

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

**POLITICA DE SAÚDE VOLTADA AO IDOSO – UMA ANÁLISE DAS  
AÇÕES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE  
MANAUS**

ANGELA EMILIA GAMA DA SILVA

Manaus/ AM

2011

ANGELA EMILIA GAMA DA SILVA

POLITICA DE SAÚDE VOLTADA AO IDOSO – UMA ANÁLISE DAS  
AÇÕES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE MANAUS

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

Manaus/ AM

2011

ANGELA EMILIA GAMA DA SILVA

**POLITICA DE SAÚDE VOLTADA AO IDOSO – UMA ANÁLISE DAS AÇÕES NO  
ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE MANAUS**

**Aprovada em:** 13/09/11

**BANCA EXAMINADORA:**

*PROF. DRA YOSHIKO SASSAKI  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS*

*PROF. DRA. CRITIANE BONFIM  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS*

*PROF. DRA. ANDREA MELLO PONTES  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ*

**SUPLENTES:**

PROF. DRA. SIMONE ENEIDA DE OLIVEIRA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

PROF. DRA. RITA MARIA DOS S. PUGA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

## **DEDICATÓRIA**

*A minha família, pela compreensão de minhas longas horas de ausência e em especial aos meus pais (in memoriam) que mesmo longe devem está orgulhosos pelo sonho realizado..*

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus pela força divina e incondicional que me fortaleceu todos dias dessa longa jornada, principalmente nos momentos difíceis de perda e desestímulo.*

*Aos meus pais pela vida, carinho e compreensão, e principalmente pelo apoio no fim de suas vidas para que eu concretizasse esse sonho. Pena que partiram antes do término desse trabalho.*

*Ao meu esposo Roberto e meus filhos Karen, Afranio e Kaio pela compreensão da minha ausência e o apoio incondicional durante dias que lhes privei de minha presença*

*A minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Yoshiko pelo apoio, paciência e estímulo para que eu pudesse concluir este trabalho, sem seus ensinamentos não teria conseguido. Obrigada pela confiança em mim depositada.*

*As professoras Heloisa Helena e Rita Puga pelas contribuições que me ajudaram a melhorar e concluir este trabalho no exame de qualificação*

*As professoras Cristiane Bonfim e Andrea Pontes por aceitar fazer parte desse processo através das correções e participação da defesa desse trabalho. Tenho certeza suas participações ficaram para sempre em minha vida. Obrigado de coração.*

*Ao corpo docente deste programa pelas contribuições e compartilhamento dos conhecimentos adquiridos nesta etapa profissional.*

*A minha amiga Erika Renata Almeida pelo carinho, pela amizade e por todas as trocas de idéias e instruções que me auxiliaram em todo esse processo de construção desse trabalho, nunca vou poder retribuir sua ajuda.*

*A Walderez Maria de Mattos e Simone Lisboa minhas colegas de turma, que me auxiliaram nos trabalhos e discussão teóricas ao longo desta caminhada;*

*Aos meus familiares: minha irmã, cunhados, sobrinhos, enteados, netos, genro e nora pelo incentivo a concluir mais esta batalha. Me sinto feliz com a acolhida de todos.*

*Meus sinceros e humildes agradecimentos aos sujeitos que participaram desta pesquisa e que contribuíram com suas informações para a conclusão desse trabalho, sem vocês nada teria acontecido. Obrigado por acreditar e contribuir.*

*E a todos aqueles que mesmo não sendo citado aqui contribuíram direta ou indiretamente para o término desta jornada.*

*Enfim, por todos aqueles que torceram por mim. MEU MUITO OBRIGADA!!!*

*Recordações são os únicos espelhos  
em que os velhos se miram satisfeitos.*

**Tomás Ribeiro**

## RESUMO

Este estudo teve como objetivos analisar a Política de Saúde voltada ao idoso no âmbito da Atenção Básica na cidade de Manaus; Identificar os tipos de serviços oferecidos à demanda de idosos nas Unidades Básicas de Saúde; traçar o perfil do idoso demandante da Atenção Básica, buscando conhecer sua visão sobre os serviços de saúde; verificar os tipos de agravos à saúde dos idosos nas Unidades Básicas de Saúde; e montar um banco de dados sobre as ações da política de saúde do idoso na cidade de Manaus, mapeando a produção de serviços oferecidos na Atenção Básica a esse segmento populacional. Foi realizada uma pesquisa explicativa de caráter exploratório, de abordagem qualitativa, tendo como lócus as Unidades Básicas de Saúde das zonas norte e oeste da cidade de Manaus, sendo usados também dados secundários da zona sul e leste já pesquisado pelo Grupo de Estudo, Pesquisa e Política Social e Seguridade Social no Amazonas (GEPPSSAM). Para sujeitos dessa pesquisa foram selecionadas três UBS em cada uma das zonas norte e oeste, de cada unidade foram selecionados 5 idosos de cada UBS totalizando 30, o gestor da unidade, uma assistente social e um médico de cada unidade, totalizando 18 profissionais. Foram utilizados três instrumentos de coleta para essa pesquisa. O primeiro foi a análise documental utilizado para analisar a Política de Saúde voltada ao idoso na Atenção Básica, bem como os resultados publicizados nos relatórios e estatísticas das UBS. Para segundo instrumento foi elaborado um formulário com identificação do idoso contendo questões relativas aos agravos e sua percepção sobre as ações de saúde oferecidas pela atenção básica, bem como para o profissional assistente social e gestor da unidade visando conhecer quais são os serviços disponíveis nas UBS, como terceiro instrumento foi confeccionado um questionário com questões abertas para o profissional medico, devido a sua disponibilidade em participar dessa pesquisa. As aplicações dos instrumentais foram feitas após aprovação do Comitê de Ética da UFAM e da Comissão de Ética da SEMSA. Obteve-se como resultado do perfil do idoso: idade de 60 a 79 anos, aposentados, casados grau de escolaridade de não alfabetizado ao ensino fundamental em sua maioria, possuem casa própria e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Quanto aos agravos á saúde do idoso os resultados indicam que os principais são a hipertensão arterial e a diabetes, bem como suas conseqüências. Em relação às ações de saúde oferecidas pelas UBS, baseada na Política de Saúde do Idoso observou-se que se estabelecem na consulta médica clínica, enfermagem, serviço social, exames de análises clínicas simples e distribuição de medicação continua reduzida, que não atendem as reais necessidades dos idosos. O acesso do idoso a programas mais específicos é precário e as diretrizes da Política de saúde do idoso ainda é um desafio para os profissionais que estão nas instituições de execução como as UBS. A partir da análise e interpretação dos dados revelados na pesquisa concluiu-se que houve um grande avanço na política e ações de saúde voltada ao idoso, entretanto, muito ainda falta para se chegar à consolidação do direito a saúde preconizada na Constituição Brasileira, principalmente a essa população idosa.

**Palavras-Chaves:** Idoso, Condição de Vida, Saúde, Política de Saúde, Unidade Básica.

## ABSTRACT

This study purpose to analyze the Health Policy aimed at the elderly as part of primary care in the city of Manaus, identify the types of services offered to the demand of elderly in the Basic Health Units; profile the elderly plaintiff Primary Care, seeking gain their views on health services, check the types of diseases of the elderly in Basic Health Units, and build a database on the actions of Health Policy for the elderly in the city of Manaus, mapping the production of offered service for Primary Health in this population segment. This is an explanatory research that was carried out with exploratory characteristics, qualitative approach, with the locus as the Basic Health Units of the north and west of Manaus, and also based on a secondary data from the south and east zones, which has already surveyed by the Study Group (Research and Social Policy and Social Security in the Amazon (GEPPSSAM)). For this study were selected thre UBS in each one of the zones north and west. It was selected 5 seniors from each UBS totaling 30 elderly; the unit manager, a social worker and a doctor of each unit, totaling 18 professionals. We used three data collection instruments for this research. The first one was the analysis of documents used to check the Health Policy aimed at the elderly in Primary Care. The results were publicized in reports and statistics of UBS. The second instrument was developed a form to identify the elderly containing questions about health problems and their perception of health activities offered by primary care, as well as the professional social worker and unit manager in order to know what services are available in UBS. For the third instrument was made a questionnaire with open questions for the doctor, due to their availability to participate in this research. The applications of the instruments were mode after the Ethics Committee of the UFAM and Ethics Committee of the SEMS approval. It was obtained as a result of the elderly profile: age of 60 to 79 years, retired, married, educational levels from illiterate to elementary school mostly, own their own homes and family income from 1 to 2 minimum wages. About their health, the results indicate that the main ones have hypertension and diabetes, as well as their consequences. Regarding health activities offered by UBS, based in Health Policy for the Elderly, we observed that was settle in medical clinic, nursing, social work, clinical analysis and distribution of single and continuous drugs, which does not fit the real needs of the elderly. The elderly access to programs more specific is poor and the guidelines of Health Policy for the elderly is still a challenge for professional institutions as UBS. Based on the analysis and interpretation of the revealed data in this research, it was concluded that there was a major advance in actions and health policy aimed at the elderly, however, much remains to achieve the consolidation of the health recommended in the Brazilian Constitution, especially to this elderly population.

Key Words: Elderly, Living Conditions, Health, Health Policy, Primary Care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Lugar de Origem	46
Quadro 2: Os motivos que os trouxeram esses migrantes a capital Manaus	47
Quadro 3: Atividades desenvolvidas pelos idosos da Zona Norte	48
Quadro 4: Atividades desenvolvidas pelos idosos da Zona Sul	49
Quadro 5: Renda Familiar dos idosos	50
Quadro 6: Responsável pela renda familiar	51
Quadro 7: Ainda exerce atividade remunerada? Zona Norte	51
Quadro 8 : Ainda exerce atividade remunerada? Zona Sul	52
Quadro 9: Fatores que motivaram os idosos a retornar ou permanecer no mercado de trabalho	53
Quadro 10: Distribuição por faixa etária dos idosos por zona	54
Quadro 11. Escolaridade do idoso por zona	55
Quadro 12 – Estado civil dos idosos por zona	56
Quadro 13 – Composição familiar	56
Quadro 14 – Moradia	58
Quadro 15 – Renda Familiar Atual	59
Quadro 16 – Responsável pela despesa de casa	59

Quadro 17- Agravos a Saúde do Idoso	92
Quadro 18 – Principais Agravos a Saúde do Idoso usuários do CAIMI	92
Quadro 19 - Busca de serviços de saúde na fase adulta	94
Quadro 20: Motivos porque buscou os serviços de saúde na fase adulta	94
Quadro 21: Motivos porque não buscou os serviços de saúde na fase adulta	95
Quadro 22: Cuidados com a saúde, atitudes preventivas	95

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Projeção da população total, absoluta e relativa	23
Tabela 2: População total por década de 1800 a 2009	41
Tabela 3: Taxa de urbanização, razão de sexo e razão de dependência, as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas - 2006	42

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I- CONTEXTUALIZANDO O IDOSO NA SOCIEDADE CAPITALISTA	21
1.1 O idoso e a sociedade capitalista	21
1.2 O jovem de ontem e o idoso de hoje: a migração para a Amazônia	33
1.3 A Zona Franca de Manaus	38
1.4 O idoso que migrou para a Amazônia e suas condições de trabalho	43
1.5 A trajetória de trabalho do idoso na Cidade de Manaus – O que revela a pesquisa	45
1.5.1. O perfil do idoso demandante do serviço de atenção básica	54
CAPITULO II - A POLITICA DE SAÚDE VOLTADA AO IDOSO	61
2.1 As políticas Sociais voltadas ao idoso	61
2.2 A Política de Saúde pós 1988	69
2.2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e seus avanços	73
2.2.2 - A política Nacional de Saúde de Atenção Básica	76
2.2.3 - A Política Nacional de Saúde do Idoso	78
2.3 A Situação da Saúde do idoso em Manaus	80
2.3.1 Os tipos de agravos à saúde do idoso atendido na Atenção Básica	91
2.3.2 – A visão do idoso sobre a política de saúde na Atenção Básica	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	105
ANEXOS	112

## INTRODUÇÃO

O Brasil, segundo dados 2000 do IBGE, não é mais um país de jovens porque apontou um contingente 9,1 %, ou seja, mais de 14 milhões idosos. Passado dez anos, o último censo de 2010 apontou 11,3% de idosos, mais de 19 milhões e crescimento de expectativa de vida para 73,1 anos. O crescimento dessa população é muito maior do que a de jovens e crianças.

A esse respeito Veras (2003) apontou que o crescimento da população idosa no Brasil caracteriza-se pela rapidez do aumento da população adulta e idosa que causou mudanças significativas na pirâmide populacional. Esse fenômeno se explica pela queda nos índices de fecundidade e mortalidade, principalmente a mortalidade nos primeiros anos de vida.

O fenômeno do envelhecimento é uma tendência mundial, segundo Berzins (2003, p.22), “estima-se que a população mundial de idosos seja 629 milhões de pessoas com crescimento anual na taxa de 2%, ritmo considerado mais alto em relação ao resto da população e três vezes mais do que há 50 anos”. Essa mudança na faixa etária da população indica que há uma nova demanda por políticas sociais voltadas ao idoso, principalmente no Brasil.

O presente estudo volta a sua análise para compreender as questões que envolvem o envelhecimento humano, e o que isto representa para o idoso e para a sociedade brasileira, principalmente, referente à sua saúde. Assim, a partir dessas reflexões foram desenvolvidos questionamentos e afirmações sobre o universo que envolve a vida do ser humano na velhice. Em muitos momentos, sinalizou-se a preocupação quanto à realidade de envelhecer em um país onde as expressões da questão social, trazem, em si, as conseqüências do abandono, da negligência e da falta de respeito por estes homens e mulheres que, no entardecer da vida, estão espoliadas até mesmo de sua condição de seres humanos, em muitos dos casos. No que concerne à saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza saúde por um pleno estado de bem-estar físico, psíquico e social. Porém, a pessoa

idosa é, de modo geral, socialmente tratada como incapaz, pois a velhice é vista como a fase improdutiva da vida. Desse modo, os idosos carregam consigo o estigma de declínio das funções físicas, intelectuais, emocionais e sociais, ficando mais vulneráveis as enfermidades e ao isolamento.

A legislação específica voltada a este segmento como a Política Nacional do Idoso trouxe inovações e proteção para a população envelhecida, legitimando a questão em uma nova questão pública, e através do Estatuto do Idoso legitimou os direitos do idoso em todos os setores da política pública.

Na área da saúde, o Estatuto do Idoso traz algumas medidas, principalmente no Art. 15 que direciona as medidas a serem adotadas com a intenção de fazer com que o direito à saúde seja viabilizado, antes da enfermidade chegar, e ao mesmo tempo, para que possa ser preventivo durante o processo de envelhecimento e na velhice.

Essas medidas incorporada na Atenção Básica de Saúde, que buscam desenvolver um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção e a proteção a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, como preconiza o Ministério da Saúde.

