima, os dados primários confirmam a tendência de feminização na velhice.

As mulheres são mais longevas, contudo recorrem mais aos serviços de atenção primária, isso possivelmente porque elas sofrem muito mais de condições crônicas incapacitantes, como a artrite, do que os homens. Por sua vez os homens apresentam taxas mais altas de hospitalizações, muito provável em razão de terem mais doenças agudas do que as mulheres, ocasionadas pelo retardo na procura por serviços de saúde (NERY, 2008, p.57)

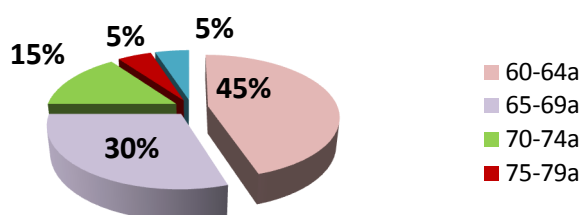
Gráfico 6: Idosos por Sexo



FONTE: Pesquisa de Campo/ Fevereiro de 2012

Quanto à idade dos pesquisados, os dados revelam que são idosos jovens, 75% têm até 69 anos. Esses resultados vem confirmar a idade dos idosos internados na FHAJ no período em estudo, indicada pelos dados secundários desta pesquisa – censo hospitalar 2010/2011, cujo percentual era de 53% dos idosos na faixa etária citada. Muito embora o censo tenha demonstrado que houve uma ligeira distribuição em todas as faixas etárias: 60-64a (28%); 65-69a (25%); 70-74a (19%); 75-79a (13%); acima de 80 anos (15%). Razão pela qual não tenhamos pré-definido uma faixa específica para pesquisar.

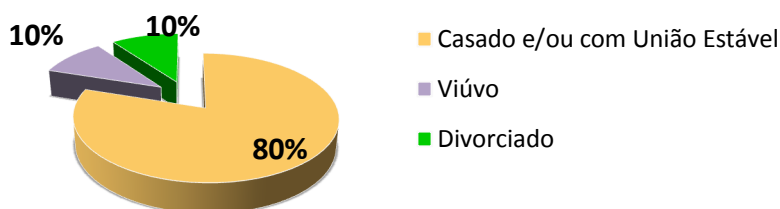
Gráfico 7: Idade dos Idosos



FONTE: Pesquisa de campo / Fevereiro de 2012

No que se refere ao estado civil, a maioria dos idosos (16) afirmaram serem casados ou conviverem em união estável, representando 80% dos pesquisados, (2)10% viúvos e (2) 10% divorciados. Dos 2 idosos viúvos, um era do sexo feminino e outro do sexo masculino e os dois divorciados eram do sexo masculino. Vale ressaltar ainda que 95% dos idosos moram em imóvel próprio com o cônjuge e/ou filhos e apenas 5% vive sozinho em imóvel alugado.

Gráfico 8: Estado Civil dos Idosos

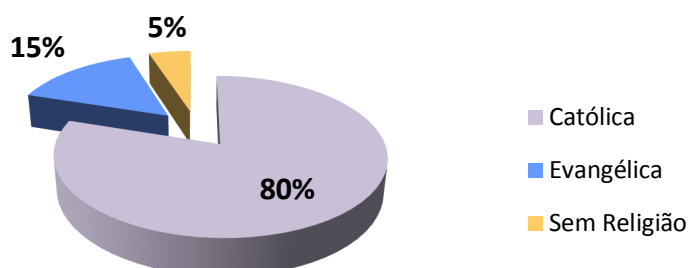


FONTE: Pesquisa de Campo /Fevereiro de 2012.

O aspecto religioso é uma constante nas falas dos idosos pesquisados que a todo tempo fazem referência a um suporte espiritual nas suas vidas, muito mais acentuado em momentos de fragilização de sua saúde. 95% afirmaram serem

cristãos, sendo: 80% católicos e 15% evangélicos e, apenas 5% (01 pessoa) sem religião.

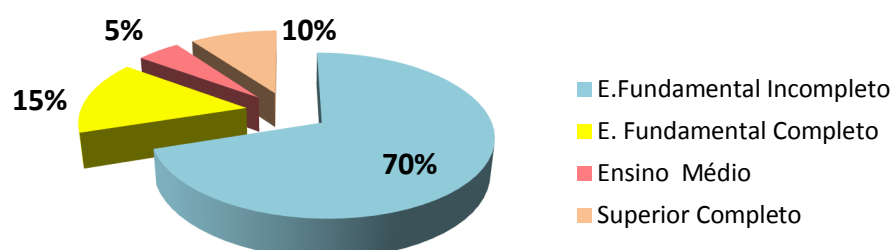
Gráfico 9: Religião dos Idosos



FONTE: Pesquisa de Campo /Fevereiro de 2012.

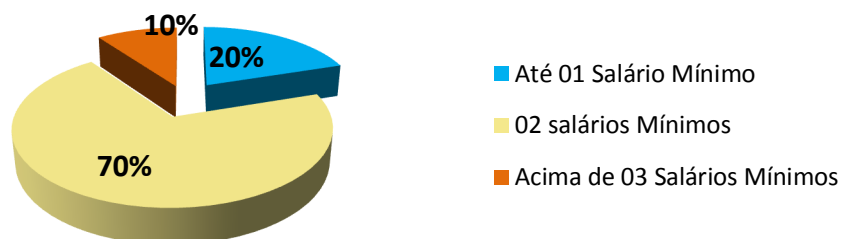
Em relação ao nível de instrução, os idosos têm baixa escolaridade, 70% não concluíram o ensino fundamental, 15% cursaram o ensino fundamental, 10% concluíram curso superior e 5% o ensino médio. Esse aspecto vai interferir na sua inserção no mundo do trabalho e concretamente nas condições de vida, tendo implicações no estado de saúde.

Gráfico 10: Escolaridade dos Idosos



FONTE: Pesquisa de Campo / Fevereiro de 2012.

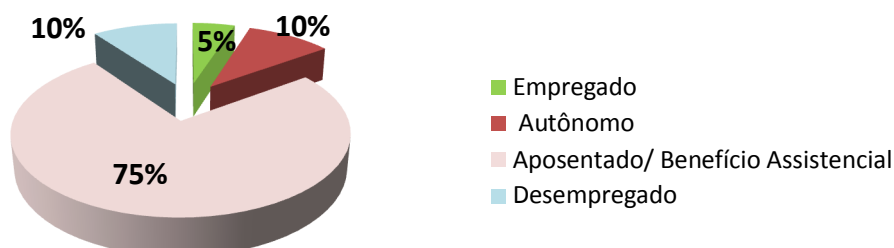
Os resultados da pesquisa demonstraram que os idosos majoritariamente são de famílias de baixa renda. Para 70% deles a renda familiar é de até 02 salários mínimos, 20% têm renda de apenas 01 salário mínimo e para apenas 10% a renda é igual e/ou superior a 03 salários mínimos. Podemos inferir que 90% dos idosos potencialmente constitui o público-alvo das políticas de assistência social.

Gráfico 11: Renda Familiar dos Idosos

FONTE: Pesquisa de Campo / Fevereiro de 2012.

Ainda no que concerne à Renda Familiar dos idosos, vale ressaltar que esta é constituída em sua maioria por uma única pessoa (65%), por duas pessoas (30%) e por mais de 03 pessoas (5%). O principal responsável pelo sustento da família entre os idosos pesquisados é o próprio idoso (75%), seguido do cônjuge e/ou filhos (15%) e somente o cônjuge (10%). Esses dados reiteram uma situação, infelizmente comum no cotidiano das famílias brasileiras, principalmente as de baixa renda, em que o idoso é o principal provedor de sua família, por meio de sua aposentadoria ou benefício assistencial.

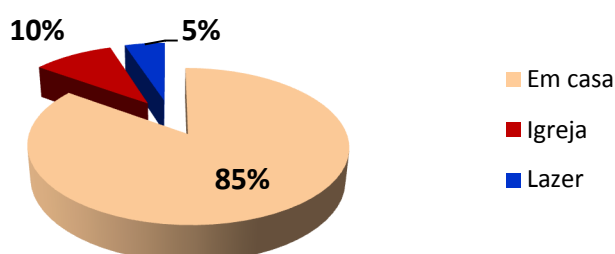
Em relação à situação econômica, 75% dos idosos afirmaram ser aposentados, 10% exercer alguma atividade autônoma (informal), 10% desempregados, 10% recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e apenas 05% dizem estar inseridos formalmente no mercado de trabalho. Contudo, os que se referiram à aposentadoria, é bem provável que estivessem falando de benefício assistencial, pois muitos são oriundos da área rural ou não contribuíram para a previdência e ainda, o valor monetário da aposentadoria é de 01 salário mínimo, coincidentemente o mesmo valor do BPC.