Essas medidas visam atender principalmente a população idosa, devido o crescente número desse segmento populacional. Entretanto, a expansão da atenção à saúde do idoso priorizou o atendimento médico individual, numa dimensão clínica, voltada às doenças crônicas degenerativas, que mais acomete as pessoas idosas, em detrimento à dimensão sanitária que visa o ser humano na sua totalidade em seu meio ambiente, quanto as condições de vida, no atendimento à saúde preventiva e promocional, como determina o Sistema Único da Saúde.

Diante do que foi exposto, cresceu a inquietação e a oportunidade desta pesquisadora de realizar uma análise da Política de Saúde voltada a esse segmento, no âmbito da Atenção Básica verificando os agravos e serviços de saúde em relação ao idoso na cidade de Manaus.

Para efetivar esta análise o objetivo geral ficou caracterizado em: analisar a Política de Saúde voltada ao idoso no âmbito da Atenção Básica, na cidade de Manaus. Tendo como objetivos específicos: investigar os tipos de serviços oferecidos à demanda de idosos nas Unidades Básicas de Saúde; traçar o perfil do

idoso demandante da Atenção Básica, buscando conhecer sua visão sobre os serviços de saúde; verificar os tipos de agravos à saúde dos idosos nas Unidades Básicas de Saúde; e montar um banco de dados sobre as ações da política de saúde do idoso na cidade de Manaus, mapeando a produção de serviços oferecidos na Atenção Básica a esse segmento populacional.

Para tanto, procurou-se problematizar as questões que envolvem o cotidiano dos idosos, que buscam atendimento de saúde na atenção básica, tentando entender como eles são atendidos e, enfrentam as adversidades encontradas para solucionar seus problemas de saúde. Buscou-se conhecer os serviços que são oferecidos a esses sujeitos, bem como os agravos que mais acometem esse segmento da população. Da mesma forma, procurou-se refletir sobre a visão deste idoso sobre as ações e serviços de saúde que lhe são oferecidos pela atenção básica na cidade de Manaus.

Este estudo teve uma abordagem predominantemente, qualitativa sendo complementado pela abordagem quantitativa. A pesquisa foi do tipo explicativo, de caráter exploratório, a qual explica como vem sendo efetivada as ações de saúde voltada ao idoso, bem como conhecer os agravos mais comuns à saúde e como este idoso tem percebido essas ações. Na abordagem qualitativa, se buscou informações e dados que foram essenciais para analisar os objetivos por categorias que se fazem inerentes a essa questão, e foi completada pela utilização de dados quantitativos coletados nas instituições de saúde com ações voltada ao idoso, bem como no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Segundo Minayo (2004, p.63), “O conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

Como Unidade Básica de Saúde (UBS) entende-se instituições de gestão municipal que oferecem serviços de atenção básica de saúde, onde trabalham os programas preventivos e promocionais de saúde, com o objetivo de prevenir e diminuir os agravos das patologias minimizando as internações e até mesmo a mortalidade. Motivo que levou a se escolher a UBS como lócus desta pesquisa.

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) a UBS é a porta de entrada para o sistema da assistência à saúde, é através dela que o sistema vem resolvendo

necessidades consideradas básicas de saúde, com medidas que extrapolam a intervenção curativa.

Para este estudo foram escolhidas seis Unidades Básicas de Saúde da cidade de Manaus, sendo três na zona Norte e três na zona Oeste que têm ações voltadas ao idoso. Tal escolha se fez devido ao fato de que as demais zonas da cidade (Leste e Sul), bem como as unidades especializadas em saúde do idoso, como o Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI), já terem sido mapeadas por outros pesquisadores do Grupo de Estudo, Pesquisa e Política Social e Seguridade Social no Amazonas (GEPPSSAM), do qual foram utilizados os resultados para complementar a análise dos dados coletados.

As ações de Atenção Básica à saúde na cidade de Manaus são prestadas pela rede municipal através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos Ambulatórios dos Serviços de Pronto Atendimento, Centro de Referências, casas de saúde do Programa Médico da Família (hoje Estratégia Saúde da Família) e pela rede estadual através de unidades especializadas como os CAIMI. Como este estudo se propõe a fazer uma análise da Atenção Básica voltada ao idoso, o cenário desta pesquisa são as Unidades Básicas de Saúde e os CAIMI.

Desse modo, selecionou-se três UBS situadas na zona **norte e oeste**, bem como 5 (cinco) idosos de cada UBS totalizando 30 (trinta), o gestor de cada unidade em estudo, 1 (um) assistente social, e 1 (um) médico de cada unidade, totalizando 18 profissionais.

A seleção da amostra se justifica, porque às demais zonas já terem sido pesquisadas com a mesma metodologia, e o mesmo quantitativo de instituições e sujeitos pesquisados, usando os resultados da zona **leste e sul** com a intenção de se fazer análise de todas as zonas da cidade.

Os sujeitos desta pesquisa foram escolhidos de forma aleatória simples. Foram selecionados nas instituições, os idosos (indivíduos com 60 anos ou mais) à livre demanda, ou seja, aqueles que comparecerem por qualquer motivo a UBS, no período da coleta de dados, que ocorreu de janeiro a março de 2011. O mesmo procedimento foi realizado junto ao gestor da unidade, ao assistente social e o médico clínico geral que atende cotidianamente o idoso.

Na coleta de dados fundamentou-se em Chizzotti (1991, p. 51) que explicita “a organização criteriosa da técnica e a confecção de instrumentos adequados de registro e leitura dos dados colhidos em campo”. Utilizou-se como instrumentos para coleta de dados: análise documental, formulários e questionários, sendo assim delimitados:

1 Análise documental: este instrumental foi utilizado para analisar a Política de Saúde voltada ao idoso na Atenção Básica, bem como os resultados publicizados através do Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, para melhor situar o objeto de estudo e complementar as interpretações dos materiais examinados. Também foram analisados e incorporados os resultados de outras zonas realizados por pesquisadores do Projeto guarda-chuva do Grupo GEPPSSAM<sup>1</sup>.

2 Os formulários foram estruturados com perguntas abertas e fechadas aos idosos sujeitos da pesquisa. Tais instrumentos se propôs através das perguntas elaboradas a identificação dos principais agravos que acometem os idosos, bem como perceber a visão do idoso referente às ações que estão sendo desenvolvidas em prol de sua saúde.

3 Questionários. Este instrumento foi destinado exclusivamente aos médicos envolvidos nesta pesquisa. Optou-se por este instrumento devido à disponibilidade de tempo do profissional médico, que tem uma demanda intensa de usuários no serviço. Logo, foi deixado o questionário com questões direcionadas e devolvido no prazo combinado pelo profissional.

A análise dos dados foi feita através de exame minucioso das informações, mediante, a técnica de análise de conteúdo nas informações coletadas através dos formulários com os idosos, com os gestores e assistentes sociais das UBS, bem como os questionários aplicados com os médicos nas unidades de saúde.

---

<sup>1</sup> Esses resultados já foram aprovados no Comitê de Ética da UFAM no período de sua realização e financiados pela FAPEAM no Programa PIPT/ 2007 sob o título “Estudo avaliativo dos serviços de atenção à saúde dos idosos nas unidades básicas e centros de atenção integral na cidade de Manaus”

Respaldou-se em Chizzotti (1991, p. 98) que afirma que “análise de conteúdo é um método de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de coleta de dados consubstanciada em documento”.

O objetivo da análise de conteúdo é aprofundar as informações prestadas, procurando em maior profundidade, a pertinência das respostas, a fidedignidade dos dados informados. (MICHEL, 2005).

Quanto a abordagem quantitativa e qualitativa em termos específicos sempre será na verdade qualitativa na medida em que se analisa e interpreta-se os dados quantitativos como informação qualitativa. Segundo Chizzotti (1991) as pesquisas qualitativas não descartam os dados quantitativos, principalmente na etapa exploratória de campo, os dados quantitativos podem mostrar uma relação mais extensa entre fenômenos particulares.

Neste estudo foi utilizado como quantitativos os dados levantados dos agravos e tipos de doenças que acometem os idosos atendidos na Atenção Básica, bem como os serviços produzidos pelas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde – SEMSA e SUSAM, e os dados coletados através de análise documental o que permitiu uma visão ampla do que preconiza a Política de Saúde voltada a Atenção Básica, bem como a Política de Saúde do Idoso e os serviços oferecidos pelas UBS. Também foram utilizados os gráficos e tabelas dos resultados das pesquisas feitas nas zonas Sul e Leste, assim como os resultados dos CAIMI desenvolvidos pelos pesquisadores do grupo GEPPSSAM.

Como dados qualitativos considerou-se as falas, opiniões e percepções dos sujeitos desta pesquisa referente as ações de saúde, tanto dos idosos como dos profissionais envolvidos nestas ações, nas instituições pesquisadas, os quais foram divididos em categorias para análise e interpretação.

Após analisados e interpretados a luz das teorias, os dados sistematizados foram disponibilizados através de quadros e tabelas, fornecendo dados para construção de um Banco de Dados, com mapeamento dos serviços de atenção básica oferecida à população idosa na cidade de Manaus.

Durante a narrativa dos sujeitos constatou-se que a política de saúde teve avanços, porém, ainda faltam adequações a realidade amazônica, nos discursos percebeu-se as dificuldades enfrentadas pelos idosos principalmente em relação ao

atendimento médico, e as aquisições de medicações. As ações e serviços oferecidos ao idoso na Atenção Básica se resumem a consulta médica, de enfermagem e do Serviço Social, também ficou evidente na fala dos gestores que o PASI, implantado em 1999 ficou sem continuidade, deixando as ações específicas voltadas ao idoso apenas na prioridade de atendimento nos programas já desenvolvidos pela Unidade Básica de Saúde.

Para melhor apresentar os resultados, a presente dissertação está dividida em dois capítulos, no primeiro buscou-se contextualizar o idoso na sociedade capitalista, enfatizando a sua trajetória ao longo de sua jornada de trabalho, construindo o seu perfil que é demandante dos serviços de saúde. Refletiu-se neste contexto: as condições de trabalho e as peculiaridades desse idoso que vive no contexto amazônico.

No segundo capítulo aborda-se as Políticas Sociais voltadas ao idoso, com ênfase na política de Saúde, após a Constituição Federal de 1988, aprofundando na Política Nacional de Saúde do Idoso, e como esta política vem sendo efetivada na cidade de Manaus. Também se priorizou neste capítulo à luz dos resultados da pesquisa os tipos de agravos a saúde do idoso, bem como sobre a visão que esse idoso tem das ações de saúde oferecidas pela atenção básica.

Conclui-se tecendo considerações à luz do que foi analisado.

# **CAPÍTULO I**

## **CONTEXTUALIZANDO O IDOSO NA SOCIEDADE CAPITALISTA**

O envelhecimento populacional tem sido crescente e significativo no mundo, e também no Brasil. Desde 1960 que estudos demográficos mostram essa realidade levando o Estado, a família e a sociedade a preocupar-se com esse fenômeno chamado envelhecimento.

Veras (2000) afirma que o Brasil começa a deixar de ser um país de jovem para ser tornar um país de envelhecido. Segundo dados do IBGE (2003) entre 1980 e 2000, o número de pessoas com mais de 60 anos cresceu 101%, enquanto a população total cresceu apenas 43%. Esses dados demonstram o quanto esse fenômeno do envelhecimento tem aumentado em relação às demais faixas etárias.

Para o entendimento de tal fenômeno faz-se necessário um aprofundamento da trajetória sócio-histórica desse segmento, motivo esse que se remete a entender a sociedade em que se vive, e as condições de trabalho desse segmento envelhecido, para ampliar a compreensão desse idoso que é demandante de políticas sociais, bem como a migração desse trabalhador no Estado do Amazonas.

### **1.1 O idoso e a sociedade capitalista**

O envelhecimento não significa necessariamente senescência ou decrepitude. Segundo Beauvoir (1990, p.17) “a velhice não é estática, é o resultado e o prolongamento de um processo”. Processo este ligado a idéia de mudança. A autora aponta que “mudar é a lei da vida. Assim, observa-se que é um certo tipo de mudança que caracteriza o envelhecimento: irreversível e desfavorável – um declínio”. Para ela, o envelhecimento é tempo de vida humana em que o organismo sofre mutações e declínio na sua força, disposição e aparência, mas que interferem outros fatores “para ser compreendida em sua totalidade: ela não é somente um fato biológico, mas também um fato cultural” (BEAUVOIR, 1990, p.20).

Nesse sentido, para se entender a afirmação de Beauvoir precisa-se conhecer um pouco sobre os vários conceitos que traduzem o envelhecimento, pois, esses são criados para diferenciar os tipos níveis de envelhecimento que vão se agrupando conforme suas situações socioeconômicas (classe), gênero, etnia e/ ou culturais.

Segundo Peixoto (1996 p. 71-72) envelhecimento é processo natural a todo ser vivo que se inicia a partir da fecundação na vida uterina. Velhice é o estado, ciclo natural ou fase da vida como infância, adolescência, juventude, maturidade/ envelhescência e velhice; Envelhescência é uma das distintas fases do ciclo da vida em que o indivíduo experimenta conflitos existenciais muito próximos àqueles vividos na adolescência.

Idoso é um conceito cultural que busca amenizar as diferenças sociais, distinguir o velho pobre do rico, o institucionalizado do isolado no contexto familiar. Segundo Beauvoir (1990), “velho é o outro” porque segundo ela só se reconhece a velhice em através do olhar do outro.

Por outro lado, na sociedade capitalista onde se privilegia o que é produtivo, novo e jovem, as pessoas envelhecidas, principalmente, os sem recursos financeiros são vistos como um ser descartável, improdutivo, velho e encargo social para o Estado.

Segundo o Censo do IBGE de 2000, a população brasileira de idosos representa 9,1% do total da população, com um contingente de 14.536.029 idosos e há previsões para censo de 2010 de mais de 10%. Segundo a projeção da ONU, essa população idosa será de aproximadamente 2 bilhões em 2050, ou seja, quase 25% do planeta. Só no Brasil estima-se 33,4 milhões de idosos até 2025 (IBGE, 2002), vide tabela abaixo:

**Tabela 1 - Projeção da população total, absoluta e relativa,**

**segundo os grupos de idade - Brasil - 2010/2050**

Grupos de idade	Projeção da população total (1 000 pessoas)					
	2010		2015		2020	
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
<b>Total</b>	<b>196 834</b>	<b>100,0</b>	<b>208 468</b>	<b>100,0</b>	<b>219 078</b>	<b>100,0</b>
0 a 4 anos	18 161	9,2	17 594	8,4	17 086	7,8
5 a 9 anos	17 897	9,1	18 101	8,7	17 547	8,0
10 a 14 anos	16 963	8,6	17 871	8,6	18 079	8,3
15 a 29 anos	51 269	26,0	50 328	24,1	50 851	23,2
30 a 59 anos	73 262	37,2	81 344	39,0	87 193	39,8
60 a 69 anos	10 669	5,4	13 069	,3	16 101	7,3
70 anos e mais	8 613	4,4	10 162	4,9	12 220	5,6

Grupos de idade	Projeção da população total (1 000 pessoas)					
	2025		2030		2050	
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
<b>Total</b>	<b>228 874</b>	<b>100,0</b>	<b>237 738</b>	<b>100,0</b>	<b>259 770</b>	<b>100,0</b>
0 a 4 anos	16 880	7,4	16 670	7,0	15 177	5,8
5 a 9 anos	17 049	7,4	16 850	7,1	15 432	5,9
10 a 14 anos	17 528	7,7	17 034	7,2	15 716	6,0
15 a 29 anos	52 513	22,9	53 119	22,3	49 493	19,1
30 a 59 anos	90 427	39,5	93 592	39,4	99 901	38,5
60 a 69 anos	19 453	8,5	21 794	9,2	29 722	11,4
70 anos e mais	15 024	6,6	18 679	7,9	34 329	13,2

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por do Sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Revisão 2004.

A velhice foi se transformando em um problema social devido ao fato do Estado, da sociedade e da família não terem se preparado para lidar com esse aumento da expectativa de vida, e conseqüentemente, do aumento do número de idosos.

Esse fato ocorre devido às características de dependência atribuída ao idoso na sociedade. Segundo Camarano e El Ghaouri (1999, p. 281) “os economistas e demógrafos costumam atribuir aos idosos a característica de dependentes, por não participarem da produção de bens e serviços na economia”.

A dependência do idoso se dá primeiro com a família, e através do benefício ou rendimento que não dá para as despesas do idoso. É a família que intermedia as relações do idoso com o Estado. Neste sentido cabe ao Estado assegurar o acesso à saúde e promover a regularidade dos benefícios e assistências aos mais necessitados, bem como dos idosos. (CAMARANO e EL GHAOURI ,1999).

Segundo Berzins (2003) ainda é frequente a relação de sinônimo de envelhecimento e dependência econômica, apesar de dados do IBGE já mostrarem muitos idosos chefiando domicílios através de seus benefícios.

Entretanto, Lopes (2007) defende que os idosos sofrem essa discriminação de dependência devido à dificuldade de inserção ao mercado de trabalho e do aumento dos gastos com remédios, alimentação e etc.

Lopes (2007, p.131) afirma que:

Os idosos experimentam vulnerabilidade imposta por sua condição social, como a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, mais gastos com a saúde e queda na renda domiciliar, elementos que potencializam sua marginalização e o não atendimento de suas demandas, reafirmando sua condição de dependência.

A este respeito, Vitta (2004) aponta que a mudança ocorrida na pirâmide etária também modificou o perfil dos trabalhadores e o redimensionamento das relações de trabalho. Para ele, o fenômeno do envelhecimento do trabalhador impactou o sistema de pensões, de atendimento a saúde e principalmente, o trabalho sobre o trabalhador que envelhece.

Moragas (1997, p. 139) afirma que as mudanças ocorridas no mundo do trabalho têm afetado diretamente a velhice. Essas mudanças limitaram a existência

dos postos de trabalho, trouxe avanço tecnológico que se tornou “incompatível com a velhice: trabalho é coisa de adulto e de jovens”.

Diante destas afirmações percebe-se no discurso de Lopes, Vita e Moragas a grande dificuldade que tem o trabalhador em envelhecer na sociedade capitalista, onde a lógica do capital e da produtividade fala mais alto, sem levar em conta a trajetória das condições de trabalho desse segmento que hoje é idoso, motivo que se leva a fazer um breve relato dessas condições de trabalho.

As condições de trabalho no início do século XX era bastante precária, estava começando no Brasil o período de industrialização e, a chegada dos imigrantes, é um marco de mudança no cenário brasileiro. Segundo Carone (1978, p. 191) “grande parte da indústria é fruto da técnica e mão-de-obra estrangeira” devido o operariado estrangeiro preponderar sobre o operariado brasileiro, em substituição da mão-de-obra escrava. Com a industrialização, nas primeiras décadas do século XX, grande leva de imigrantes aventuraram-se nas indústrias.

Entretanto, Carone (1978) aponta que essa tendência não permaneceu. explícita, que fatores como a crise econômica, o retorno ao país de origem, expulsão, política migratória europeia severa e a guerra, contribuíram para diminuir essa alta porcentagem de trabalhadores estrangeiros. Indica que a partir de 1920, Rio de Janeiro e São Paulo, os maiores centros industriais na época, receberam um grande número de migrantes do norte e nordeste, mudando o coeficiente de brasileiros sobre os estrangeiros.

Aponta ainda Carone (1978, p.194) que o operariado nesse período sofreu as conseqüências da industrialização e da urbanização desordenada: “o aumento do custo de vida, baixos salários, problemas de moradia, preços excessivos de gêneros de primeira necessidade, instabilidade de emprego, tornam a vida operária cheia de percalços e incertezas”. Segundo Carone, esses fatores instigavam os operários a se organizar e lutar por melhores condições de trabalho e de vida.

Neste período as relações trabalhistas eram inexistentes, a legislação do trabalho não era respeitada, a remuneração era estipulada pelo empregador, podendo aumentar ou diminuir conforme as necessidades do mercado, não existia um salário mínimo garantido, as condições de trabalho apresentavam diferenças

nos vários estados brasileiros, os alugueis eram caros, custo de vida alto e salários instáveis e insuficientes para o sustento familiar. Motivos que levaram as mulheres e crianças ao mercado de trabalho (CARONE, 1978).

No sentido de tentar minimizar as precárias condições de trabalho e de vida os operários começam a se organizar através de associações e sindicatos <sup>2</sup>. Ferreira (2003 p. 173) defende que foi esse movimento de mobilização em várias cidades brasileiras, que contribuiu na formação de classe operária e sinalizava que “são nesses processos, em que os interesses coletivos se sobrepõem aos interesses individuais e corporativos”.

Durante toda a primeira República houve várias greves que foram combatidas pela classe dominante, através de repressão policial o que “resultou em mortes, fechamentos de sindicatos, prisão e deportação de líderes, expulsão de estrangeiros” (CARONE, 1978, p. 218). Situação que será minimizada no governo de Vargas.

No período de 1930 a 1945, Getúlio Vargas foi o presidente do Brasil. Durante esse período as camadas mais humildes da população tiveram a oportunidade de reclamar uma resposta do Estado em relação ao cumprimento de seus deveres. Segundo Vieira (1995), a questão social tornou legal em consequência do aparecimento da legislação trabalhista, uma das principais preocupações do governo Vargas na época.

Em relação à mão-de-obra foi nesse período que foi organizada e criada uma legislação trabalhista sob a hegemonia do Estado, dando direitos à classe trabalhadora. Segundo Diniz (1981) entre os direitos adquiridos com a legislação cita-se: jornada de oito horas de trabalho; férias remuneradas; estabilidade no emprego após dez anos; indenização por dispensa sem justa causa; convenção coletiva de trabalho e a regulamentação do trabalho das mulheres e menores, bem como a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, que garantiam assistência aos diversos grupos de trabalhadores.

---

<sup>2</sup> – As organizações proletárias obedecem a diversas modalidades, desde aquelas que se destinam ao auxílio mútuo até defesa da classe, são elas: Corporações, Caixas Beneficentes, Socorros Mútuos, Sociedade de Resistência, Sindicatos e Bolsa de Trabalho (CARONE, 1978, p. 196).

Entretanto, nem tudo é perfeito. O Estado cria a legislação trabalhista que era uma proteção social ao trabalhador, porém desmobiliza sua força política. Segundo Diniz (1981) foi nesse período que o Estado Novo liquida com a autonomia sindical, instituindo o sindicalismo oficial e criou o imposto Sindical, que representou a fonte de financiamentos e de benefícios reais. Mas também, a dependência política dos sindicatos/associações e de seus integrantes em relação ao Estado.

Após a Segunda Guerra Mundial, o mundo dividiu-se em dois blocos, de um lado o lado capitalista liderado pelos Estados Unidos e de outro o socialismo liderado pela União Soviética, as duas potências surgidas, passam a disputar a supremacia econômica e militar mundial.

Em relação a essa afirmação Fico (2000, p. 165), aponta que:

A Guerra Fria, isto é a confrontação permanente entre as duas superpotências que surgiram da Segunda Guerra Mundial, atingiu seu clímax no período posterior ao anúncio da Doutrina Truman, em 1947, segundo o qual os Estados Unidos deveriam apoiar os países que resistissem ao comunismo. Porém um tipo de estabilidade perversa implantou-se no sistema internacional, baseada na hipótese de aniquilação que as bombas atômicas possibilitavam, tecnologias mortais que os soviéticos também passaram a controlar... Isso, contudo, a intransigência, a rivalidade de poder, o confronto entre os dois lados, tudo sugeria aos homens a hipótese, concreta, de um enfrentamento final entre capitalismo e comunismo.

No Brasil, é no pós Segunda Guerra que se começa um processo acelerado de industrialização, que segundo Hobsbawm (1995, p. 257) “os países em desenvolvimento, na década de 50 optaram pela industrialização planejada, substituindo sua própria produção pela importação de manufaturas”.

Todavia, o governo brasileiro precisava de auxílio do capital e de técnicos estrangeiros para incrementar a indústria de base. Singer (1977), diz que, paulatinamente, o volume das aplicações de capital americano cresceu de forma a dominar importantes setores da economia, não só brasileira, mas de toda América Latina. Esse investimento de capital estrangeiro vai acentuar a inflação e ocasionar o aumento do custo de vida e conseqüentemente um maior empobrecimento da população brasileira.

No campo dos trabalhadores neste período, um grande contingente de trabalhadores não qualificados migra das áreas rurais para as áreas urbanas. Os

problemas sociais da fome, do analfabetismo e do desemprego não se resolveram, apesar das medidas do governo de construir Brasília, que por um lado demandou enorme utilização de mão-de-obra, por outro aumentou a inflação por causa dos vultuosos recursos gastos, dos empréstimo e juros altos (SINGER, 1977).

Na opinião de Cardoso (1978), Juscelino pregava uma relação harmônica entre capital/trabalho, ele defendia expansão e produtividade para o capital e justiça que cria a dignidade da pessoa humana e a valorização social dos operários para o trabalho.

Jânio Quadros (JQ) sucede Juscelino Kubitschek (JK) em 1961, este também estava preocupado com o desenvolvimento brasileiro neste período.

Em relação à classe trabalhadora, não houve progresso em relação a classe trabalhadora, uma vez que, como medidas antiinflacionárias, Jânio Quadros arrochou os salários e congelou subsídios para a importações de produtos como trigo e gasolina. Tal medida elevou ainda mais a taxa inflacionária, o que causaram grandes protestos sociais. No fim da gestão de JQ, que durou sete meses, já se notava um aumento do custo de vida, principalmente dos gêneros alimentício e vestuários (PEDRO, 1997).

No período de 1961 a 1964 o Brasil viveu sob a presidência de João Goulart (JG). Segundo Vieira (1995, p. 157), “a política econômica de JG foi menos conturbada que a de seu antecessor, porém, foi neste período que foram aprofundadas as contradições políticas e sociais já existentes, o que gerou o golpe de 64”.

Bierrenbach (1987, p. 44) aponta a “grande contradição do governo de Jango, foi a tentativa de conciliação das diretrizes econômicas de seu Plano Trienal, de orientação capitalista para combate a inflação com os interesses dos trabalhadores” .

Observa-se com o relato dos fatos, que nesse período denominado de desenvolvimentismo ou nacional desenvolvimento, baseou-se em um crescimento econômico, nunca visto na historia de nosso país.

Entretanto ao se falar de desenvolvimento, percebe-se que este não se concretizou, ao contrario, houve o fortalecimento da lógica capitalista e uma maior exploração da classe trabalhadora.

Para Furtado (1980), o desenvolvimento deve ter a participação dos atores envolvidos e toda a população deve ser beneficiada enquanto que o crescimento, principalmente o do Brasil na época tratada, privilegiou o econômico sob o social. Logo, segundo o autor, não houve desenvolvimento.

O golpe militar em abril de 1964 sinaliza Bierrenbach (1987, p. 45) é a “transição efetiva para o modelo de desenvolvimento econômico associado”. Tal fato representa um marco histórico para a política de nosso país.

Segundo Singer (1977) o golpe militar representa um ponto de ruptura na historia política brasileira. Nesse momento a experiência democrática populista dá lugar a um novo regime. Denominado de autoritário, militar, capitalista dependente ou desenvolvimento associado ele (o golpe) promoveu acentuadas mudanças institucionais que afetaram não só a economia do Brasil, mas, todo o contexto societário brasileiro.

Os militares assumem com discurso que privilegiariam a necessidade de controlar a crise econômica e financeira do país, amenizariam a inflação, bem como, iriam capitalizar o Brasil com recursos internacionais e brasileiros. Neste período tivemos o maior espaço aberto para a aplicação e investida do capital estrangeiro abrindo totalmente a ideologia nacionalista ao monopólio capitalista internacional (VIEIRA, 1995).

Para Vieira, essa internacionalização da economia levou à exploração, a grande massa popular brasileira. Esse regime conseguiu desmobilizar, fragilizar a democracia brasileira, apesar de não consumi-la. As políticas sociais se apresentaram de forma setORIZADA, sem contemplar as reais necessidades da população carente, servindo principalmente “para desmobilizar as massas carentes da sociedade” (VIEIRA, 1995, p. 232).

Entretanto, foi neste período de estabilização inflacionária, de controle e arrocho de salários que se verificou um crescimento industrial, resultante da política econômica implantada por Delfim Neto que ficou conhecida por “milagre econômica”.

Esse milagre foi a tentativa do regime militar de conseguir cumprir os objetivos do “Modelo Brasileiro de Desenvolvimento” através dos Planos Nacionais de Desenvolvimento nos moldes do Welfare State (SERRA, 2000 p. 56).

Serra (2000) defende que no Brasil ao contrario dos países ditos de Primeiro Mundo os pilares do Welfare State não foram baseados em situação de pleno emprego e elevações significativas dos salários reais. No Brasil a maioria dos salários é baixo, e a população ativa não tem emprego regular, o que resulta em sobrecarga para as políticas sociais.

Serra (2000,p.62) também afirma, e corrobora com Viera (1995), que as políticas sociais ao final do regime militar não deixaram de representar a forma fragmentada que persiste por toda historia do Brasil, pois “não conseguem instrumentalizar a população carente de benefícios e assistência social, ao contrário oferece o serviço sem saber as necessidades reais”

Com o fim da ditadura militar em 1985 acontece o movimento de abertura democrática que segundo Pereira (2007) culminou com a convocação da Assembléia Nacional Constituinte, em 1986.

Entretanto, neste período, o capitalismo enfrenta uma crise econômica fomentando as propostas neoliberais que passam a ganhar visibilidade. Segundo Borges (2006, p. 82) “as teses neoliberais trazem o argumento de que a limitação do mercado pelo Estado ameaçava a liberdade econômica e política, em defesa de um capitalismo livre”.