Gráfico 12: Situação Econômica dos Idosos

FONTE: Pesquisa de Campo / Fevereiro de 2012.

A forma como o tempo livre é aproveitado diz muito dos valores, da concepção de vida e, sobretudo das condições concretas para esse usufruto. No caso dos programas e atividades direcionadas aos idosos, estes muitas vezes requerem certa condição financeira para o acesso. São “produtos” disponibilizados aos “cidadãos–consumidores”. Os dados nos retratam que 85% dos idosos pesquisados se ocupam de atividades no âmbito familiar, 10% se dedicam a igreja e 5% em lazer propriamente dito, no espaço extrafamiliar. Das ocupações no espaço intrafamiliar, as que mais predominaram nas falas dos idosos foram: arrumar a casa – afazeres domésticos, assistir televisão, artesanato, crochê e costura.

Gráfico 13: Ocupação do tempo livre dos Idosos



FONTE: Pesquisa de Campo /Fevereiro de 2012

A partir desses resultados podemos afirmar que os idosos com situação socioeconômica baixa, como os idosos sujeitos desta pesquisa, ao envelhecerem dificilmente engrossarão as turmas dos programas de lazer e entretenimento propagados reiteradamente pela mídia e *experts* em programas para a terceira idade, uma vez que tais programas exigem disponibilização financeira para custear os “pacotes de qualidade de vida saudáveis” tão maciçamente ofertados.

Por outro lado, a sobrecarga de trabalho, dupla e/ou tripla jornada de trabalho a que se submete parcela da população que não necessariamente seja desprovida de poder aquisitivo para o lazer, mas objetivamente por falta tempo, a exclui e a priva do lazer, tão precioso para a saúde. Nesse sentido, vale destacar que a saúde tem relação direta com o estilo de vida. Enquanto uma vida ativa, incluindo atividades físicas, contribui para a manutenção da saúde e do bem-estar físico, o sedentarismo, bastante comum no mundo moderno, tornou-se uma preocupação da saúde pública por contribuir para uma série de doenças crônicas (DOLL, 2007, p.114).

Ressaltamos ainda, que esses aspectos socioeconômicos têm repercussão nas condições de saúde, como bem explicita o conceito ampliado de saúde quando faz referências aos determinantes e condicionantes sociais da saúde – alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, e lazer.

3.1.3- A avaliação dos sujeitos da pesquisa – trabalhadores da saúde e idosos, a respeito do serviço público de saúde

O que pensam usuários e trabalhadores da saúde sobre os serviços de

saúde, a forma como expressam suas vivências no e com os serviços de saúde traduzem um pouco desse universo tão complexo e desafiador para gestores, estudiosos, profissionais e, sobretudo para os próprios usuários desses serviços.

É na interação entre os atores envolvidos na produção de saúde, na confluência de saberes e vivências que efetivamente pode-se realizar uma reflexão do alcance e da resolutividade dos serviços. Nesse sentido, Cecílio (2007, p. 384) afirma que “a fala dos usuários, combinada a um conjunto de indicadores técnicos, é que nos permite avaliar os resultados finais do atendimento da forma mais fidedigna possível”.

No processo de investigação, de pesquisa, optamos por buscar conhecer as condições de saúde dos idosos e a utilização dos serviços pelos mesmos. Em relação aos trabalhadores focamos no ato de cuidar, no atendimento dispensado ao idoso propriamente dito.

Quando indagados sobre seu estado de saúde, 65% (13) dos idosos consideraram como bom e 35% (7) como ruim. Pôde-se observar no diálogo com os idosos que para muitos deles, apesar de ser a primeira internação, eles não têm dado a devida atenção à sua saúde. Em contrapartida, 65% (5) dos profissionais avaliaram de regular a ruim e apenas 37,5% (3) como bom o estado de saúde dos idosos que atenderam. Relacionam o mal estado de saúde, ao fato dos idosos apresentarem doenças crônicas e falta de acompanhamento regular e isso leva à

períodos de internação mais longos. Nesse sentido, há uma discordância na percepção dos sujeitos.

Relacionamos abaixo algumas das falas que retratam esses aspectos:

Poderia tá melhor, se tivesse cuidado antes (*Idoso R*)

Antes não sentia nada, até sentir essa dor que me trouxe ao hospital (*Idoso E*)

Em geral, observa-se que os idosos internados na FHAJ permanecem internados por longo período, apresentando tratamento de saúde mais demorado, seja pela gravidade da doença associada ao processo de envelhecimento ou pela debilidade de sua saúde, enquanto resultado de um contexto biopsicossocial de vulnerabilidade, de risco social. (*Profissional 4*)

A maior parte dos idosos possuem doenças crônicas, na maioria das vezes sem acompanhamento clínico adequado. (*Profissional 8*)

Essas falas explicitam a supervalorização do curativo e o “esquecimento” da prevenção, muito presente em nossa sociedade. Sinalizam também falhas no sistema de saúde, em que os serviços de atenção primária não têm conseguido cumprir seu papel de porta de entrada nos serviços públicos de saúde, disponibilizando ações e serviços de prevenção e promoção à saúde.

Relacionando com a percepção do estado de saúde dos idosos, as respostas referentes à frequência na procura por serviços de saúde são assim descritas: 60% dos idosos afirmaram que fazem exames e consultas regularmente (avaliação geral anualmente), 40% só procuram quando sentem dor ou algum mal estar. Por outro lado, todos os profissionais afirmaram que vem crescendo nos últimos tempos a frequência de atendimentos a idosos. Inferimos com base nos discursos, que de fato a procura se dá em momentos de dor, quando a doença já está manifestada, muitas vezes em razão da falta de recursos financeiros e pelas dificuldades encontradas no acesso aos serviços de saúde.

Os depoimentos, tanto dos idosos usuários quanto dos trabalhadores apontam que os agravos à saúde dos idosos mais prevalentes foram os já mencionados anteriormente pela secretaria de saúde do Estado e pelo levantamento de dados realizado junto ao censo hospitalar dos anos de 2010 e 2011 da FHAJ, ou seja, referem-se a doenças do aparelho digestivo, combinados com outras doenças crônicas.

Questionados quanto à utilização dos serviços de saúde, os idosos relatam dificuldades no acesso e demora no atendimento, contudo 100% são usuários exclusivos do SUS. A avaliação dos usuários do SUS é positiva, 75% dos idosos afirmaram estar satisfeitos com o atendimento recebido nos momentos em necessitou de assistência e 25% mostraram-se insatisfeitos. Entre os motivos de insatisfação citaram a demora no atendimento, no agendamento de consultas e exames e a existência de poucos médicos. E aí vem à tona um dos nós do SUS que é a sua capacidade instalada e organizada, ainda insuficiente para responder às demandas de saúde da população.

As falas seguintes ilustram algumas das dificuldades de acesso e de resolatividade do SUS.

Muita demora, então recorri ao ministério público (*Idoso D*);

O SUS não atende em tempo e condições consideradas humanitárias. (*Idoso M*).

Os depoimentos sinalizam que apesar das dificuldades de acesso, o SUS ainda é a melhor opção. No caso da grande maioria dos brasileiros é a única opção, por isso deve ser fortalecido e consolidado, tendo em vista que a saúde é um direito fundamental da pessoa humana e como tal deve ser encarada por usuários e principalmente pelo poder público.

Os trabalhadores compartilham da avaliação dos usuários e asseveram que as dificuldades referidas pelos usuários comprometem a saúde seja pela falta de prevenção ou pela descontinuidade no tratamento de alguma doença. Nesse sentido, Silva e Magalhães Júnior (2008: p.70) afirmam que os usuários precisam ter assegurada a continuidade do atendimento e ampliar a adesão ao tratamento, sendo indispensável a garantia da longitudinalidade da atenção, não só para a recuperação da saúde, mas também para que em medidas preventivas e de promoção da saúde sejam mais efetivas.

Percebe-se que a integralidade, um dos princípios que balizam e fundamentam o Sistema Único de Saúde e as políticas específicas voltadas à pessoa idosa, ainda permanece praticamente inerte e utópica. Compreendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade, a integralidade requer,

assim como fora projetado pelo Movimento da Reforma Sanitária ainda no final da década de 1970, a organização do SUS em formato de redes. Sem uma rede de serviços, não será possível garantir a integralidade da atenção à saúde (SILVA, 2008, p. 23).

3.2- Serviços de Saúde: referência e contra-referência no atendimento a idosos

Os serviços públicos de saúde precisam estar estruturados de tal forma que o usuário possa ter suas necessidades de saúde atendidas em tempo real, que este usuário não tenha que recorrer a estratégias enviesadas para ter seu problema de saúde resolvido. A resolutividade dos serviços de saúde está atrelada a vários fatores, que vão da infraestrutura dos serviços até o envolvimento e responsabilização na produção de saúde. Como parte da organização dos serviços, a referência e a contra-referência representam uma das condicionalidades para que a integralidade venha a se efetivar.