Diante desse discurso ela aponta que nos países em desenvolvimento como os da América Latina, a pobreza e o neoliberalismo se manifestaram disputando a hegemonia. (BORGES, 2006)

Com a crise econômica, os países assistiram a uma mudança radical na estrutura de emprego e de sua capacidade de gerar trabalho. Para Marques (1997), esses elevados níveis de trabalhadores que não encontravam ocupação regular, viviam um desemprego tecnológico. Aponta ainda que ficou evidente com as taxas de desemprego haviam tornado-se estruturais, levando alguns países europeus a tentarem criar estratégias para manter ou criar novos espaços de trabalho.

Entre os trabalhadores que mais sofreram com o desemprego estrutural estão os jovens, as mulheres e os maiores de 45 anos. Marques (1997) afirma que a partir desse fenômeno do desemprego, entram em cena algumas estratégias para manter as unidades produtivas, são eles: o processo de terceirização, trabalho temporário, por tempo determinado, por tempo parcial, subemprego, etc. o que leva a precarização do trabalhador.

Todo esse contexto, para Marques (1997, p.224) “implica em ruptura da relação estabelecida no pós segunda guerra entre capital e trabalho”.

Esse momento coloca uma representativa parcela da população em situação de vulnerabilidade social, necessitando de um sistema de proteção social que conforme Marques (1997, p.226) “a mesma sociedade que gera exclusão do processo produtivo, [...] tem que ser capaz de reintegrá-lo garantindo níveis compatíveis de renda de substituição”.

Para o trabalhador que viveu sua vida em função do trabalho, ser destituído deste gera uma situação crítica, pois ele depende desta atividade, para suprir suas necessidades básicas de existência, principalmente os velhos trabalhadores que não amalharam renda ou que não possuem recursos previdenciários (BEAUVOIR, 1990).

Pensar nas condições de trabalho no período descrito acima, se pode entender as precárias condições desse trabalhador ao envelhecer. Com uma política pública sempre voltada mais para o econômico do que para o social, onde a pobreza prevalece, fica evidente que o trabalhador que começa a apresentar limitações para o trabalho, não tenha mais utilidade para o capital.

Beauvoir (1990), em referência ao sistema capitalista, assinala que no mesmo é levado em consideração, na maioria das vezes, apenas o interesse da economia, ou seja, do capital e não das pessoas.

Neste sentido, Moragas (1997, p.140) aponta que o trabalho industrial muito diferente do agrícola e do artesanal, tem exigências físicas e psíquicas, bem como a aceleração do ritmo de trabalho e a natureza alienadora, faz com que se torne “patrimônio dos adultos fortes, excluindo os mais fracos, as crianças e os velhos”.

Para Rocha (1998) na velhice o indivíduo sofre significativas perdas, que vai desde o afastamento de familiares, perpassando a ótica da doença até a exclusão do mercado de trabalho. Neste sentido o idoso desenvolve o sentimento de inutilidade, ocasionando sua vulnerabilidade social, principalmente com o advento da aposentadoria, que tem servido de passagem para o mundo da velhice.

Estatísticas do IBGE (PNAD, 2006) apontam que no Amazonas 23,7% de idosos tem renda per capita de até ½ SM (salário mínimo), 54,1% são aposentados ou pensionistas, sendo que a maioria desses idosos encontra-se no universo de população de baixa renda e em precárias condições de sobrevivência, assim como nos demais estados brasileiros.

Esse fato se explica devido à maioria das aposentadorias serem de um salário mínimo, o que não supre as necessidades do idoso comprometendo sua existência, agravando sua saúde e até o convívio familiar e social e muitas vezes levando-o a voltar ao mercado de trabalho.

Entretanto, no Brasil como no Estado do Amazonas, mesmo com a aposentadoria e com a política de Assistência que dá ao idoso, que não consegue prover sua sobrevivência, o BPC (Benefício de Prestação Continuada), muitos idosos são os chefes de suas famílias, sendo o benefício ou o rendimento a única renda familiar.

Segundo dados do IBGE (2000), no Brasil existem quase 15 milhões de idosos, sendo 40% com mais de 60 anos que continuam trabalhando. Em Manaus, há 137 mil idosos, dos quais 60,4% são responsáveis economicamente por domicílios. Questão que voltaremos a discutir mais a frente neste trabalho.

## **1.2 O jovem de ontem e o idoso de hoje: a migração para a Amazônia**

A Amazônia, essa grande extensão de floresta densa e fechada com uma das maiores bacias hidrográficas, foi por muito tempo um grande desafio aos colonizadores. Segundo Reis (1983), empresas de ingleses e holandeses, vieram para a Amazônia para explorar produtos naturais e especiarias que eles

denominavam de drogas do sertão. Aqui chegando encontraram um quantitativo incontável de índios.

Em relação a essa população pré-europeia, Porro (1995) afirma que essas sociedades indígenas da Amazônia não podem ser estabelecidas num determinado histórico, ou numa geração ou num século, ela foi desvendada lentamente através de um processo de exploração que durou cerca de quatro séculos.

A ocupação do território, pelo europeu, aconteceu entre 1616 e 1777 de forma lenta e gradativa. Entre 1850 e 1899 a Amazônia começa a ser delineada, a partir 1899 até 1930 se concluirá a formação territorial com definição dos limites da região (BECKER, 2004).

Nesse período de ocupação, foram chegando os europeus e seus descendentes, segundo Reis (1983, p.112) “os lusos-brasileiros, que no século XVIII, levavam às comunicações com o Brasil-central e as terras sob a soberania de Espanha no Marañon e no Orenoco”. Com eles também vieram os sertanistas que faziam a operação de desbravamento, adentrando as fronteiras que a Espanha, através do Tratado de Tordesilhas, alegava ser de sua propriedade.

Esses sertanistas, afirma Reis (1983), não se contava em números ponderáveis, ligado ao gentio da terra, iniciariam a elaboração da sociedade mestiça. Para o autor, é essa sociedade mestiça que asseguraria o domínio, justificaria a defesa diplomática do espaço, garantido pela ação das ordens religiosas, dos estabelecimentos militares que foram sendo montados, numa tentativa de colonização.

Em levantamentos estudados por Reis (1983 p.113), em 1799, “os habitantes da Amazônia clássica eram 83.454, dos quais 61.212 no Pará, 15.480 no Rio Negro e 6.206 no Marajó”. Em 1810, a população total era de 94.125, os centros urbanos distribuíam-se em mais de três dezenas, atingindo as zonas de fronteira com o territórios do império espanhol.

Com todo esse acréscimo populacional, os números de habitantes, principalmente de índios foram diminuindo devido primeiro a uma grande epidemia de varíola que vitimou cerca de 40.000 índios das aldeias missionárias e depois devido aos

conflitos sócio-políticos da Cabanagem que no período de 1835 a 1840 vitimou cerca de 30.000 pessoas. (REIS, 1983).

Percebe-se que ao encerrar o período colonial, a Amazônia ainda não tinha atingido um crescimento populacional assim como tinha atingido um desenvolvimento econômico, o que preocupava os governantes das Províncias, principalmente a do Amazonas e Pará.

Após esse período de baixas populacionais, uma novidade surge, o interesse pela borracha. Reis (1983) afirma que a borracha foi revelada ao mundo por Charles Marie de La Condamine e seu interesse provocado fora do Brasil era de caráter mercantil e utilitário na indústria.

Em 1872, a população estimada segundo o censo oficial era de 57.610 no Amazonas e 247.779 no Pará (REIS, 1983). Motivo que fez os governantes das províncias a se preocuparem com políticas de incentivo a colonização e povoamento. Maranhenses e cearenses começaram a chegar para participar dessa operação de povoamento. Os maranhenses foram conduzidos por Pereira Labre e Rocha Aury para o Purus e para o Solimões onde se estabeleceram e deram origem a Lábrea e Codajás. (REIS, 1983).

Também vieram alguns estrangeiros participar da operação de povoamento e extração da borracha, foram eles: portugueses, espanhóis, barbadianos, sírios e libaneses, judeus marroquinos, ingleses, alemães e alguns chineses. (REIS, 1976).

Entretanto, esse movimento migratório ainda era muito pequeno do ponto de vista demográfico, continuava uma imensidão de terra para um número reduzido de habitantes.

O *rush* da borracha, como foi chamado o período de maior exploração dos seringais iria modificar totalmente essa situação de povoamento. Segundo Batista (1976) a partir da grande seca de 1870, começaram a vir os migrantes do Nordeste, principalmente do Ceará.

Durante o *rush* da borracha, que compreende o período de 1880 a 1912, houve uma transformação na vida da Amazônia Brasileira, em todos os aspectos, econômicos,

políticos, sociais e culturais, o que segundo Batista (1976 p. 31) “representou com segurança nosso capítulo de grandeza e de miséria”.

Batista (1976) relata que nesse período se teve a ocupação da terra, o desalojamento dos últimos nativos, a febre do ouro, a Revolução Acreana, mortes por assassinatos ou por doenças, desperdício, loucuras e, sobretudo pobreza para a maioria da massa populacional.

Nesse período do *rush* o quadro populacional ficou assim distribuído, segundo Reis (1983, p.35):

Em 1890 viviam na região 147.915 habitantes no Amazonas e 328.455 no Pará. Em 1900 viviam na região 695.112 pessoas; em 1920 1.439.052; em 1940, 1.462.424; em 1950, 1.844.655. já figuram no computo os habitantes de novas unidades políticas, os territórios federais do Acre, Guaporé, Roraima e Amapá... Em 1960, na Amazônia 2.601.519; Em 1970, 3.650.750 habitantes na Amazônia, representando 3,8% do total do país. O crescimento era inexpressivo.

Percebe-se na citação de Reis que houve um grande crescimento populacional na região, porém ao nível nacional um quantitativo inexpressivo em relação a quantidades de hectares disponível.

A partir do ultimo quartel do século XIX, segundo Batista (1976), a Inglaterra promoveu a emigração da semente e de mudas da *Hevea Brasiliensis* (seringa) para a Malásia, com o discurso que “o mundo não poderia ficar a mercê da borracha silvestre, que não tinha possibilidade de alargar a produção ou barateá-la”.(BATISTA, 1976, p. 138). Trinta anos depois a produção da Malásia já tomava conta do mercado o que gerou a decadência dos seringais brasileiros.

No período de decadência da borracha, não se traçou nenhum tipo de política visando manter o trabalhador nordestino, segundo Reis (1976 p. 116), aconteceu ao contrário, “a orientação foi de retirada e regresso ao Nordeste ou idas para áreas que permitiam a compensação material.”

Os poucos estrangeiros no período de decadência da borracha, permaneceram nas capitais de Belém e Manaus. Sírios e libaneses movimentaram-se pelo interior como regatões e, os alemães e ingleses eram homens a serviços de empresas internacionais, com negócios na região. (REIS, 1976).

Observa-se que com essas medidas houve um esvaziamento populacional na região, devido ao deslocamento desse grande número de migrantes nordestinos para fora da região e do fechamento dos seringais, fenômeno que só terá uma retomada por volta da segunda Guerra Mundial, com a retomada da produção da borracha, com investimentos americanos.

Mais uma vez, devido a essa retomada da produção de borracha, vai recrutar trabalhadores nordestinos, porém com um movimento migratório diferenciado do anterior. Segundo Brasil *et al* (2004), esse movimento caracterizou-se como familiar, o trabalhador viria com a família o que diminuiria as chances de retorno, garantindo a permanência da mão-de-obra na região. Com isso a população voltou a crescer e ao final da década de 40, a população amazônica já ultrapassava 3.427 mil pessoas, taxas condizentes com as médias nacionais. (BRASIL, *et al*, 2004)

Este período foi um curto tempo de investimento americano, com o término da guerra, um novo colapso aconteceu. Mas, uma nova configuração política e econômica vai surgir, são as propostas advindas com o modelo desenvolvimentista e o modelo econômico de substituição de importações, que ao promoverem o aumento da produção industrial aceleram, mais uma vez, o movimento migratório para a Região Amazônica, incluindo o Estado do Amazonas.

Com a implantação do Estado Novo por Getúlio Vargas, vários fatores marcam as medidas, que a esfera governamental tomou, no sentido de povoar a Amazônia e finalmente integrá-la ao espaço nacional, entre eles podemos citar: A Marcha para Oeste, a criação da Fundação Brasil Central (1944), o Programa de Desenvolvimento para Amazônia contemplado na Constituição Federal de 1946, a delimitação oficial da região por critérios científicos, a criação da Superintendência de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), a implantação das rodovias Belém-Brasília e Brasília-Acre (governo JK), a migração acelerada entre 1950 e 1960 (BECKER, 2004).

No período entre 1966 e 1985 houve um planejamento efetivo para a região com um “novo e ordenado ciclo de devassamento amazônico, num projeto geopolítico para a modernização acelerada da sociedade e do território nacionais” (BECKER, 2004 p. 26).

Entretanto, a forma como aconteceu a ocupação da região amazônica alteraram de forma significativa a vida dos atores sociais que aqui residiam e ainda residem, bem como contribuiu para impactos ambientais perversos e severos que abalaram todo o meio ambiente.

Becker (2004) aponta como impactos ambientais severos e perversos na Amazônia: o desmatamento na Amazônia, o processo de transferência da atividade pecuária extensiva e depredadora das outras regiões do país para Amazônia, a devastação florestal associada a expansão agropecuária, a de urbanização na cidade e sua periferia que entra floresta adentro, mais de 60% da população estão abaixo da linha de pobreza; taxa de analfabetismo de 24% só perdendo para o nordeste, proliferação de doenças de transmissão hídricas na cidade, crescimento econômico e baixa qualidade de vida e perda irreversível de biodiversidade, estabelecendo uma inércia destrutiva de difícil reversão contabilizando um passivo ambiental que não poderá ser saldado.

### **1.3 A Zona Franca de Manaus**

A Zona Franca de Manaus (ZFM) é um modelo de desenvolvimento regional que foi criada pelo governo brasileiro através da [Lei Nº 3.173 de 06 de junho de 1957](#), como Porto Livre. Mais tarde, cerca de dez anos depois por meio do [Decreto-Lei Nº 288](#), de 28 de fevereiro de 1967, ampliou essa legislação e reformulou o modelo, estabelecendo incentivos fiscais por 30 anos para implantação de um pólo industrial, comercial e agropecuário na Amazônia (disponibilizada em [www.suframa.org.br](http://www.suframa.org.br)).

Segundo a história da Zona Franca sua finalidade era criar uma base econômica para a Amazônia Ocidental, formada pelos Estados do Acre, Amazonas, Rondônia, Roraima e as cidades de Macapá e Santana, no Amapá, bem como promover a integração socioeconômica da região ao restante do País, como forma de diminuir as disparidades regionais e de garantir a soberania nacional sobre as suas fronteiras territoriais. ([www.suframa.org.br](http://www.suframa.org.br)).

A Suframa defende que “além de sua importância econômica, social e ambiental para a região, a Zona Franca representa uma considerável fonte de recursos para o governo brasileiro, tendo sido responsável, no ano de 2008, por mais de 58,60% de

toda a arrecadação da 2ª Região Fiscal, formada por todos os estados do Norte, menos Tocantins”.( [www.suframa.org.br](http://www.suframa.org.br) )

A base de sustentação da ZFM é o Pólo Industrial de Manaus (PIM), que atualmente conta com mais de 600 empresas instaladas, que faturaram mais de US\$ 30,1 bilhões, em 2008, e geram mais de 100 mil empregos diretos e mais de 400 mil indiretos. O PIM auxilia o Amazonas a alcançar a terceira posição no ranking de estados brasileiros que mais arrecadam com o setor industrial.

Considerada pela Suframa como a mais bem-sucedida estratégia de desenvolvimento regional, o modelo leva à Amazônia Ocidental ao desenvolvimento econômico aliado à proteção ambiental, proporcionando melhor qualidade de vida às suas populações.

Seráfico e Seráfico (2005) apontam que a implantação da ZFM está ligada a dois pressupostos: um a possibilidade das empresas de países industrializados descentralizarem seus processos produtivos e o segundo no sentido de ter países com condições jurídicas-políticas e econômicas que assegurassem a redução do custo de produção e ampliação do mercado consumidor.

Nesse sentido Nunes (2000 p. 87), aponta que a Amazônia “tendo em vista o vazio demográfico seria cenário ideal para atrair capitais estrangeiros, devido “a oferta de vantagens comparativas mais atrativas, além de um esforço tecnológico que provocariam maiores vantagens para os capitais externos”

Nesse momento, Manaus vivia uma estagnação econômica, o que segundo os autores Seráfico e Seráfico (2005), contribuía para aumentar a concorrência entre os trabalhadores por emprego e rebaixava o valor da força de trabalho. Logo Manaus era o local ideal para implantação da ZFM.

Diante desse contexto criou-se o Decreto-Lei 288 que ampliou os incentivos fiscais para as empresas que se estabelecessem na ZFM, como já explicitado acima, estendeu a área de incentivos para toda Amazônia Ocidental (Decreto 291 de 28 de fevereiro de 1967) e criou a Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA (Decreto nº 61.244 de 28 de agosto de 1967. (SERÁFICO e SERÁFICO,2005).

A Suframa divide a história da ZFM em quatro momentos: no primeiro, as características principais seriam o controle de entrada e estocagem de mercadorias; no segundo momento que compreende de 1975 a 1990, a política referendava medidas que fomentassem a industrialização brasileira. Medida esta que alavancou a indústria de montagem, gerando um grande número de empregos<sup>3</sup>.

O terceiro momento, período de 1991 a 1996 foi marcada pela abertura da economia brasileira, que trouxe profundas mudanças ao modelo ZFM, colocando a gestão do modelo ligado à atração e promoção de investimentos, que fosse capaz de trazer resultados positivos ao PIM (Pólo Industrial de Manaus) e o quarto momento, que compreende de 1996 a 2002, que coloca a ZFM no processo de adaptação a economia globalizada e aos ajustes do neoliberalismo.

Como o objetivo é fazer um breve histórico da ZFM para que se possa discutir sobre o idoso, quem foi esse trabalhador direto ou indireto do PIM e sua condição de trabalho nesta época, deter-se-á no segundo momento desse modelo, pois o idoso de hoje é o trabalhador que migrou para Manaus em busca de trabalho oferecido pela ZFM, na década de sessenta.

Desde sua criação a ZFM atraiu milhares de pessoas na busca do sonho de melhorar sua condição de vida. Segundo Seráfico e Seráfico (2005, p. 99):

[...] com a necessidade de se ocupar a região despovoada era necessário dotar a região de condições de meio de vida e infra-estrutura que atraíssem a força de trabalho e o capital, nacional e estrangeiro imprescindíveis para a dinamização das forças produtivas locais objetivando a “rentabilidade econômica global.

A ZFM passou a ser a principal responsável pela polarização da estrutura urbana. Segundo Nunes (2000, p.88), “entre 1970 e 1985 a estrutura industrial de Manaus se transforma radicalmente e a atividade urbana da economia do Estado passa a se restringir quase que exclusivamente à capital e sua zona franca”. Tal fenômeno atraiu um grande contingente de trabalhadores causando um esvaziamento no interior amazonense.

Em relação a esse aspecto Benchimol (1996, p. 43) afirma que “a atração das cidades face as oportunidades de emprego e possibilidade de melhoria de condições

---

<sup>3</sup> Em 1990 a indústria em Manaus registrou um dos seus melhores desempenhos com a geração de 80 mil empregos diretos e faturamento de US\$ 8,4 bilhões ([www.suframa.gov.br](http://www.suframa.gov.br)).

de vida, o encantamento, vantagens e benefícios proporcionados pela indústria iram fomentar a urbanização e o esvaziamento do interior”.

Ele aponta ainda que esse processo de urbanização e o êxodo rural mudam o panorama populacional de forma acentuada, porém gradativa. A população urbana em 1940 representava 23,01% contra 76,99% da população rural. Em 1991 a população urbana representava 54,52% contra 43,48% da rural. (BENCHIMOL, 1996)

Nunes (2000) corrobora com Benchimol (1996) e também chama atenção para o acelerado crescimento populacional, que nos fins de 1960 eram cerca de 300 mil de habitantes e até o momento de sua pesquisa em 2000 chega a mais de um milhão de habitantes. Tal fenômeno pode ser percebido na tabela 2 abaixo.

Tabela 2: População total por década de 1800 a 2009

Ano	População total
1800	10.000
1822	14.000
1872	38.998
1890	52.421
1900	73.647
1920	179.263
1940	272.232
1950	279.151
1960	321.125
1970	473.545
1980	922.477
1990	1.011.403
2000	1.402.590

2005	1.524.690
2006	1.688.524
2007	1.646.602
2008	1.709.010
2009	1.738.641

Fonte: Anuário do IBGE (disponível em [www.sbpcnet.org.br](http://www.sbpcnet.org.br))

Entretanto, esse crescimento urbano mudou as características da cidade e o modo de vida das pessoas que aqui moravam e dos trabalhadores que vinham de uma cultura extrativista.

Em relação a esse aspecto Nascimento e Torres (2009, p. 14) afirmam:

As mudanças não atingiram apenas a paisagem da cidade, mas e principalmente o modo de vida das pessoas (baseado no extrativismo, coleta da borracha, castanha, sorva, balata e tantos outros produtos), passando a serem influenciados por nova forma de produção baseada nas fábricas do Distrito Industrial, atualmente denominado PIM – Pólo Industrial de Manaus. Embora o crescimento das cidades seja um fenômeno que ocorre em todo o país, o crescimento da cidade de Manaus está relacionado em primeiro lugar com a criação da Zona Franca de Manaus, que poderíamos relacionar como um fator de atração e, em segundo lugar, com as precárias condições de sobrevivência no campo, decorrentes de políticas ineficazes e/ou inexistentes que podem ser considerados como fatores de expulsão.

Também Nogueira, Sanson e Pessoa (2007) defendem que nos últimos vinte anos o número de migrantes atraídos a Manaus (tanto do interior do Estado quanto do resto do país) aumentou significativamente, motivo que causou um processo de “inchaço populacional” na zona urbana da cidade, que sem estrutura para comportar esse contingente, tem se expandido para as zonas periféricas da cidade, de forma de ocupação desordenada, rápida e agressiva. (Vide tabela 3 abaixo)

**Tabela 3 - Taxa de urbanização, razão de sexo e razão de dependência,**

**segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas – 2006**

Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas	Taxa de urbanização (%)	Razão de sexo	Razão de dependência		
			Total	Jovens	Idosos
<b>Brasil</b>	<b>83,3</b>	<b>95,0</b>	<b>49,4</b>	<b>38,8</b>	<b>10,6</b>

<b>Norte</b>	<b>75,6</b>	<b>101,0</b>	<b>59,6</b>	<b>52,6</b>	<b>6,9</b>
Rondônia	68,2	103,4	51,8	45,3	6,5
Acre	69,6	102,6	67,6	60,5	7,1
<b>Amazonas</b>	<b>77,6</b>	<b>104,5</b>	<b>60,3</b>	<b>53,8</b>	<b>6,5</b>
Roraima	82,3	103,3	60,4	56,1	4,3
Pará	75,2	99,0	60,7	53,5	7,2
Região Metropolitana de Belém	97,6	90,6	47,0	39,6	7,4
Amapá	93,7	98,2	58,2	53,8	4,4
Tocantins	74,1	99,5	58,0	48,8	9,2

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006

Diante dessa afirmação, pode-se notar que os trabalhadores que migraram em busca de melhoria de condições de vida, na realidade apresentavam-se como mão-de-obra não qualificada, o que remete a pensar que, por não ter qualificação, muitos continuavam em condições precárias para sua sobrevivência.

Em relação a tal dificuldade Nascimento e Torres (2009, p.15) afirmam que “em relação aos migrantes, a falta de oportunidades, associada à falta de qualificação profissional, faz com que milhares deles se vejam desesperançados quanto ao futuro”.

Essa condição e essa desesperança são expressas quando esses trabalhadores começam a perder a capacidade para o trabalho, ou seja, envelhecer. Com isso percebe-se a precária condição de vida ou até mesmo de pobreza que se encontram esses trabalhadores, hoje idosos, dependentes de políticas públicas.

Assim, corroborando com Vitta (2004), observa-se que vários fatores influenciam para perda da capacidade para o trabalho, entre eles podemos citar a idade cronológica, saúde (física, mental e social), educação e competência, etc. Esse fato se acentua em relação ao povo nortista que tem peculiaridades e particularidades em sua trajetória de trabalho e no modo de envelhecer, como veremos a seguir.

#### **1.4 O idoso que migrou para a Amazônia e suas condições de trabalho**

O processo de envelhecimento na região Amazônica se diferencia do resto do país, talvez tenha alguma semelhança com a região nordestina. Mas toda essa peculiaridade advém desde chamado tempo Áureo da borracha, como descrito acima.

Segundo o censo de 2000 do IBGE, a população amazonense de idosos representa 4,91% do total da população que tem 2.812.557 habitantes. Logo, há um contingente de 137.060 idosos em nosso Estado. Deste universo a maioria 2,8% está na faixa etária de 60 a 69 anos, 0,9% tem de 70 a 74 e 1,2% tem 75 ou mais.

Em Manaus, em 2000 eram 65.178 pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes na zona urbana e 553 pessoas com 60 anos ou mais residentes na zona rural, num contingente populacional total de 1.405.835 pessoas. (IBGE, 2000).

O envelhecimento é um processo que se desenvolve ao longo da história de vida do indivíduo e, que, se inicia no momento da fecundação uterina. Entretanto, são as condições climáticas, os hábitos culturais, alimentares e até sociais que determinarão a forma como se envelhece, em quanto tempo e de que forma isto ocorrerá.

Segundo Oliveira (1989) a sociedade, o velho torna-se velho muito mais pela precariedade de vida, saúde, alimentação e habitação. Como se pode analisar brevemente, fisicamente uma pessoa de 40 anos, que sempre trabalhou exposta ao sol, em serviços que exigiam esforço físico, com uma alimentação precária, por certo o processo de envelhecimento lhe trará características marcantes, diferentemente de um idoso da mesma faixa etária que desfruta de melhores condições econômicas, sociais, ambientais e até climáticas.

Esse é um exemplo típico do idoso amazônico. Existem peculiaridades na região amazônica que levam a tal situação, como: o clima quente, úmido, alimentação pobre em nutrientes, uma vez que o homem amazônico se alimenta mais de peixe consumindo poucas frutas e verduras, trabalho exaustivo, longas caminhadas, dificuldades cotidianas como falta de energia elétrica, água encanada ocasionando precariedades de conforto para sobrevivência diária; diversidades de endemias e doenças tropicais, entre outras.

Conforme se discutiu acima, o Amazonas tem um grande número de migrantes que vieram em busca de riqueza e não mais voltaram. Esses migrantes frutos dessas migrações não planejadas, que ocorreram com o *rush* da borracha e com a implementação da Zona Franca de Manaus, aqui ficaram, hoje são idosos.

Outro fator que contribuiu para o precário envelhecimento da população foi às condições de trabalho que tiveram, desde a chegada dos primeiros migrantes, no *rush* da borracha.

Com a chegada dos migrantes nacionais e imigrantes estrangeiros, observa-se a preferência por estes que vêm de fora, os chamados “estrangeiros”, estes eram os responsáveis pelos fatores decisivos ao desenvolvimento, com a ampliação das atividades comerciais, transportes, bancárias, e outras ligadas aos serviços públicos urbanos (BATISTA, 1976).

Aos outros trabalhadores – principalmente os nordestinos e interioranos – cabiam as funções de trabalhadores em obras públicas, construção de prédios e repartições, igrejas, pontes, cemitérios, calçamentos, etc., com funções ligadas ao trabalho braçal e escravo (BATISTA, 1976).

Havia certo preconceito contra os migrantes nacionais, principalmente através dos discursos de alguns representantes públicos. Onde os mais estigmatizados eram os nordestinos, dos quais para os políticos e para a economia, o máximo que se poderia “extrair” (grifo da autora), era a exploração de sua força de trabalho nos seringais.

Em relação à afirmação acima, Dias (2007, p. 128) aponta que:

É forte o preconceito alimentado contra os nordestinos que ficam no meio urbano, pela sua condição de flagelados da seca, portanto, sem recursos materiais e, muitas vezes, pela sua situação de depauperamento físico, sem condições para o trabalho.

Já para a função de ambulantes, restavam aos moradores locais sobreviverem dessa forma. Trabalhavam como vendedores de carvão, fruteiros, peixeiros, vendedores de gelo, de vísceras, etc. E eram taxados como indolentes e preguiçosos. (DIAS, 2007)

Dias (2007) ainda afirma que essa situação se repete com os migrantes externos e internos, por ocasião da Zona Franca de Manaus. O imigrante estrangeiro vem

sempre para ocupar cargos elevados nas indústrias, cabendo aos trabalhadores locais, muitos migrantes internos, o serviço de chão de fábrica.

Todos esses fatores constituem em peculiaridades que levam a população a envelhecer de forma diferenciada das demais regiões, principalmente as do Sul. Toda a trajetória de vida do indivíduo vai influenciar diretamente no seu envelhecimento, como se afirma no item anterior, esses fatores contribuí para as precárias condições do trabalhador, principalmente na velhice, quando já tem limitações para o trabalho pesado e exaustivo ao qual era submetido.

### **1.5 A trajetória de trabalho do idoso na Cidade de Manaus – O que revela a pesquisa**

Como forma de fomentar concreticidade as discussões que ora se apresenta far-se-á uma previa apresentação dos resultados coletados pelo Grupo de Estudo, Pesquisa e Política Social e Seguridade Social no Amazonas (GEPPSSAM). As zonas Sul e Leste da cidade de Manaus foram mapeadas através de pesquisa de PIBIC no período de 2007 a 2009. Para maior abrangência e compreensão do assunto em pauta, far-se-á uma comparação com dados da pesquisa feita pela pesquisadora Erika Almeida em 2007, para sua dissertação de mestrado. Ambas as pesquisas foram feitas com público alvo idoso buscando construir a trajetória de trabalho desse segmento e sua influência na velhice.