Quando interrogados a respeito do atendimento realizado aos idosos pela FHAJ, 60% dos idosos pesquisados responderam que consideram bom o atendimento e 40% consideram como regular. Os usuários mencionam um atendimento humanizado com o acolhimento por parte dos trabalhadores, com atenção e respeito e orientações durante o período de internação. Por outro lado, observou-se que as falas de insatisfação no atendimento referem-se, na sua maioria, às dificuldades de acesso, especificamente à demora na marcação da cirurgia. Vejamos alguns depoimentos:

Considero razoável, melhor ficaria difícil, devido ter muita gente. Não vi diferença no atendimento dispensado ao idoso e do público em geral. (*Idoso G*).

Muita demora para a marcação da cirurgia, e quando foi marcada logo em seguida foi remarcada. (*Idoso K*).

Atende bem, mas está com a capacidade de atendimento esgotada. Tenho observado que os profissionais são capacitados, no entanto devido ao estresse (o SUS está na UTI) isso acaba interferindo na qualidade do atendimento. (*Idoso M*).

Esta é a minha 2ª internação aqui nesse hospital. A 1ª foi de hérnia. Estou aguardando esta cirurgia desde outubro/11. Fora a demora na espera, no mais tá tudo certo. *(Idoso O)*.

Questionados de que Unidade de Saúde teriam sido encaminhados para a internação na FHAJ e se receberam alguma orientação para depois de sua alta hospitalar, 50% dos idosos afirmaram terem sido encaminhados de Prontos Socorros da capital e do interior do Amazonas e 50% da Rede de Atenção Básica. Contudo, no que se refere às orientações, 85% dos idosos não receberam qualquer orientação de como proceder no pós-alta, se deveriam retornar ao serviço que o atenderam no primeiro momento. E apenas 15% relataram estar devidamente orientados para a continuidade do tratamento de saúde no pós-alta, esses idosos disseram fazer acompanhamento nos CAIMIs (Centro de Atenção Integral à Melhor Idade).

Nesse aspecto, quando perguntado aos trabalhadores sobre que orientação é feita aos usuários idosos quando da alta hospitalar, visando o acompanhamento de estado de saúde na rede de saúde pública, os trabalhadores afirmaram que essas orientações são realizadas de modo segmentado, restrita a cada área técnica envolvida com o paciente e pelo médico-residente.

As orientações aos pacientes quando de sua alta, fica a cargo do médico residente, podendo acionar outros técnicos. Percebe-se que a comunicação entre os profissionais carece ser ampliada para que se alcance melhores resultados dos serviços de saúde, que possa ser sentido pelo usuário, no esclarecimento de suas dúvidas para a continuação de seu tratamento, na recuperação de sua saúde. Cada profissional faz os encaminhamentos que julga necessários com pouca ou nenhuma articulação com os demais profissionais, exceto no âmbito de sua própria especialidade. Vejamos algumas falas:

A orientação na alta hospitalar é feita pela residência médica, juntamente com os internos de medicina, uma vez que a FHAJ é um hospital de ensino. *(Profissional 1)*.

As orientações de consultas e exames geralmente são realizadas pelos médicos residentes e internos de medicina, pois o hospital é destinado ao ensino e na própria instituição funciona o ambulatório pré e pós-operatório. *(I Profissional 2)*.

Por ocasião da alta hospitalar, os familiares/acompanhantes de pacientes idosos são orientados quanto à: avaliação médica no ambulatório da FHAJ; viabilização de produtos ortopédicos que são concedidos pelo SUS; viabilização de remoção para pacientes acamados através das ambulâncias da prefeitura e Previdência/ LOAS (Profissional 4)

Geralmente faço encaminhamentos para os CAIMIs. (*Profissional 5*)

Percebe-se nas falas dos trabalhadores que as orientações aos usuários no momento da alta hospitalar ficam muito centradas na figura do médico-residente, o qual define o retorno do paciente para o acompanhamento ambulatorial da própria FHAJ. Dessa forma, podemos inferir que não há uma articulação com a rede assistencial, ficando o paciente restrito ao circuito do próprio hospital, exceto quando surgem outras necessidades de saúde que não são cobertas pelo Hospital-Escola.

Nesse sentido, partilhamos dos argumentos de Cecílio e Merhy (2010, p. 203) quando afirmam que o momento de alta de cada paciente deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de contra-referência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico. O período de internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar maior autonomia.

A falta de conexão do Hospital com a rede assistencial vem demonstrar uma fragilidade do Sistema de Saúde, quando faz um corte, quando desvincula as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, comprometendo a integralidade da atenção à saúde. Cecílio aponta algumas indicações para intervenção visando à qualificação do atendimento nos hospitais, vejamos:

- É preciso negociar permanentemente a missão e o perfil assistencial do hospital;
- Contratar com os gerentes das unidades que *fornece*m mais clientes, mecanismos de contra-referência para determinados grupos de patologias que necessitam de seguimento mais permanente;
- Realizar acompanhamento e avaliação dos fluxos de clientela para monitoramento da criação de vínculos entre os usuários e os serviços que lhe sejam mais adequados naquele momento, em função de suas necessidades; e,
- Elaboração de protocolos de patologias a serem contra-referenciados. (CECÍLIO, 2007, p. 301-304)

Na mesma direção, Adail de A. Rollo, quando aborda a questão da resolutividade na assistência hospitalar, afirma que os hospitais devem ter a capacidade de dar respostas efetivas aos agravos de saúde de seus usuários com resolutividade diagnóstica e terapêutica no tempo ótimo que o caso exija, eliminando ou diminuindo o sofrimento, os riscos, e promovendo a recuperação e cura. Para tanto, impõe-se que estes se articulem em parcerias e complementaridade com outras unidades de saúde, de modo a garantir a continuidade da assistência (ROLLO, 2007, p. 332).

Questionados sobre como avaliam a organização dos serviços de saúde quanto à referência e contra-referência e como é trabalhada a contra-referência dos usuários idosos na FHAJ junto à rede pública de saúde, os trabalhadores demonstraram dificuldades em responder, muito provavelmente em razão da pouca ou nenhuma articulação do Hospital com a rede assistencial, que pudesse incidir na co-responsabilização no atendimento das necessidades de saúde dos usuários por outros serviços de saúde. Por outro lado, a FHAJ é um hospital escola, que ao ofertar serviços ambulatoriais passa a concorrer com a atenção básica. A seguir listamos alguns depoimentos:

As orientações são dadas, mas parcerias com outras Instituições não temos. Deveríamos começar a manter essa parceria, porque toda rede deveria está conectada. Então essa contra-referência, atualmente não ocorre de forma bonitinha e bem ordenada como é prevista. (*Profissional 5*).

Deficitário, falho e às vezes até inexistente. Porque muitas vezes a pessoa que trabalha no hospital fica tão isolada que parece que está num universo paralelo, que não faz parte da mesma rede. É como se a gente vivesse um pouco solto, uma coisa desconectada, só a gente num mundo que fosse só da área hospitalar. Eu acho isso péssimo. Nós que trabalhamos mais na área hospitalar, a gente é levado a acreditar que somos importantíssimos, que só a gente resolve. Acho que o hospital deveria sair um pouco desse universo paralelo, porque já está pra lá de ultrapassada essa visão. (*Profissional 6*).

A referência e a contra-referência não é clara aos profissionais de saúde. Os usuários da FHAJ são contra-referenciados em 90% das vezes à própria Instituição – para o ambulatório. A gente não tem um ponto de referência, uma *contra-referência externa* que a gente possa mandar o idoso para recuperar. (*Profissional 8*).

Podemos verificar nas falas acima que a contra-referência no FHAJ é praticamente nula, uma vez os movimentos nesse sentido nas práticas profissionais é quase imperceptível, dependendo do compromisso profissional de cada

trabalhador e não algo que seja uma preocupação do coletivo daquele Hospital. Tendo em vista a integralidade na atenção à saúde, faz-se necessário que o hospital estabeleça relação com a rede assistencial onde fiquem definidas as portas de entrada do sistema, os mecanismos de referência e contra-referência, além do papel de cada unidade na implantação do novo modelo assistencial. (BUENO, 2007, p. 176).

Segundo Cecílio e Merhy (2010, p. 211), a forma mais tradicional de se pensar o hospital no sistema de saúde é como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade. Porém, o hospital não pode se restringir a fazer contra-referência de pacientes encaminhados. Espera-se uma postura mais ativa na construção dos fluxos institucionais, estabilizados e regulares de pacientes entre as estações produtoras de cuidado, o que requer processos de negociação com outros atores extra-hospitalares. Dessa forma o hospital contribuiria para a integralidade do cuidado.