Como foi elucidada no decorrer da discussão desde o *rush* da borracha a implantação da Zona Franca de Manaus, uma leva de migrantes vindos do interior do Amazonas e de outros Estados passaram a formar a mão-de-obra em Manaus. Conforme quadro abaixo se pode constatar essa afirmação:

Quadro 1: Lugar de Origem.

ZONA	NERO	MANAUS	INTERIOR DO AM	OUTROS ESTADOS	TOTAL PESQUISADO
LESTE	HOMEM	3%	54%	40%	15
	MULHER	3%	54%	40%	15
	TOTAL	6%	54%	40%	<b>30</b>
NORTE	HOMEM	20%	27%	53%	15

	MULHER	13%	67%	20%	15
	TOTAL	17%	47%	37%	<b>30</b>
SUL	HOMEM	19%	33%	48%	31
	MULHER	20%	40%	40%	05
	TOTAL	19%	34%	47%	<b>36</b>

Fontes: Pesquisa de Campo, PIBIC 09 (MAIA. e PONCE DE LEÃO) - Dissertação de Mestrado de ALMEIDA (2007)

Elaboração: Pesquisadora.

Como se observa no quadro acima, a origem dos idosos nas zonas leste e sul são de procedência de outros estados, enquanto que na zona norte a maioria tem origem do interior do Estado. Motivo que se explica devido ao fato de os primeiros migrantes terem ocupado primeiramente a zona sul que ficava próximo ao PIM (Pólo Industrial) e onde as atividades econômicas estavam majoritariamente concentradas, bem como ao fato de no primeiro momento da chegada desses migrantes ainda a periferia da cidade era mais central, e sua ampliação para bairros mais longe vai acontecer nas décadas seguintes

O quadro 2 demonstra os motivos que os trouxeram esses migrantes a capital Manaus.

ZONA LESTE	Trazido por Pais ou Parentes	Busca de emprego	Tratamento médico	Total
HOMEM	36%	49%	15%	14
MULHER	50%	43%	7%	14
TOTAL	43%	47%	10%	28

  

ZONA NORTE	Trazido por Pais ou Parentes	Busca de emprego	Tratamento médico	Passeio	Melhores condições de vida	Total
HOMEM	27%	26%	20%	20%	7%	15
MULHER	27%	33%	13%	13%	13%	15
TOTAL	27%	20%	13%	20%	20%	30

  

ZONA SUL	Trazido por Pais ou Parentes	Busca de emprego	Melhores condições de vida	Total
	04	18	14	36
TOTAL	13%	50%	37%	100%

Obs. Não foi exposto os dados numéricos por gênero,

a pesquisadora analisou o total geral na dissertação

Fontes: Pesquisa de Campo, PIBIC 09 (MAIA. e PONCE DE LEÃO) - Dissertação de Mestrado de ALMEIDA (2007)  
Elaboração: Pesquisadora.

Esses dados também contemplam as discussões acima, comprovam que a maioria dos migrantes veio em busca de emprego e de melhores condições de vida, uma vez que, no interior e cidades como as do Nordeste suas condições de vida eram precárias e sem muitas alternativas de trabalho, principalmente no segmento da indústria.

Nos próximos quadros encontraremos as atividades em que esses migrantes se inseriram. Os dados coletados pelas pesquisadoras do Grupo de Estudo através do PIBIC relacionam as atividades desenvolvidas pelos idosos nas últimas cinco décadas.

Quadro 3: Atividades desenvolvidas pelos idosos da Zona Norte

Dec.	Sexo	Distrito Industrial	%	Comércio	%	Agricultura	%	Autônomo	%	Construção Civil	%
60	Homem	3	20%	4	27%	4	27%	3	20%	1	7%
	Mulher	2	13%	2	13%	4	27%	3	20%	4	27%
	Total	5	17%	6	20%	8	27%	6	20%	5	17%

70	Homem	3	20%	3	20%	4	27%	4	27%	1	7%
	Mulher	5	33%	1	7%	3	20%	4	27%	2	14%
	Total	8	27%	4	13%	7	23%	8	27%	3	10%

80	Homem	6	40%	2	13%	2	13%	3	20%	2	13%
	Mulher	2	13%	4	27%	3	20%	4	27%	2	13%
	Total	8	27%	6	20%	5	17%	7	23%	4	13%

90	Homem	4	27%	1	7%	2	13%	2	13%	1	7%
	Mulher	1	7%	5	33%	1	7%	3	20%	1	7%
	Total	5	17%	6	20%	3	10%	5	17%	2	6%

2000	Homem	-	-	2	13%	1	7%	3	20%	-	-
	Mulher	-	-	1	7%	1	7%	4	27%	-	-
	Total	-	-	3	10%	2	7%	7	23%	-	-

Fontes: Pesquisa de Campo, PIBIC 09 PONCE DE LEÃO  
Elaboração: Pesquisadora

Quadro 4: Atividades desenvolvidas pelos idosos da Zona Sul.

Antes dos 60 anos	Qtd.	%
- Cambista;	01	2,8%
- Carpinteiro;	01	2,8%
- Cozinheira;	01	2,8%
- Comerciante;	07	19,4%
- Costureira;	01	2,8%
- Doceira;	01	2,8%
- Escrivão;	01	2,8%
- Feirante;	03	8,3%
- Instrutor Auxiliar.	01	2,8%
- Mecânico;	02	5,5%
- Mestre de Obras;	05	14,0%
- Pedreiro;	02	5,5%
- Professor(a);	04	12,0%
- Serviços Gerais;	02	5,5%

- Vendedor ambulante;	01	2,8%
- Vigia;	01	2,8%
- Motorista de ônibus;	01	2,8%
- Guarda Municipal.	01	2,8%

Fonte: Dissertação de Mestrado de ALMEIDA ( agosto-outubro de 2007).

Em relação aos entrevistados da zona norte, os dados mostram que na década de 60, a maioria dos entrevistados estava inserida na agricultura; na década de 70 percebe-se a mudança com a implementação da ZFM, os entrevistados em sua maioria (27% ) se encontravam inseridos no Distrito Industrial e o mesmo percentual (27%) que se encontravam em trabalhos autônomos, no setor informal; nos anos 80, o número de trabalhadores inseridos no Distrito Industrial continuava o mesmo (27%);

Entretanto, observa-se que os índices das atividades industriais caem devido às mudanças no modo de produção e nas relações trabalhistas. Neste período acentua-se a inserção no comércio e observa-se grande parte de mulheres no mercado de trabalho. E no ano de 2000, quase um quarto (23%) estava inserido em trabalhos autônomos, no setor informal, confirmando o índice de desemprego, principalmente pelo avançar da idade dos entrevistados.

Em relação à Zona Sul, percebe-se que os índices corroboram com os da zona Norte, a maioria sinaliza as atividades no comércio, seguido por atividades desenvolvidas de forma autônoma.

Com essas atividades verifica-se que a renda desses trabalhadores também não era alta, sinalizando as dificuldades de sobrevivência durante a vida de trabalho e na velhice, condicionando esses idosos demandantes de serviços prestados principalmente pelo Estado.

Os dados mostram que a maioria dos idosos das três zonas pesquisadas tem renda de 1 a 3 salários mínimos, sendo que na zona leste ainda se tem um índice expressivo (19%) sem renda, o que leva a refletir tal situação, uma vez que, o idoso tem garantido por lei o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Almeida (2007) aponta que, devido os idosos auferir uma renda de até três salários mínimos são motivados a retornar ao mercado de trabalho. Sinaliza ainda que

muitos idosos no momento da entrevista sinalizaram ganhar mais com o retorno ao trabalho do que antes da aposentadoria ou desemprego.

Com relação à participação do idoso na renda familiar se tem os seguintes dados:

Quadro 5: Renda Familiar dos idosos

Zona	SSem renda	1 a 3 SM	4 a 6 SM	Acima de 7 SM	TOTAL
Norte	--	77%	23%	-	30
Leste	19%	68%	10%	3%	30
Sul	--	47%	39%	14%	36

Fontes: Pesquisa de Campo, PIBIC 09 (MAIA. e PONCE DE LEAO)  
 Dissertação de Mestrado de ALMEIDA (2007)  
 Elaboração: Pesquisadora

Quadro 6: Responsável pela renda familiar

ZONA	GENERO	IDOSO	FAMILIARES	IDOSO+ FAMILIARES	TOTAL PESQUISADO
LESTE	HOMEM	80%	-	20%	15
	MULHER	52%	20%	28%	15
	TOTAL	67%	20%	13%	<b>30</b>
NORTE	HOMEM	33%	20%	40%	15
	MULHER	13%	27%	67%	15
	TOTAL	23%	23%	53%	<b>30</b>
SUL	HOMEM	64%	-	35%	31
	MULHER	40%	20%	40%	05
	TOTAL	61%	5%	34%	<b>36</b>

Fontes: Pesquisa de Campo, PIBIC 09 (MAIA e PONCE DE LEÃO)  
Dissertação de Mestrado de ALMEIDA (2007)  
Elaboração: Pesquisadora.

Os dados demonstrados no quadro acima confirmam as estatísticas do IBGE, que apontam os idosos como chefes de família sendo seus proventos, muitas vezes, a única renda familiar.

Os idosos contribuem com a renda familiar seja através da aposentadoria, BPC, ou da renda de seu trabalho informal após aposentadoria. Esse dado reforça a literatura de Camarano (*apud* BERZINS, 2001, p.30) que afirma que os idosos estão em melhores condições econômicas do que os demais membros famílias.

Outro dado importante para se construir a condição econômica desse idoso é se exerce atividade remunerada, apesar da aposentadoria. Os dados coletados leva ao seguinte resultado:

Quadro 7: Ainda exerce atividade remunerada? Zona Norte

Zona	Gênero	Sim	Não	Total
NORTE	Homem	47%	53%	15
	Mulher	13%	87%	15
	Total	30%	70%	30

Fontes: Pesquisa de Campo, PIBIC 09 PONCE DE LEÃO

Quadro 8 : Ainda exerce atividade remunerada? Zona Sul

Zona	Nunca parou	Voltou ao mercado	Total
SUL	75%	25%	36

Fonte: Dissertação de Mestrado de ALMEIDA agosto-outubro de 2007).  
Elaboração: Pesquisadora.

O quadro 7 mostra que 70% dos idosos não exercem em sua velhice atividade remunerada, ficando apenas com a renda de sua aposentadoria, benefício assistencial, pensão ou auxílio de familiares.

Embora 70% dos idosos não exerçam mais atividades remuneradas, 46,7% dos homens dizem que estão inseridos no mercado informal de trabalho para contribuir na sua renda e manter a família. Esse dado pode ser confirmado com a pesquisa da zona sul, onde todos os entrevistados retornaram ao mercado de trabalho na velhice, independente de ser aposentado ou não, inclusive a grande maioria (75%) sinaliza que nunca parou de trabalhar.

No quadro 8 demonstra-se que 75% nunca parou de trabalhar, enquanto 25% retornou ao mercado de trabalho, mesmo depois de aposentado ou recebendo BPC. Segundo Almeida (2007) desse resultado apenas 25% trabalham de carteira assinada, o restante está na informalidade.

Verifica-se que alguns idosos estão no mercado informal para satisfazer suas necessidades básicas, outros estão para aumentar a renda familiar, porém todos, na verdade, estão buscando a sobrevivência, já que os mesmos têm papel importante na renda da família e o fator escolaridade exerce grande influência nas suas condições atuais de trabalho, implicando diretamente nas suas condições de vida.

Almeida (2007) chama atenção que no momento da pesquisa, 75% dos entrevistados não exercem mais o mesmo trabalho que exerceu durante a maior parte da vida. Para ela esse dado permite identificar a ocorrência de mudanças nas relações de trabalho no processo de envelhecimento. Esse fato é influenciado também pela aposentadoria ou pelo recebimento de BPC, após a idade de sessenta e cinco anos.

Em decorrência desse fato a pesquisa de Almeida (2007) revela quais fatores levaram esses idosos a retornar ao mercado de trabalho, vide quadro abaixo:

Quadro 9: Fatores que motivaram os idosos a retornar ou permanecer no mercado de trabalho

Motivos da permanência ou retorno	%
- Complementar a renda familiar (10);	27,9%
- Busca por melhores condições de vida (7);	19,4%
- Aumentar a sua renda (6);	16,7%
- Se sentir capaz para continuar trabalhando (lúcido etc) (4);	11,0%
- Ser o único provedor do lar (4);	11,0%
- Passar muito tempo em casa e só (1);	2,8%
- Preencher o vazio ficado depois da aposentadoria (1);	2,8%
- Querer ser útil novamente (1);	2,8%
- Buscar um relacionamento social (1);	2,8%
- Residir sozinho (1).	2,8%

Pelo quadro percebe-se que a maioria continua ou retornar ao mercado de trabalho para buscar melhores condições de vida, uma vez que, como se comprova através dos dados, esse trabalhador durante toda a sua vida teve condição de trabalho precário, com baixos salários, alto custo de vida, muitos com famílias numerosas para sustentar. Todos esses fatores contribuem para que o trabalhador viva de forma precária economicamente e, apenas na velhice consiga a realização de alguns sonhos ou uma vida menos sofrida.

Almeida (2007 p. 137) sinaliza que “ao escolherem o trabalho, os mesmos buscam aquele que mais se aproxima com o que vai lhe fazer sentir bem, estando ao seu alcance”. Neste sentido a autora defende que os motivos que levam os idosos ao mercado de trabalho, têm cunho social e econômico, sendo para o idoso uma nova etapa de vida.

Compartilhando do mesmo pensamento, afirmar-se essa nova fase de vida do idoso, para muitos deles, é a continuação de sua vida de trabalho, para sua objetivação, para outros, neste momento, o idoso procura fazer coisas que lhe agrada, sendo prazeroso, ao mesmo tempo em que seja rentável ou não.se

Toda a trajetória descrita acima se pode sinalizar que muitos idosos na sociedade capitalista, vivem em situações socioeconômicas precárias, devido condições e relações de trabalho que tiveram ao longo de suas trajetória de vida, como se demonstrou nesta discussão são demandantes de programas e políticas públicas, como se observa no perfil do idoso descrito abaixo.

### **1.5.1. O perfil do idoso demandante do serviço de atenção básica**

Embora a idade cronológica seja um indicador grosseiro para medir o início da velhice, não é ela que determina o processo de envelhecimento. Néri (1991, p.79) afirma que ela é usada como “relógio social, estabelecendo agendas para o tempo e o ritmo esperados quanto à ocupação seqüencial de status, funções e papéis, ao longo do ciclo de vida”. A autora aponta que o processo de envelhecimento se

subdivide em uma classificação de etapas cronológicas: 60 a 75 anos – velho jovem; de 75 a 85 – velho médio e de acima de 85 anos – velho velho.

Nesta pesquisa a faixa etária teve a seguinte distribuição (Quadro 10)

Faixa Etária								
Anos	60-69	%	70-79	%	80	%	TOTAL	%
Zona Norte	21	67%	7	23%	3	10%	30	100%
Zona Oeste	13	43%	14	47%	3	10%	30	100%
Zona Sul	17	57%	11	37%	2	6%	30	100%
Zona Leste	19	62%	8	26%	4	13%	30	100%

Quadro 10: Distribuição por faixa etária dos idosos por zona

Fonte: Pesquisa de campo (Zona Norte e Oeste em 2011 e Zona Sul e Leste 2009)

Os dados coletados mostram que apesar da faixa etária estar dividida de forma diferenciada, nota-se que em todas as zonas os maiores índices de idosos podem ser classificados como velhos jovens, uma média de 43 a 67%. De 23 a 47% são considerados velhos médios e uma minoria (de 6 a 10%) são velhos velhos.

Verifica-se assim que a idade cronológica não determina a velhice, mas pode influenciar na demanda de idosos que freqüentam as unidades de saúde, visto que, os mais velhos, muitas vezes, já têm sua locomoção comprometida devido à deficiência de visão, dificuldade de caminhar e sujeitos a quedas e tombos, entre outros fatores. Talvez isso justifique a pouca freqüência dessa faixa etária.

O quadro 11 demonstra a escolaridade dos idosos por zona. Nele percebe-se que a maioria está na faixa de não alfabetizado, a alfabetizado e ao curso primário, principalmente na zona norte. Uma minoria (3%) tem o ensino médio.

Os dados demonstram que com o passar dos anos e a evolução das políticas públicas, o idoso já apresenta um nível maior de instrução. O Estatuto do Idoso em seu artigo 20 assegura ao idoso o direito a educação desde que respeite suas condições, devido a esse critério percebeu-se um grande investimento na Educação de Jovens e Adultos (EJA) através de turmas de alfabetização voltada para o idoso. Essa concepção se esclarece nos dados quando se tem um alto índice de idosos alfabetizados e com o primário concluído.

Entretanto, Berzins (2003) sinaliza que apesar do avanço que houve no percentual de idosos alfabetizados no país, estes ainda encontram-se em desvantagens, uma vez que, no ultimo censo de 2000, no Brasil 5,1 milhões de idosos eram não alfabetizados e 64,8% sabiam ler e escrever pelo menos um bilhete simples. Porém, estes números continuam em baixa se compararmos com o índice nacional de alfabetização, que é de 87,2%.

Escolaridade								
Grau	Norte	%	Oeste	%	Leste	%	Sul	%
Não alfabetizado	5	17%	7	23,5%	7	23,5%		
Alfabetizado	8	27%	10	33%	12	40%		
Primário	14	47%	10	33%	7	23,5%		
Ginásio	3	9%	2	7,5%	3	10%		
Ens. médio	0	0%	1	3%	1	3%		
Total	30	100%	30	100%	30	100%		

Quadro 11. Escolaridade do idoso por zona

Fonte: Pesquisa de campo (Zona Norte e Oeste em 2011 e Zona Sul e Leste 2009)

### a) A situação familiar:

Quanto ao estado civil, os dados revelam que a maioria dos idosos são casados ou são viúvos. Uma minoria se diz solteiro, com exceção na zona oeste que demonstra um percentual de 10% de idosos solteiros, o que confirma a questão cultural de tradição familiar. Como afirma Karsch (2003), “tradicionalmente o papel de cuidar da família é papel da mulher [...]”. Isto explica o fato de as idosas ficarem cuidando de seus cônjuges até a morte.

Estado Civil								
	Casado (a)	%	Solteiro (a)	%	Viúvo (a)	%	Total	%
Norte	14	47%	3	10%	13	43%	30	100%
Oeste	19	64%	8	26%	3	10%	30	100%
Sul	16	54%	3	10%	11	36%	30	100%

Leste	20	66%	3	10%	7	23%	30	100%
-------	----	-----	---	-----	---	-----	----	------

Quadro 12 – Estado civil dos idosos por zona

Fonte: Pesquisa de campo (Zona Norte e Oeste em 2011 e Zona Sul e Leste 2009)

Ao que se refere à composição familiar tem-se a seguinte distribuição: (Quadro 13)

	Composição Familiar										
	Cônjuge	%	Cônjuge e filhos	%	Filhos e netos	%	Um Filho (a)	%	Sozinho	%	Total
Norte	16	54%	7	23%	7	23%	0	0%	0	0%	30
Oeste	9	30%	8	26%	4	14%	2	6%	7	24%	30
Sul	14	46%	5	16%	5	16%	1	3%	5	16%	30
Leste	6	20%	11	36%	10	33%	3	10%	0	0	30

Quadro 13 – Composição familiar

Fonte: Pesquisa de campo (Zona Norte e Oeste em 2011 e Zona Sul e Leste 2009)

Esses dados mostram que a família continua sendo primordial, a maioria dos idosos moram com seus cônjuges ou com cônjuges e filhos. A esse respeito, Berzins (2000) salienta que tal fato vem aumentando devido à crise econômica e a condição de desemprego, levando as famílias a morarem juntos para dividirem despesas.

Outro importante fato que mostra os dados é o índice de idosos vivendo sozinho, apesar de os dados ser expressivo apenas na zona oeste, o IBGE (2000), aponta que em 10 anos aumentou o número de idosos que residem sozinhos, revelando ainda que a maioria é constituída pelo sexo feminino, caracterizando como uma das características do envelhecimento contemporâneo.

Com a intenção de aprofundar-se a análise do relacionamento familiar, perguntou-se ao idoso como cada um analisava seu relacionamento familiar. Nas zonas norte e oeste, lócus desta pesquisa, mais da metade (entre 51 e 67%) consideram esse relacionamento bom; uma minoria (entre 7% e 10%) considera regular e o mesmo percentual o definem como difícil, porém aceitável e apenas 3% o definem como ótimo/excelente.

Sarti (2005, p.39) defende que “a família não é uma totalidade homogênea, mas um universo de relações diferenciadas, as mudanças atingem de modo diverso cada uma das relações e cada uma das partes da relação”.

A afirmação de Sarti e os dados da pesquisa confirmam que na convivência, especialmente na familiar se deve respeitar as diferenças, principalmente as de idades, que demandam os maiores conflitos familiares devido à subjetividade e ao modelo de conduta que cada um tem.

Peixoto (2005, p. 231) ressalta sobre esse assunto que “as relações familiares não são regidas somente pela harmonia das relações de troca. Os conflitos entre as gerações são inerentes à realidade familiar, uma vez que ela é atravessada por sentimentos contraditórios”.

Observa-se diante dessas afirmações teóricas é que a família é um espaço socializador, acolhedor, mas também contraditório, faz parte do cotidiano familiar à relação de troca de sentimentos contraditórios como: amor e ódio, generosidade e avareza, solidariedade e descaso, dentre outros, o que leva aos conflitos, porém, em alguns casos essas desavenças são construtivas, resolvidas com respeito e diálogo, em outras ficam sem resolução.

### **b) A situação socioeconômica:**

Quanto a moradia:

Moradia							
	Casa própria	%	Aluguel	%	Mora c/ filhos	%	Total
Norte	18	61%	1	3%	11	36%	30
Oeste	23	77%	2	7%	5	16%	30
Sul	21	70%	5	16%	4	14%	30
Leste	28	93%	1	3%	1	3%	30

Quadro 14 – Moradia

Fonte: Pesquisa de campo (Zona Norte e Oeste em 2011 e Zona Sul e Leste 2009)

Observa-se também que a maioria dos entrevistados (entre 60 e 93%) possui casa própria, sendo que unanimemente todos os sujeitos desta pesquisa afirmam ter luz elétrica, água encanada, ligação com rede de esgoto e coleta de lixo regular, ou seja, saneamento básico próprio das zonas urbanas.

Deve-se levar em consideração que os sujeitos da pesquisa, que relataram possuir casa própria, disseram ter ganhado ou ocupado o local onde residem na época do desenvolvimento urbano da cidade de Manaus, especialmente, por conta da implantação da Zona Franca de Manaus.

Na zona Norte, a condicionalidade da casa própria dá-se ao fato das ocupações irregulares e antigas, legitimada pelo Estado, bem como o investimento do Estado em habitação através de conjuntos habitacionais para pessoas de baixa renda como foi o caso do Conjunto Cidade Nova, Nova Cidade, Osvaldo Frota, Renato Souza Pinto, Canaranas, entre outros.

Quanto à renda perguntou-se aos sujeitos qual a renda familiar atual e observou-se o seguinte resultado:

Renda Mensal Média

	Sem Renda	%	1 SM	%	2 SM	%	3 SM	%	4 a 5 SM	%	+ 6 SM	%	Total
Norte	4	14%	16	54%	8	26%	0	0%	1	3%	1	3%	30
Oeste	1	3%	21	70%	2	7%	3	10%	2	7%	1	3%	30
Sul	3	10%	8	27%	15	50%	2	7%	1	3%	1	3%	30
Leste	4	14%	14	46%	5	16%	2	7%	3	10%	2	7%	30

Quadro 15 – Renda Familiar Atual

Fonte: Pesquisa de campo (Zona Norte e Oeste em 2011 e Zona Sul e Leste 2009)

Esses dados indicam que os entrevistados, de modo geral, não se encontram em uma situação econômica considerada ruim, em 3 ou 4 idosos por zona relatam não ter renda. A maioria tem renda de 1 a 2 salários mínimos.

Tal resultado se deve ao reflexo, principalmente, do grau de escolaridade dos sujeitos, bem como o tipo de trabalho que tiveram. Também precisando considerar

que com a crise do desemprego estrutural e as metamorfoses que vem acontecendo com as relações trabalhistas, a renda dos idosos passa a ser a principal fonte econômica nesses domicílios. Como mostra o quadro 7.

Dados do IBGE (2002) confirmam essa afirmação, 63% dos idosos que recebem benefícios da previdência são responsáveis por uma parcela expressiva da renda familiar, constituindo-se um componente importante para o sustento dessas famílias.

Camarano (2005), afirma que ao mesmo tempo em que o idoso recebe cuidados das gerações mais novas, também se responsabiliza de forma crescente, pelo apoio à família, inclusive material. A autora atribui a possibilidade desse apoio do idoso à família a ampliação do sistema de seguridade social.

Zona	Idoso	%	Casal	%	Conjuge	%	Familia	%	Total
Norte	20	66%	3	10%	2	7%	5	17%	30
Oeste	21	70%	4	13%	2	7%	3	10%	30
Sul	9	30%	5	17%	6	20%	10	33%	30
Leste	20	66%	3	10%	4	13%	3	10%	30

Quadro 16 – Responsável pela despesa de casa

.Fonte: Pesquisa de campo (Zona Norte e Oeste em 2011 e Zona Sul e Leste 2009)

Com os dados percebe-se que mais da metade desses idosos contribui totalmente para a renda familiar, o que confirma as estatísticas do IBGE; Outro ponto importante são os índices de despesas compartilhadas com a família, e/ou de responsabilidade da família.

Nesse sentido, percebe-se que o idoso tem contribuído ativamente com a renda familiar seja através da aposentadoria, BPC, e principalmente da renda de seu trabalho, reforçando o que afirma Camarano (*apud* BERZINS, 2001, p.30), “nas famílias brasileiras nas quais existem idosos, estes estão em melhores condições econômicas do que os demais membros famílias”. Esse fato também influencia na necessidade desse idoso buscar atividades com fins lucrativos para aumentar e/ou complementar a renda.

Os dados coletados nos mostra que o idoso, objeto deste estudo, é um idoso carente, ganha em média de 1 a 2 salários mínimos e participam ativamente das despesas familiar, entretanto, a maioria tem casa própria, e apoio familiar. Apesar de

não demonstrando em quadros, ao ser perguntado de suas necessidades básicas são atendidas com sua renda, a maioria sinalizou que sempre falta um pouco para complementar. Tal dado revela e confirma a realidade, com muitos idosos em trabalhos informais, mesmo sendo aposentado ou receber o BPC. Esse fato leva a refletir também que essa condição econômica apertada influencia diretamente na saúde do idoso, o qual será demonstrado no próximo capítulo.

## **CAPITULO II**

### **A POLITICA DE SAÚDE VOLTADA AO IDOSO**

Conforme se discutiu no capítulo anterior, o fenômeno do envelhecimento tem atingido a todos os países. Segundo Veras (2003: 6), esse aumento nas taxas de envelhecimento populacional se explica devido “a diminuição das taxas de mortalidade, principalmente nos primeiros anos de vida e da drástica redução das taxas de fecundidade, principalmente nos centros urbanos”.

O crescimento da população idosa aconteceu desproporcionalmente às medidas de implementação de políticas capazes de abranger esses crescentes números de idosos. Alguns autores como Berzins (2003), Camarano (2000) apontam como desafio a inclusão desses idosos nas políticas públicas para promover um envelhecimento ativo.

Dessa forma, reflete-se que diante desse fenômeno necessitam serem criados políticas e programas direcionados à população idosa que contemplem seus direitos e suas necessidades, reconhecendo-os como sujeito e protagonistas de suas histórias, promovendo a sua participação na sociedade e fortalecendo sua autonomia como cidadão.

Abordar-se-á neste capítulo as políticas voltadas a esse segmento populacional, enfatizando a política de saúde, objeto dessa pesquisa, bem como o resultado da pesquisa referente aos agravos que acometem os idosos, e a visão que desses idosos sobre a condição de saúde após a implantação do SUS.

## **2.1 As políticas Sociais voltadas ao idoso**

O sistema de proteção ao indivíduo foi criado no século XIX, entretanto, foi no século XX, “após a Segunda Guerra Mundial que ocorre a generalização das medidas de seguridade social no capitalismo, através do *Welfare State*” (BORGES, 2006 p.80). Segundo Behring (2000) o desenvolvimento capitalista fortaleceu-se após a segunda guerra mundial legitimando a intervenção estatal por meio do incremento das políticas sociais.

Com a crise do capitalismo em 1973, chega ao limite o modelo keynesiano de acumulação capitalista e de gestão pública do *Welfare State* adotando-se o que demandava o Consenso de Washington de redução de Estado e mercado livre, era o desmonte do Estado de Bem-Estar Social, mas segundo Esping-Andersen (1995) não houve esse desmonte preconizado no primeiro mundo.

Mas o reflexo do neoliberalismo através de orientação de organismos internacionais como FMI (Fundo Monetário Internacional) e BIRD (Banco Interamericano de Desenvolvimento) para gestar o endividamento público e privado do Terceiro Mundo foi nefasto, principalmente no Brasil que saía de uma ditadura e promulgava sua Constituição, dita cidadã aos moldes do *Welfare State*.

Entretanto Borges (2006) afirma que no Brasil era uma seguridade sem o pilar do pleno emprego. E contraditoriamente aprovada sua Seguridade Social na contramão da história e, nessa onda neoliberal, como desmontar uma coisa que não existia? Ou seja, apesar de assegurada na Constituição sofreu inflexão negativa na sua viabilização.