No que tange ao atendimento, aos cuidados dos trabalhadores da saúde para com os idosos, os resultados da pesquisa revelam que os processos de trabalho seguem rotinas tecnicamente pré-definidas caracteristicamente rígidas dificultando uma relação dialógica entre as diferentes especialidades, e aqui me refiro à equipe multiprofissional, porque é desta forma que os trabalhadores se identificam. Sobre essa questão os trabalhadores assim se referiram:

Não tem um fluxo de trabalho institucionalizado, nunca se cogitou. Existe o esforço e a conscientização do profissional. Realmente essa é uma deficiência do hospital. (*Profissional 4*).

Quanto ao atendimento a idosos acho que a gente tá muito aquém da Atenção Básica. Não consigo visualizar uma preocupação da gestão em proporcionar canais, formas, meios para que os profissionais sentem, debatam, conversem. O que você percebe é que cada um vem, faz seu trabalho isoladamente. No máximo o que você tem, são os setores por área que conversam entre si. Você não tem um momento de reunião multidisciplinar para debater sobre os pacientes. (*Profissional 6*).

A produção de saúde, o cuidado em saúde é o resultado de ação coletiva, logo, sua natureza é multidisciplinar. O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido

pelo paciente, é o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida no hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde. (CECÍLIO; MERHY, 2010, p. 200).

Desse modo, segundo Cecílio e Merhy (2010, p. 207) faz-se necessário a criação de mecanismos que disparem uma rede de conversações no ambiente de trabalho tendo em vista a integralidade do cuidado, de modo a facilitar a coordenação das práticas cotidianas do hospital de forma mais articulada, leve, com canais de comunicação mais definidos, mais solidária, mais democrática, menos ruidosa.

O cuidado em saúde é essencialmente o resultado de um trabalho em equipe e dessa forma é preciso estabelecer rotinas que favoreçam o diálogo entre os profissionais, em que a definição de objetivos da assistência sempre privilegie o cliente (ARAÚJO, 2010, p.149).

Perguntado aos trabalhadores se haviam tido acesso ou se conheciam alguma legislação voltada ao Idoso, 62,5% afirmaram conhecer o Estatuto do Idoso, 12,5% disseram saber que existe, mas não lembravam o nome e 25% relataram que não conhecem nenhuma legislação. Dos que relataram ter conhecimento da legislação, esses atuam também na atenção básica onde parece haver uma maior preocupação com a educação permanente dos trabalhadores para atuar com os idosos. Nesse sentido, vejamos o que dizem alguns dos trabalhadores:

Eu trabalho muito com o Estatuto do Idoso, a respeito da prioridade que a gente briga muito. Ainda tem um imenso descaso com o idoso. Eu conheço o Estatuto do Idoso, eu não tenho muito conhecimento sobre a PNSPI, eu sei que ela é mais voltada para a prevenção e, a gente trabalha aqui mais voltado para a recuperação – curativo. (*Profissional 4*)

Eu só conheço a legislação devido trabalhar também na Atenção Básica. Aqui, eu considero essa preocupação em relação à legislação muito falha. (*Profissional 6*)

Todos nós precisamos estar capacitados e qualificados porque o idoso não tem mais as mesmas características de uma pessoa mais jovem. Então você tem que saber que o tratamento é diferenciado. Aqui no hospital não

passei por nenhum treinamento especificamente para atendimento ao idoso (*Professional 5*).

A partir dos depoimentos acima citados, podemos inferir que os trabalhadores não estão sendo capacitados nesse nível de atenção à saúde para desenvolver ações de saúde para esse público. Contudo, os relatos dos usuários pesquisados indicam que há um atendimento humanizado com acolhimento e respeito ao idoso. Vale ressaltar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa /PNSPI explicita que a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deve ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, com estabelecimento de fluxos de atendimento, de modo a facilitar o acesso em todos os níveis de atenção.

3.3 - Perspectivas e desafios na assistência à saúde dos idosos na realidade local

Para abordarmos as perspectivas e os desafios, partimos da avaliação e das sugestões dos sujeitos da pesquisa, pois entendemos que eles são os verdadeiros protagonistas neste processo de construção de saúde. Suas vivências e impressões servem de parâmetro para uma reflexão da efetividade dos serviços de saúde na realidade local.

A avaliação dos profissionais sobre as ações de atenção integral à saúde do idoso na cidade de Manaus é a seguinte: 25% dizem que a atenção integral é mínima, 37,5% afirmaram ser nula e 37,5% não responderam ou disseram não ter parâmetros para avaliar. Abaixo citamos algumas dessas avaliações.

O conjunto dos serviços quando funciona é perfeito. Quando há prevenção não há geralmente reinternação ou sobrecarga nos postos de saúde. Eu considero o SUS o melhor plano de saúde que existe. Ele funcionando na sua capacidade, atende no que você precisa e quantas vezes você precisa. (*Professional 5*)

Não considero que as ações sejam integradas, não conseguindo assim dar atenção integral. (*Professional 6*)

A integralidade da assistência não existe. A articulação dos serviços de prevenção, promoção e recuperação não existe, porque o que a gente percebe é que seja paciente idoso ou não, se você for conversar a respeito de qualquer orientação de prevenção das doenças de base, eles não sabem

relatar se alguém já conversou a respeito, um ou outro raramente.
(*Professional 8*)

O Sistema Único de Saúde representa uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, regulamentado e em permanente processo de implementação desde a década de 1990. É definido como 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 para a garantia da saúde, conforme prevê a Constituição Federal de 1988 no seu artigo 196: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A integralidade refere-se à articulação entre medidas preventivas e assistenciais de saúde e é um dos princípios que norteiam a organização do SUS. De maneira bem pedagógica Paim (2011, p.45) descreve o que são as *ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde*: a) *Promover* saúde significa fomentar, cultivar, estimular, por intermédio de medidas gerais inespecíficas a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das comunidades; b) *Proteger* a saúde significa reduzir ou eliminar riscos, por meio de ações específicas, como por exemplo, vacinação e combate a insetos transmissores de doença e c) *Recuperar* a saúde requer diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação do dano (doença ou agravo), evitando complicações ou seqüelas. A atenção à saúde na comunidade e a assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar representam as principais medidas para a recuperação da saúde.

Assim, a atenção integral à saúde prescinde de uma rede de serviços de saúde. Para Santos e Andrade (2008, p.37) esta rede de serviços é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.

Quando questionados se o Serviço Público de Saúde em Manaus atende as necessidades dos idosos, 55% dos idosos afirmaram que sim e 45% disseram que não. Ao sinalizarem negativamente, se reportaram às dificuldades de acesso e demora no atendimento. Em contrapartida, 50% dos profissionais afirmaram que o serviço de saúde não atende, 25% que atende parcialmente e 25% se referiram apenas ao atendimento realizado pelos CAIMIs. Abaixo vejamos alguns depoimentos:

Acho que não porque sempre temos que enfrentar muitas filas". (*Idoso F*).

"Não atende. É uma falta de consideração e respeito, pois agente contribui a vida toda e quando chega nessa idade se tem muita dificuldade para ser atendido. (*Idoso G*).

Tá muito devagar, tudo é difícil, tem muita espera. É muita dificuldade. (*Idoso T*).

Não considero que atenda de forma plena, pois o idoso ainda é muito desrespeitado e na maioria das vezes deixa de ter seus direitos garantidos. Ainda existe um grande descaso. (*Profissional 4*)

Não, pelo menos a nível secundário e terciário. (*Profissional 6*)

Na perspectiva da atenção integral à saúde, podemos verificar nas falas dos usuários e trabalhadores da saúde que os serviços de saúde na cidade de Manaus ainda carecem de maior organização para atender as necessidades da população. Os principais problemas referidos dizem respeito ao acesso aos serviços, notadamente à demora em conseguir consultas, exames especializados e cirurgias, ou seja, nos níveis de atenção secundária e terciária.

Como relação às sugestões para a melhoria dos serviços de saúde na cidade de Manaus, 50% dos idosos sugeriram mais agilidade no acesso ao serviço, 35% sugerem mais disponibilização de profissionais (e aqui se referem a médicos) e capacitação de todos os profissionais e, 15% não fizeram nenhuma sugestão e afirmaram estar satisfeitos com os serviços. As sugestões dos trabalhadores foram: 37,5% sugeriram investir na capacitação de recursos humanos, 37,5% sugeriram melhorias no acesso e 25% sugeriram a contratação de mais médicos geriatras.

Abaixo relacionamos algumas das sugestões:

Precisa que o atendimento seja mais rápido, de mais profissionais para atender. (*Idoso C*).

Deve ter um meio para melhorar, pois agente precisa de uma velhice digna. (*Idoso G*).

Melhorar o acesso para agendar consulta, pois temos que ir pra fila por muito tempo. A demora que muitas vezes temos que refazer os exames médicos. (*Idoso I*).

“seria aumentar o número de estabelecimentos, conseqüentemente aumentaria o número de vagas visto que a população idosa está em crescimento. (*Profissional 2*)

Capacitação/qualificação voltados para o atendimento ao idoso. (*Profissional 5*)

Melhorar a estrutura e aumentar a disponibilidade de atendimentos médicos no setor da geriatria com serviços especializados e direcionados aos idosos. (*Profissional 7*)

Percebemos nos depoimentos dos usuários e trabalhadores que, apesar terem visões diferenciadas, ambos apontam dificuldades e problemas semelhantes e sugerem melhorias quanto ao acesso aos serviços e escassez e/ou falta de qualificação de pessoal.

Os resultados da pesquisa sinalizam para um cenário de grandes desafios para os serviços de saúde na cidade de Manaus, especialmente no atendimento ao idoso.

Os resultados desta pesquisa apontam que Manaus conta com uma rede de serviços significativa, em termos de estrutura de equipamentos de saúde, principalmente na atenção básica, porém observamos um estrangulamento na atenção secundária e terciária quanto ao acesso aos serviços, identificados nas falas referentes a dificuldades de acesso às consultas e exames especializados, bem como na demora de marcação de cirurgias.

Um dos grandes desafios é a ampliação e/ou adequação da estrutura da rede de serviços para atender a crescente demanda da população, em especial o seguimento idoso, bem como estabelecer um sistema de referência e contra-referência que se traduza em encaminhamentos responsáveis e resolutivos à necessidade de saúde dos pacientes, de modo a garantir a integralidade no cuidado de sua saúde. Enfim, compreender que os serviços de saúde precisam estar interconectados, de modo a não haver sobreposição de ações.

O cenário que se desponha é de um aumento da população idosa requerendo serviços de saúde e processos de trabalho mais eficientes. Para tanto, faz-se

necessário investir em educação permanente aos trabalhadores, em especial ao atendimento ao idoso na assistência hospitalar, dado o desconhecimento das políticas que norteiam o trabalho com idosos, como a Política Nacional da Pessoa Idosa e o próprio pacto da saúde/pacto pela vida que estabelece algumas ações estratégicas para a saúde do idoso, entre as quais: acolhimento na assistência ao idoso, enquanto um facilitador ao acesso e a atenção diferenciada na internação.

Os desafios colocados ao SUS em Manaus, não diferem muito da realidade nacional. No que diz respeito à prestação de serviços de saúde é visível a deficiência nos serviços de apoio diagnóstico para exames especializados repercutindo na assistência e comprometendo a atenção integral. Outros problemas como acesso e demora no atendimento, demonstram a insuficiente capacidade instalada do SUS bem como a forma de organização dos serviços que requer mais atenção da gestão às necessidades de saúde demandadas pela população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi elaborado na tentativa de melhor compreender as questões que envolvem a velhice, as mudanças que se processam na linha do tempo na vida das pessoas, de conhecer as implicações que essas mudanças acarretam no modo de vida e particularmente, buscou-se fazer uma reflexão sobre o atendimento das necessidades de saúde das pessoas envelhecidas na realidade local por parte do Estado.

Nesse sentido, a motivação para a realização do presente trabalho está relacionada à inquietação profissional da pesquisadora acrescida da importância que o envelhecimento assume na atualidade, decorrente das implicações que o aumento de idosos traz para a família e para sociedade de uma forma em geral.

Diante do estudo realizado, do referencial teórico e da pesquisa que consistiu em fazer uma reflexão acerca dos serviços de saúde disponibilizados à população idosa, tendo como parâmetro atendimentos realizados a idosos internados na Fundação Hospital Adriano Jorge, na cidade de Manaus/AM, é possível apresentar algumas considerações.

As alterações físicas, psicológicas e sociais que acompanham o envelhecer são naturais e gradativas, que independem do desejo e da escolha do ser humano. Contudo as condições de vida têm relevante importância para um envelhecer mais saudável, em que as pessoas possam usufruir dessa etapa da vida de forma mais digna e feliz.

A velhice é concebida e vivenciada de maneira diferenciada em momentos e lugares historicamente distintos. É fundamentalmente uma experiência singular, onde estão implicados valores culturais, econômicos, sociais e políticos.

Frente ao aumento da longevidade, a família tem sido desafiada a assumir a responsabilidade com seus idosos que indiretamente tem sido repassada pelo Estado. Contudo, essas famílias cuja dinâmica familiar foi alterada, também carecem de proteção, principalmente as de baixa renda.

A sociedade civil tem importante papel na fiscalização e proposição de políticas públicas para os idosos, e as experiências brasileiras têm demonstrado que vem dando certo, como se pode verificar nas legislações específicas para o segmento, embora caibam algumas ressalvas. Como por exemplo, o fato dessas legislações conterem um viés neoliberal, na medida em que reforçam a desresponsabilização do Estado quando enfatizam a participação da família, do mercado e da sociedade no cuidado e na condução de políticas e serviços aos idosos.

O aumento da longevidade têm desafiado governantes e gestores públicos para o atendimento das necessidades de um número cada vez maior de pessoas com mais idade, que demandam por serviços específicos, notadamente por políticas de proteção social. Para tanto, o Estado tem buscado a participação da sociedade para responder a essas necessidades, mediante políticas públicas.

As condições materiais de vida, a maneira como as pessoas se inserem e “sobrevivem” no mundo do trabalho vai repercutir no processo de envelhecimento e na sua velhice. Dessa forma, as desiguais condições de vida e de trabalho incidem diretamente no processo de declínio biológico, uma vez que a intensa exposição a condições precárias de vida reflete no grau de vulnerabilidade e de maior probabilidade de incidência de doenças, as privando de uma velhice digna e saudável.

As políticas públicas, de proteção social, tem historicamente assumido uma estreita relação com a questão da produtividade humana na sociedade, comumente relacionadas a aposentadorias. Dada a centralidade da saúde e de cuidados na vida das pessoas idosas, as políticas brasileiras de proteção social voltada aos idosos, estão vinculadas à seguridade social – previdência, saúde e assistência social.

O sistema de proteção social brasileiro apresenta um significativo arcabouço legal de proteção aos idosos. A Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa ganharam visibilidade no seio da sociedade, porém ainda têm um longo caminho pela frente para sua efetivação. Os resultados da pesquisa revelaram que a maioria dos trabalhadores da saúde, sujeitos da pesquisa desconhecem o teor dessas legislações.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, conforme prevê a Constituição Federal (Art. 196). Nesse sentido, O Sistema Único de Saúde – fruto de lutas da sociedade brasileira, do Movimento de Reforma Sanitária iniciado na década de 1970 foi inserido no texto constitucional, sendo regulamento em 1990 para cumprir essa difícil tarefa.

O SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Sua operacionalidade é permeada de dificuldades e fragilidades, contudo sua consolidação torna-se imprescindível para a garantia de saúde para a maioria da população brasileira.

As legislações específicas ao idoso vêm reiterar a concepção de saúde que o SUS deve ofertar à população, ou seja, que os serviços de saúde prestem assistência integral à saúde, compreendida por ações de promoção, prevenção e recuperação.

Os resultados desta pesquisa revelaram que os serviços públicos de saúde na realidade local não estão atendendo satisfatoriamente, uma vez que persistem dificuldades de acesso de usuários aos serviços, principalmente nos níveis de maior complexidade – secundário e terciário, no que se refere à demora no agendamento de consultas e exames especializados e em marcação de cirurgias.

Os resultados da pesquisa sinalizaram também que a rede de serviços de saúde carece de maior articulação, de modo que possibilite a atenção integral à saúde dos usuários, preconizada pelo SUS. Para tanto é necessário que se estabeleça um sistema de referência e contra-referência que se traduza em encaminhamentos responsáveis e resolutivos à necessidade de saúde dos pacientes.

A pesquisa aponta para um cenário com uma população idosa em crescimento, a qual requer serviços de saúde e processos de trabalho mais eficientes, sendo necessário investir em educação permanente aos trabalhadores, em especial ao atendimento ao idoso. Na assistência hospitalar o trabalho

interdisciplinar faz-se imperativo, uma vez que a produção de saúde é o resultado de uma ação coletiva.

Os desafios colocados ao SUS em Manaus, não diferem muito da realidade nacional. No que diz respeito à prestação de serviços de saúde é visível a deficiência nos serviços de apoio diagnóstico para exames especializados repercutindo na assistência e comprometendo a atenção integral. Outros problemas como acesso e demora no atendimento, demonstram a insuficiente capacidade instalada do SUS bem como a forma de organização dos serviços que requer mais atenção da gestão às necessidades de saúde demandadas pela população.

Ao fazermos essas reflexões esperamos estar contribuindo com os gestores locais no sentido de avaliarem os processos de trabalho, os fluxos e rotinas de trabalho, enfim para a organização dos serviços públicos de saúde em Manaus. Especificamente esperamos estar contribuindo para que os idosos possam de fato ter garantido o direito à saúde na sua plenitude, o direito a um atendimento humanizado, resolutivo, a uma assistência integral à sua necessidade de saúde.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.R; VITALE, M. A. F. (Org). *Família: Redes, Laços e Políticas Públicas*. São Paulo: (IEE/PUC-SP), 2002.

AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 1. ed. São Paulo: Editora Martinari, 2011.

ALCÂNTARA, A. de O. *Velhos Institucionalizados e Família: entre abafos e desabafos*. Campinas/SP: Alínea (Coleção velhice e sociedade), 2004.

AMARAL, A.S do. O trabalho do assistente social nas fundações empresariais. In: CFESS/ABEPSS. *Diretos sociais e competências profissionais*. Brasília/DF, 2009.

ARAÚJO, C. L. F. A Prática do Aconselhamento em DST/AIDS e a Integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 5 ed. CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, Rio de Janeiro, 2010.

ARGIMON, I. I.L; VITOLA, J.C. E a família como vai? In: BULLA, L.C; ARGIMON, I. I.L (Orgs.) *Convivendo com o familiar idoso*. Porto alegre: EDIPUCRS, 2009.

BEAUVOIR, Simone. *A Velhice*. Tradução de M^a. Helena Franco Monteiro. 2 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1990.

BERZINS, M.A.V. S. Envelhecimento populacional: uma conquista ser celebrada. *Revista Serviço Social e Sociedade*. Nº 75. São Paulo. Cortez, 2003.

BILAC, E.D. Família: algumas inquietações. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.) *A Família Contemporânea em Debate*. 5.ed. São Paulo : EDUC / Cortez, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. *Lei nº 8.080, de 19/09/1990*: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. *Lei nº 8.142, de 28/12/1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão o Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. *Lei nº 8.842/94*: dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília, DF: Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Assistência Social, 1994.

_____. *Decreto nº 1948 de 03/07/1996*: regulamenta a lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política de atendimento ao idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Direitos Humanos, 1998.

_____. *Lei nº 10.741 de 1/10/2003*: dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília, DF, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Direitos Humanos, 2004.

_____. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 do Ministério da Saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*.

_____. *Portaria Nº 2.528 de 19/10/2006 do Ministério da Saúde*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

BRAVO, M.I.S. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. In: CFESS/ABEPSS. *Diretos sociais e competências profissionais* – Brasília/DF, 2009.

BUENO, W, S. Boletim: construindo um gestor pleno. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3 ed. Hucitec (coleção Saúde em debate). 2007.

BULLA, L.C.; MARTINS, R.R.; VALENCIO, G. O convívio do idoso com Alzheimer com sua família: Qualidade de vida e suporte social In: BULLA, L.C; ARGIMON, I. I.L (Org.) *Convivendo com o familiar idoso*. Porto alegre: EDIPUCRS, 2009.

CAMARGO JR, K.R. de. Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R A. de. (Orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 5 ed. Rio de janeiro: ABRASCO, 2010.

CARVALHO, M. C. B. (Org.) *A Família Contemporânea em Debate*. 5 ed. São Paulo: EDUC / Cortez, 2003.

CECÍLIO, L.C de O. Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos. In: MERHY,E.E ; ONOCKO, R (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3 ed. Hucitec (coleção Saúde em debate), 2007.

_____. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY,E.E ; ONOCKO, R (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3 ed. Hucitec (coleção Saúde em debate), 2007.

CECÍLIO,L.C de O; MERHY,E.E. A integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R A. de. (Orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 5 ed., Rio de janeiro: ABRASCO, 2010.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências sociais*. 6.ed. São Paulo: Cortez (Biblioteca da educação. Série 1. Escola; v.16), 2003.

DEBERT Guita Grin. *A Reinvenção da Velhice: Socialização e processos de Reprivatização do Envelhecimento*. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo / Fapesp, 2004.

DIOGO, M.J.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*. 2 ed. Campinas: Editora Alínea, 2006.

DOLL, J. Educação, cultura e lazer: perspectivas da velhice bem sucedida. In: NERY, A.L.(Org). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. Ed.Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007.

ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

FALEIROS, V. de P. Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos. In: NERI, A. L.(Org.) *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007.

FRANCO,T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FREITAS, R.C.S. Em nome dos filhos, a formação de redes de solidariedade: algumas reflexões a partir do caso Acari. *Revista Serviço Social & Sociedade* n. 71. Cortez; São Paulo, 2002.

GRANEMANN, S. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: CFESS/ABEPSS. *Diretos sociais e competências profissionais*. Brasília/D, 2009.

GUSMAO, N.M.M.; VON SIMSON, O.R.M. (Org). *Velhice e diferenças na vida contemporânea*. Campinas/SP: Alínea (coleção velhice e sociedade), 2006.

HAREVEN, Tamara. K. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida In: DEBERT, Guita Grim (Org). *Cadernos Pagu*(13). *Gênero em gerações*. Campinas, SP: PAGU, 1999.

IAMAMOTO, Marilda. *A Questão Social no Capitalismo*. Praia Vermelha nº 8 Primeiro Semestre -UERJ, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050*. Estudos e Pesquisas Nº 24. Revisão 2008.

_____. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008*. Estudos e Pesquisas Nº 23- Revisão 2008.

_____. *Censo 2000*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2000>> Acesso em: 24 out. 2009.

_____. - *Censo 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>. > Acesso em 12 jan. 2011.

KALOUSTIAN, S.M. (org.) *Família Brasileira, a base de tudo*. 6.ed. São Paulo: Cortez, DF: UNICEF, 2004.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. de A. *Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa e elaboração, análise e interpretação de dados*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos* 7. ed. – 5. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2010.

LEBRÃO, M L e DUARTE, Y A de O. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas? In: NERI, A.L.(Org.) *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, SP, 2007

LE MOS, V C. H. O valor da atividade não remunerada realizada por pessoas maiores de sessenta anos. *Revista Serviço Social e Sociedade*. n. 75. São Paulo. Cortez, 2003.

LOPES, R. G. da C. Imagem e auto-imagem: da homogeneidade da velhice para a heterogeneidade das vivências. In: NERI, A. L.(Org.) *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, SP, 2007.

MANAUS. *Decreto n° 5.482*, de 7 março de 2001. Dispõe sobre a Política Municipal do Idoso.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In. MARTINELLI, M.L (org.). *Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio*. 1 ed. São Paulo, Veras editora (Série Núcleo de Pesquisa 1), 1999.

MERCADANTE, E. F. Velhice: a identidade estigmatizada. *Revista Serviço Social e Sociedade*. Nº 75. São Paulo. Cortez, 2003.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E ; ONOCKO, R (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3 ed. Hucitec (coleção Saúde em debate), 2007.

NERI A.L.(Org). *Qualidade de Vida e idade madura*. 7.ed. Campinas: Papirus (coleção vivacidade), 2007.

NERI, A.L. *Palavras-chave em Gerontologia*. 3 ed. Campinas/SP: editora Alínea, Coleção Velhice e Sociedade. 2008.

NERI A.L.; YASSUDA, M. S.(Orgs.). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. 3 ed. Campinas/SP: Papirus (coleção vivacidade), 2008.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Sociedade civil, entre o Político-Estatal e o Universo gerencial. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol.18, n. 52. Junho. 2003.

_____. *Um Estado para a sociedade civil*. Temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Editora Cortez, 2004.

NOGUEIRA, V.M.R.; MIOTO, R.C.T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A.E. et al (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional*. 3ª Ed. Cortez: São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, A.P.P de. *O cuidado familiar na perspectiva de cuidadores de idosos com demência de Alzheimer*. 1.ed. Curitiba: Editora CRV, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2ª Reimpressão (Coleção temas em Saúde), 2011.

PAPALÉO NETTO, M; KITADAI, F. T.; YUASO, D.R. Longevidade: desafio no terceiro milênio. *Revista o mundo da saúde*, São Paulo, ano 29, v. 29, n. 4. p. 594-607. 2005.

PEREIRA, P. A.P. *Desafios contemporâneos para a sociedade e a família*. Série Política Social em Debate, nº07. Brasília: NEPPS/CEAM/UnB, 1994.

_____. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania In: BEHRING, E.R; SANTOS, S. M. de M. e MIOTO, R.C.T.(org.) *Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008.

PINHEIRO, R; LUZ, M.T. Práticas eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 5 ed. CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, Rio de Janeiro, 2010.

RIBEIRO, G.L.M.T; DIOGO, M.J.D. O processo de admissão hospitalar do idoso em unidade de clínica médica. In: DIOGO, M.J.D.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*. 2 ed. Campinas: Editora Alínea, 2006.

RIGOTTO, R. Produção e Consumo, Saúde e Ambiente: em busca de fontes e caminhos In: MINAYO, Maria Cecília de Souza, Miranda, Ary Carvalho (Orgs).

Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. 1ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 2006.

ROCHA, G. Sob o signo de saturno: reflexões antropológicas em torno da velhice. *Cadernos Serviço. Social.* Belo Horizonte, v. 3. P. 26055, dez. 1998.

ROLLO, A. de A. É possível construir novas práticas assistenciais no Hospital público In: MERHY, E.E; ONOCKO, R (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público.* 3 ed. Hucitec (coleção Saúde em debate). 2007.

SANTOS, L; ANDRADE, L.O.M. de. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, S.F da (Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.* IDISA: CONASEMS, 2008.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F.(Org.) *Família: Redes, Laços e Políticas Públicas.* São Paulo (IEE/PUC-SP), 2002.

_____. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres.* 2. ed. Rev. - São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, S.F.da; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F da (Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.* IDISA: CONASEMS, 2008.

SILVA, S. F. da. Implantando o Pacto pela Saúde e aperfeiçoando as redes de atenção do SUS. In: SILVA, S.F da (Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.* IDISA: CONASEMS, 2008.

SILVA, C. R. L. da; R.C.L. da SILVA; D.L.VIANA. *Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde.* 6ª ed. rev.e atual. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

SPOSATI, A. Regulação Tardia: características das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. *Caderno Ideação.* Políticas sociais para um novo mundo necessário e possível. Porto Alegre: Fórum Social Mundial, 2002. p. 32-53.

TAVARES, M. A. Acumulação, trabalho e desigualdades sociais. In: CFESS/ABEPSS. *Diretos sociais e competências profissionais.* Brasília/DF, 2009

TEIXEIRA, S.M. *Envelhecimento e trabalho no tempo do Capital: implicações para a proteção social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2008.

TONET, I. Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade. In: CFESS/ABEPSS. *Diretos sociais e competências profissionais*. Brasília/DF, 2009.

TORRES, S. V. de S. Fragilidade, Dependência e Cuidado: Desafios ao Bem-Estar dos Idosos e de suas Famílias. In: DIOGO, M.J.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*. 2 ed., Campinas, SP: Editora alínea, 2006.

VERAS, R.P. A longevidade da população: desafios e conquistas. *Revista Serviço Social & Sociedade*. Velhice e Envelhecimento. Ano XXIV, n.75, editora cortez, 2003.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 43 (3), p. 548-54. 2009.

VON SIMSON, O. R. M.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org.). *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. São Paulo: Coleção velhice e sociedade, Alínea, 2003.

WAGNER, A. (Coord.). *Família em cena: tramas, dramas e transformações*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

WANDERLEY, L.E.W. A Questão Social no contexto da globalização: o caso latino-americano e o caribenho. In: BOGUS, L: YASBECK, M.C. & BELFIORI-WANDERLEY, M. (Org). *Desigualdade e a Questão Social*, São Paulo: EDUC, 1997.

ZIMERMAN Guite I. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIOS – IDOSOS)

Convidamos o (a) Sr(a) para participar do Projeto de Pesquisa ***“Velhice e Serviços Públicos de Saúde na cidade de Manaus/AM: uma reflexão a partir de atendimentos a idosos internados na Fundação Hospital Adriano Jorge”***, da pesquisadora Rosimary de Souza Lourenço, orientada pela professora Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira do Programa e Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia - PPGSCA da Universidade Federal do Amazonas - UFAM. Esse estudo tem por objetivo analisar a visão de idosos internados na FHAJ sobre os serviços de saúde. Especificamente objetiva, verificar o perfil socioeconômico e cultural dos idosos internados na FHAJ; identificar os tipos de agravos à saúde dos idosos; conhecer a visão dos idosos atendidos a respeito dos serviços de saúde pública; apontar se está havendo referência e contra-referência no atendimento de saúde ao idoso e identificar os cuidados dos trabalhadores da saúde para com os idosos. A pesquisa envolverá 20 (vinte) idosos internados na FHAJ e 08 (oito) trabalhadores da saúde, totalizando 28 (vinte e oito) participantes. A coleta de dados será feita por meio da aplicação de formulários com perguntas abertas e fechadas com os sujeitos da pesquisa, as informações poderão ser registradas com o uso de um gravador de áudio. Esses dados são confidenciais, estando garantido o sigilo na pesquisa e todas as questões éticas a respeito das informações coletadas serão devidamente conservadas e resguardadas.

A qualquer momento, posso tirar dúvidas com as pesquisadoras, através da Universidade Federal do Amazonas situada na Avenida General Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário, Bairro Coroado I, no Instituto de Ciências Humana e Letras. (092) 3647-4381 - Secretaria (fax) (092) 3647-4380 e (092) 9122-4912.

Após devidamente informado (a) e esclarecido (a), concordo em participar do projeto, sabendo que minha contribuição será voluntária e gratuita e que sou livre para desistir da participação na pesquisa a qualquer momento sem que haja nenhum tipo de prejuízo, constrangimento ou penalidade. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada, que vou guardar.

	OU	/
Assinatura do (a) Participante		____/____/2012 Impressão dactiloscópica

	____/____/2012
Assinatura da Pesquisadora Responsável	

**APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TRABALHADORES DA SAÚDE)**

Convidamos o (a) Sr(a) para participar do Projeto de Pesquisa ***“Velhice e Serviços Públicos de Saúde na cidade de Manaus/AM: uma reflexão a partir de atendimentos a idosos internados na Fundação Hospital Adriano Jorge”***, da pesquisadora Rosimary de Souza Lourenço, orientada pela professora Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira do Programa e Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia - PPGSCA da Universidade Federal do Amazonas - UFAM. Esse estudo tem por objetivo analisar a visão de idosos internados na FHAJ sobre os serviços de saúde. Especificamente objetiva, verificar o perfil socioeconômico e cultural dos idosos internados na FHAJ; identificar os tipos de agravos à saúde dos idosos; conhecer a visão dos idosos atendidos a respeito dos serviços de saúde pública; apontar se está havendo referência e contra-referência no atendimento de saúde ao idoso e identificar os cuidados dos trabalhadores da saúde para com os idosos. A pesquisa envolverá 20 (vinte) idosos internados na FHAJ e 08 (oito) trabalhadores da saúde, totalizando 28 (vinte e oito) participantes. A coleta de dados será feita por meio da aplicação de formulários com perguntas abertas e fechadas com os sujeitos da pesquisa, as informações poderão ser registradas com o uso de um gravador de áudio. Esses dados são confidenciais, estando garantido o sigilo na pesquisa e todas as questões éticas a respeito das informações coletadas serão devidamente conservadas e resguardadas.

A qualquer momento, posso tirar dúvidas com as pesquisadoras, através da Universidade Federal do Amazonas situada na Avenida General Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário, Bairro Coroadó I, no Instituto de Ciências Humanas e Letras. (092) 3647-4381 - Secretaria (fax) (092) 3647-4380 e (092) 9122-4912.

Após devidamente informado (a) e esclarecido (a), concordo em participar do projeto, sabendo que minha contribuição será voluntária e gratuita e que sou livre para desistir da participação na pesquisa a qualquer momento sem que haja nenhum tipo de prejuízo, constrangimento ou penalidade. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada, que vou guardar.

Assinatura do (a) Participante

____/____/2012

Assinatura da Pesquisadora Responsável

____/____/2012

APÊNDICE C:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS – ICHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA
AMAZÔNIA.

**FORMULÁRIO COM QUESTÕES ABERTAS E FECHADAS PARA OS IDOSOS,
REFERENTE À PESQUISA SOBRE VELHICE E SERVIÇOS PÚBLICOS DE
SAÚDE: UMA REFLEXÃO A PARTIR DE ATENDIMENTOS A IDOSOS
INTERNADOS NA FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, NA CIDADE DE
MANAUS/AM**

MESTRANDA: Rosimary de Souza Lourenço
ORIENTADORA: Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

Nº : _____
Data: _____

I- IDENTIFICAÇÃO:

01-Nome: _____

02- Endereço: _____

03– Sexo:

- ☐ Masculino
☐ Feminino

04 – Qual a sua idade? _____

05 – Estado Civil:

- ☐ Solteiro (a)
☐ Casado (a)
☐ Viúvo (a)
☐ Divorciado (a)
☐ União Estável – Amasiado (a)
☐ Outro. Qual? _____

06 – Qual a sua Religião?

- ☐ Católica
☐ Evangélica
☐ Sem religião
☐ Outra Qual? _____

07 – Qual é a sua escolaridade?

- ☐ Nenhuma / Analfabeto (a)
☐ Ensino Fundamental incompleto

- ☐ Ensino Fundamental Completo
- ☐ Ensino Médio incompleto
- ☐ Ensino Médio Completo
- ☐ Superior incompleto
- ☐ Superior Completo

II- CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS E FAMILIARES:

08 - Qual é o tipo de residência de sua família?

- ☐ Própria
- ☐ Alugada
- ☐ Cedida

09- Com quem o senhor (a) mora?

- ☐ Sozinho (a)
- ☐ Com Esposo(a) e/ou filho(s)
- ☐ Com outros parentes
- ☐ Com amigo(a)

10- Qual a renda mensal de sua Família?

- ☐ Até 1 Salário Mínimo.
- ☐ De 1 a 2 Salários Mínimos
- ☐ De 3 a 4 Salários Mínimos
- ☐ De 5 a 6 Salários Mínimos
- ☐ De 7 a 8 Salários Mínimos
- ☐ De 9 a 10 Salários Mínimos
- ☐ Acima de 11 Salários Mínimos

11. Quantas pessoas contribuem com a renda familiar?

- ☐ Somente 1 pessoa
- ☐ 1 a 2 pessoas
- ☐ 3 a 5 pessoas
- ☐ Mais de 5 pessoas

12 – Quem é o principal responsável pelo sustento da família?

- ☐ Eu mesmo(a).
- ☐ Esposo(a)
- ☐ Filho(a)
- ☐ Outro(s) _____

13 – Qual a sua situação econômica atualmente?

- ☐ Empregado formalmente.
- ☐ Autônomo
- ☐ Aposentado
- ☐ Pensionista
- ☐ Recebo Benefício Assistencial / Benefício de Prestação Continuada (BPC)
- ☐ Desempregado

14 – Como o(a) Sr(a) ocupa o seu tempo livre ?

III- CONDIÇÕES DE SAÚDE E SERVIÇOS DE ATENDIMENTO UTILIZADOS:

15 – Como o(a) sr(a) considera seu estado de saúde?

16 – Quais os principais problemas de saúde que o(a) Sr(a) está enfrentando?

a) Motivo da Internação: _____

b) _____

c) _____

17 – Quando o(a) Sr(a) adoece que tipo de serviço utiliza?

() Serviço Público

() Serviço Particular

() Serviço Conveniado/ Plano de Saúde Privado

() Outro (especifique): _____

18 – Com que frequência normalmente o(a) Sr(a) procura atendimento nas Unidades de Saúde Pública?

19– Às vezes que procurou os serviços de saúde, o seu problema (de saúde) foi resolvido?

() Sim

() Não. O que houve para não ter sido resolvido? _____

20– Para esta internação, de que Unidade de Saúde o(a) Sr(a) veio encaminhado e qual a orientação recebida para depois de sua alta hospitalar?

21 – Como o(a) Sr(a) considera o atendimento realizado aos idosos neste Hospital?

22 – O (a) Sr(a) gostaria de acrescentar algo mais sobre o atendimento em saúde que tem recebido neste Hospital?

() Sim

() Não

Especifique: _____

23 – O(a) Sr(a) considera que o Serviço Público de Saúde em Manaus atende as necessidades dos idosos?

() Sim
() Não
Por que?

24 – O que o(a) Sr(a) sugere para melhorar o Serviço Público de Saúde em Manaus, especialmente em relação aos idosos?

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS – ICHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA
AMAZÔNIA.

**FORMULÁRIO COM QUESTÕES ABERTAS E FECHADAS PARA OS
TRABALHADORES DA SAÚDE, REFERENTE À PESQUISA SOBRE VELHICE E
SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO A PARTIR DE
ATENDIMENTOS A IDOSOS INTERNADOS NA FUNDAÇÃO HOSPITAL
ADRIANO JORGE, NA CIDADE DE MANAUS/AM**

MESTRANDA: Rosimary de Souza Lourenço
ORIENTADORA: Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

Data: _____
Nº : _____

IV- IDENTIFICAÇÃO:

01– Nome: _____

02 – Cargo/função: _____

03 – Quanto tempo o (a) Sr.(a) tem de formado? _____

04 – Há quanto tempo o (a) Sr.(a) atua na área da saúde? _____

05 – Há quanto tempo o (a) Sr.(a) trabalha na FHAJ? _____

06 – O (a) Sr.(a) possui alguma especialização ou outro tipo de curso?

() Sim

() Não

Em caso positivo, em qual(s) área(s)? _____

V- O IDOSO E SUAS DEMANDAS POR SAÚDE:

07 - Qual é a frequência de idosos que são atendidos pelo(a) Sr(a)?

08–Quais os tipos de agravos à saúde dos idosos mais frequentes e identificados pelo(a) Sr(a) nesta FHAJ?

09 – Como o(a) sr(a) avalia o estado de saúde dos idosos atendidos nesta FHAJ?

10 – Qual é a orientação feita aos usuários idosos quando de sua alta hospitalar, no que se refere ao acompanhamento de estado de saúde na rede de saúde pública?

11- Como o(a) Sr(a) avalia a organização dos serviços de saúde pública quanto à referência e contra-referência no atendimento ao idoso?

12- Como é trabalhada a contra-referência dos usuários idosos na FHAJ junto à rede pública de saúde?

13 – Qual(s) legislação(s) voltada ao Idoso você já teve acesso e conhece?

14– Como o Sr(a) avalia as ações de atenção integral à saúde do idoso, considerada como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde em Manaus?

15 – A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é 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 Sistema Único de Saúde/ SUS. Nesse sentido, O(a) Sr(a) considera que o Serviço Público de Saúde em Manaus atende as necessidades dos idosos? De que maneira?

16– O que o(a) Sr(a) sugere para melhorar o Serviço Público de Saúde em Manaus, especialmente em relação aos idosos?

ANEXOS

ANEXO 1: AUTORIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

**FHAJ**

Fundação Hospital Adriano Jorge



CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Utilizo-me desta para informar que o projeto de pesquisa intitulado **"Envelhecimento e saúde pública na cidade de Manaus/Am"**, tendo como Pesquisadora Responsável a Assistente Social **Rosimary de Souza Lourenço**, tem autorização para ser realizado nesta Fundação mediante **Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – CEP/UFAM**, que realizará a avaliação do projeto.

Informamos ainda que a referida pesquisa só **deverá ser iniciada** após **parecer de aprovado do CEP/UFAM**, que deverá ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa desta Fundação para apreciação e outras providências, bem como a Fundação Hospital Adriano Jorge não será responsável pelos custos da mesma.

Manaus, 03 de maio de 2011.


Dr. Raymison Monteiro de Souza
Diretor-Presidente

ANEXO 2: PROTOCOLO DE PESQUISA APRESENTADO A CEP/UFAM

Folha de Rosto

Página 1 de 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

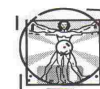
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS					FR - 436319
Projeto de Pesquisa Envelhecimento e Saúde pública na cidade de Manaus/AM					
Área de Conhecimento 6.00 - Ciências Sociais Aplicadas - 6.10 - Serviço Social				Grupo Grupo III	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Envelhecimento, saúde					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 60	Total Brasil 60	Nº de Sujeitos Total 60	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Específico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Rosimary de Souza Lourenço			CPF 297.039.302-63	Identidade 08552819	
Área de Especialização POLÍTICAS SOCIAIS			Maior Titulação ESPECIALIZAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA 21 DE AGOSTO NÚMERO 12			Bairro ALVORADA II	Cidade MANAUS - AM	
Código Postal 69042-590	Telefone (092) 3621-6741 / (092) 9122-4912		Fax	Email rosimary01@hotmail.com	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. <i>Rosimary de Souza Lourenço</i> Data: ____/____/____ Assinatura					
Instituição Proponente					
Nome Universidade Federal do Amazonas - UFAM			CNPJ 04.378.626/0001-97	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão ICHL- PPGSCA			Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO	
Endereço Rua Teresina, 495			Bairro Adrianópolis	Cidade Manaus - AM	
Código Postal 69057-070	Telefone (92) 3305-5130		Fax (92) 3305-5130	Email cep@ufam.edu.br	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: <i>Rosemara Staub de Barros</i> Data: <i>09 / 06 / 2011</i> <i>Prof. Dr. Rosemara Staub de Barros</i> Universidade Federal do Amazonas Instituto de Ciências Humanas e Letras Prog. de Pós-Graduação Sociologia e Cultura na Amazônia Assinatura					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 07/06/2011. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

[Voltar](#)
[IMPRIMIR](#)

ANEXO 3: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº. 0299.0.115.000-11, intitulado: **“ENVELHECIMENTO E SAÚDE PÚBLICA NA CIDADE DE MANAUS / AM”**, tendo como Pesquisadora Responsável Rosimary de Souza Lourenço.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 03 de agosto de 2011.

Prof. MSc. Plínio José Cavalcante Monteiro
Coordenador CEP/UFAM