Borges (2006 p. 84) aponta que as políticas sociais, com diretrizes neoliberais, sofreram um processo de desmonte e “as interferências estatais se limitam às conseqüências de problemas sociais, não as causas, assumindo um papel de apoio e reforço dos interesses hegemônico”. Diante dessa afirmação percebemos que são ações contraditórias com as preconizadas na Constituição de 88.

Segundo Pereira (2002), nesta época no Brasil, o que se chamou de política assistencial é resultado de vários programas governamentais que, de modo irregular e assistemático, desenvolveram programas voltados às camadas extremamente pobres, sem a pretensão de universalização ou o combate à pobreza. Mas não é intenção deste trabalho aprofundar sobre esse assunto.

A Constituição Federal de 88, considerada a Constituição Cidadã, traz o direito ao cidadão e o dever ao Estado, sendo de responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios viabilizar esses direitos através da Seguridade Social que compreende a saúde, a previdência e a assistência.

Em relação a esse assunto Borges (2006 p. 86) afirma que:

A seguridade social no Brasil é composta pela saúde, pela previdência e pela assistência e foi descrita como um sistema de proteção social que decorre do direito social e que deve ser entendido como garantia e dever a ser assumido pelo Estado, respeitando os princípios de universalidade, da uniformidade, da equidade e da descentralização.

Em relação à população idosa, cinco artigos são apresentados na Constituição Federal Brasileira de 1988 que se consubstanciaram na Política Nacional do Idoso (PNI,1994) assegurando atendimento particular às demandas desta população cada vez mais crescente quais sejam:

- Art. 14: A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos, e, nos termos da lei, mediante:
  - I- Plebiscito;

II- Referendo;

III- Iniciativa Popular;

§ 1º O alistamento eleitoral e o voto são:

II – Facultativo para:

b) os maiores de setenta anos;

- Art. 203: A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I- a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II- o amparo à crianças e adolescentes carentes;

III- a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV- a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V- a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à sua própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

- Art. 229: Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

- Art. 230: A família, a sociedade, e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

Em relação ao idoso, as bases da Seguridade Social irão preconizar ações para sua proteção objetivando assegurar-lhes participação comunitária, dignidade e proteção integral. Para atingir este objetivo foram criadas leis que deram efetividades aos pilares da Seguridade, como a Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90), a LOAS (Lei nº 8.742/93) e a Previdência (Lei nº 8.213/91), bem como algumas leis complementares que regulavam os direitos de segmentos da sociedade como a PNI – Política Nacional do Idoso (Lei nº 8842/94) que rege as diretrizes de cuidados a saúde da população envelhecida.

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) passa a partir de dezembro de 1993, a constituir-se no estatuto que rege as relações entre o Estado e a Sociedade, para consolidação do direito social da Assistência, dentro do contexto da Seguridade Social. A LOAS estabelece novas estruturas de gestão, que são os conselhos e

fundos definindo as competências das esferas Federal, Estadual e Municipal tanto na gestão como no financiamento.

Segundo Sposati (2003) a LOAS consolidou-se como o principal instrumento para o resgate da cidadania e a inclusão dos brasileiros precarizados. Esta política tem a proposta de superar o assistencialismo puro e simples e pautar a assistência social pela ótica da emancipação social, instituindo como política pública, deixando de ser política de governo, principalmente das primeiras damas, pilotadas antes pela Legião Brasileira de Assistência e instituições de caridade.

É a LOAS que define de forma clara a responsabilidade da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, no amparo aos desassistidos como idosos, crianças, adolescentes e portadores de deficiência em situação de vulnerabilidade. Em seu Art. 20 (Lei 8.742/93) preconiza o benefício de prestação continuada (BPC) que é a “garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 60 (sessenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família”. Também traz mudanças na forma de gestão e organização da política de assistência social.

A Previdência (Lei nº 8.213/91), também conseguiu importantes conquistas com a CF/88, entre elas a descentralização da gestão administrativa, equalização entre os benefícios da população urbana e rural, ampliação do piso dos benefícios e proteção à velhice e ao desempregado (NOGUEIRA, 2001).

No Brasil, a Previdência Social passou por uma reforma a partir de abril de 1995, que alterou todo o sistema previdenciário brasileiro, entre as mudanças está a alteração dos cálculos para o valor dos benefícios, ampliação do período de contribuição e instituição do fator previdenciário, que leva em conta a idade e a expectativa de sobrevida e o tempo de contribuição do segurado. Essa reforma foi concluída e promulgada através da Lei nº 9876, de 26 de novembro de 1999. (NOGUEIRA, 2001).

Em relação às políticas que compõem a Seguridade, a Política Nacional de Saúde se desenvolve no escopo de ações, cujo suporte de sustentação maior é o Sistema Único de Saúde – SUS, previsto nas leis 8.080 e 8.142/90, suas diretrizes pautadas na universalidade, integralidade, descentralização e participação popular, bem como

a humanização no atendimento a que todo cidadão tem direito, trás em si desafios para sua efetivação.

No que se refere ao Idoso, à atenção dada a sua saúde, deve ser integral, em todos os seus aspectos. Para isso em 1999, ano considerado internacionalmente ao Idoso, o governo aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria nº 1.395/99. E atualmente, em relação à política de saúde o segmento idoso teve vários avanços como a Política Nacional de Atenção Básica que prioriza o idoso e a Política de Saúde do Idoso, um dos pilares do Pacto pela Saúde/2007<sup>4</sup>, o qual será discutido adiante.

Um ano após o surgimento da LOAS, em 1994, o Presidente Itamar Franco sanciona uma lei para garantir os direitos do idoso a Lei 8842- que estabelece a Política Nacional do Idosos de 4 de janeiro de 1994, sendo regulamentada dois anos depois pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, através do Decreto 1.948 de 3 de julho de 1996.

A PNI – Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842/94 tem como finalidade assegurar os direitos sociais do idoso criando condições para promover sua autonomia e participação efetiva na sociedade. (art.1º PNI)

Além disso, ela vai normalizar e sistematizar as ações nos setores de saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação, cultura, esporte e lazer. Essa política reconhece o idoso como sujeito portador de direitos, define princípios e diretrizes que asseguram os direitos sociais e as condições de promover a autonomia, a integração e a participação na sociedade, desta forma oferecendo qualidade de vida da população idosa. (LEI N° 8.842/94).

A PNI prioriza o não-asilamento do idoso, estabelecendo como alternativas de atendimento as seguintes modalidades Centros de Convivências de idosos; Centros de Cuidados diurnos; Casas-lares residenciais; Oficinas abrigadas de Trabalho; Atendimento Domiciliar; Pro - Rendas e Formas Alternativas de Atendimento. (Lei nº 8.842/94).

---

<sup>4</sup> Pacto pela Saúde foi um acordo assinado pelas esferas federal, estadual e municipal para juntas conseguirem a consolidação do SUS – Sistema Único de Saúde.

A Lei 8.842 / 94 trouxe inovações e proteção para a população envelhecida, legitimou esse segmento populacional como uma nova questão pública, mas ainda faltavam condições para que essas políticas pudessem ser efetivadas e contribuíssem para dar qualidade de vida, não só aos idosos, mas a toda a sociedade.

Desta maneira, cabe à sociedade brasileira apropriar-se destas garantias estabelecidas em lei, instrumentalizando a população sobre a existência das mesmas, bem como dos profissionais que trabalham com a população idosa de modo geral. Assim ocorrendo, as possibilidades de enfrentar os impactos em termos de aumento da exclusão social de modo geral, particularmente, em relação ao idoso serão menos difíceis.

Para se conseguir a efetivação desses direitos foram sendo criadas leis nas demais esferas governamentais baseadas na PNI, entre elas podemos citar a PMI – Política Municipal do Idoso (Lei nº 5482 de 08/03/01), Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) e a Política Estadual do Idoso (nº 2.887, de 04 de maio 2004).

Porém é importante registrar que muitas das conquistas trazidas pela PNI ainda estão no papel, variando apenas nas iniciativas de alguns municípios e Estados que tem buscado colocá-los em prática, Manaus se inclui entre estes.

A PMI – Política Municipal do Idoso, Lei nº 5482 de 08/03/01 é baseado na PNI e, em Manaus, foi elaborada através de uma oficina de trabalho composta por 68 representantes de Organizações Governamentais e Não-governamentais, juntamente com a Prefeitura e a Fundação Dr. Tomas para programar as ações a serem desenvolvidas em nossa cidade. (Fórum do Idoso).

Outro marco legal da PNI é o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/03, destinado à regular os direitos assegurados nas demais leis as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Logo, diminui as idades das leis anteriores que era de 65 anos.

Este Estatuto nasceu com a finalidade de ratificar ou preencher as lacunas deixadas pela PNI, ele veio acrescentar novos dispositivos e mecanismo para minimizar a discriminação contra os idosos. Para isso, prevê penas para crimes de maus-tratos de idosos, e rever a concessão de benefícios, além da idade.

Nos artigos 33 a 36 o estatuto vai tratar da assistência social enfatizando os direitos já discutidos acima, como BPC, entidades de longa permanência, e acolhimento do idoso em situação de risco social. ( LEI Nº 10.741/03).

Na cidade de Manaus, a Fundação Dr. Thomas, uma das mais antigas instituições que trabalha com idosos é quem coordena a política municipal do idoso e fiscaliza as ações e programas preconizados no Estatuto do Idoso, entre esses Programas e Ações destacando-se:

- Programa de Atendimento de Longa Permanência - destacando mudanças institucionais como: Humanização e revitalização; ampliação da equipe multiprofissional; capacitação permanente dos profissionais e participação dos idosos residentes nas decisões internas sobre políticas de atenção ao idoso e projetos laborativos.
- Programa Disk Idoso – com objetivo de orientar, informar aos idosos e familiares sobre direitos e serviços assim como atender denúncias de maus tratos e abandono.
- Programa de Atendimento Domiciliar – PADI – objetiva facilitar a permanência do idoso no grupo familiar, realiza atendimento interdisciplinar e prestando orientação familiar evitando assim a internação do idoso.
- Programa de Alfabetização em parceria com a SEMED
- Programa de Capacitação de Recursos Humanos na Área de Gerontologia – através de: Curso de Especialização em Gerontologia; capacitação de cuidadores de idoso; Capacitação dos Coordenadores de Grupos; Capacitação dos profissionais de nível superior que atendem na rede de saúde do município;
- Capacitação dos agentes comunitários; palestras educativas em escolas, universidades e grupos de idosos sobre temas voltados ao envelhecimento; Implantação de um núcleo de estudos e pesquisas sobre envelhecimento na cidade de Manaus (NEPEM); implantação da Associação de Apoio aos familiares do mal de Alzheimer e doenças similares.
- Programa Conviver – promovendo qualidade de vida da população idosa através de oficinas de atividades físicas, culturais, laborativas, recreativas, associativas e educação, funcionando no Parque Municipal do Idoso;
- Em parceria com a SEMSA, promove anualmente, desde 1999 a vacinação contra influenza, pneumonia, febre amarela e tétano, além de grupos voltados a orientação sobre saúde nas UBS, principalmente das diabetes e hipertensões arteriais.
- Parcerias com as demais secretárias municipais no sentido de fazer valer os direitos garantidos no Estatuto do Idoso e na lei Municipal. (INFORMAÇÕES FUNDAÇÃO DR.TOMAS)

Por ser a velhice um reflexo da história de vida de cada um, havia a necessidade que todos os segmentos de atendimento ao idoso se interagissem no sentido de formar uma rede de proteção. Buscando aglutinar as políticas públicas voltadas aos

idosos para formar essa rede, criou-se em 2005 a RENADI ou Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.

A RENADI é a Organização da atuação pública (Estado X Sociedade) através da implementação de um conjunto articulado, orgânico e descentralizado de instrumentos, mecanismos, órgãos e ações. Fazem parte dessa rede as leis, programas e serviços oferecidos a esse segmento populacional, entre eles podemos citar: CF/88, LOAS (Lei nº 8.742/93), PNI (Lei 8842/94), PMI – Política Municipal do Idoso (Lei nº 5482 de 08/03/01), Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03), Política Estadual do Idoso (nº 2.887/04), Resolução ILPI (Institutos de Longa Permanência do Idoso), Programas e Serviços, Universidades, Associações, Sindicatos e Conselhos. A Rede de Proteção descentralizou as responsabilidades das esferas públicas. Hoje, em nossa capital quem gesta essa rede de proteção é a Fundação Dr. Thomas.

Todas essas políticas e rede de proteção voltada ao idoso tem um grande contingente de idosos abandonados que necessitam de programas de asilamento do Estado. Esse fato se explica devido às peculiaridades existentes no idoso amazônico.

## **2.2 A Política de Saúde pós 1988**

Na Constituição de 1988, a saúde conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência integram a Seguridade Social. Nos artigos 196 a 200, estão as determinações legais da Saúde como direito de todos e dever do Estado. Esses artigos também estatuem a integralização dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, formando um sistema unificado (BRAVO, 2002 p.34).

Apesar de toda a luta e mobilização dos profissionais de saúde e da sociedade a saúde só conseguiu avançar na década de 90, com as aprovações das Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 que juntas formaram a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Mesmo com a consolidação da saúde como direito do cidadão e dever do Estado (CF/88) e da conquista das Leis (LOS), a viabilização da Política de Saúde é lenta e contraditória, não conseguindo se consolidar com efetividade.

Para Bravo (2002, p.198) a Política de Saúde não se consolida porque passa por dois momentos distintos: “num primeiro momento, as proposições de saúde como direito social e o SUS são questionados pela ideologia conservadora e, num segundo, aparecem propostas de normatizações visando consolidar a contra-reforma na saúde”.

Pela afirmação de Bravo (2002), percebe-se que mesmo com avanços trazidos pela Constituição, e com as propostas do Movimento de Reforma Sanitária, a saúde não foi totalmente consolidada na década de 90, houve resistência pelos conservadores permitindo dessa forma uma contra reforma na saúde não permitindo sua integralidade.

Segundo Bravo (2002), essa contra reforma servirá para que o “Estado divida sua responsabilidade com a sociedade civil, para esta assumir os custos da crise<sup>5</sup>, como também da refilantropização, ou seja, a desprofissionalização com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizar as atividades profissionais”.

Continua Bravo (2002, p. 200) explicitando que “o projeto saúde articulado ao mercado está pautado na política neoliberal que tem como tendências: a contenção de gastos, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização”.

Desse modo nota-se que a política de saúde fica fragilizada, precarizada e cada vez mais distante de sua efetivação, pois tal fato permitirá que a saúde privada se fortaleça e se sobressaia em relação à pública estatal.

Para o campo da saúde essas mudanças trazidas pela reforma irão propor um caráter focalizado, ou seja, atender as populações vulneráveis através de pacote básico para a saúde. Segundo Costa (1997 *apud* BRAVO, 2002 p. 200), “esse pacote básico é formado pela: ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.”

---

<sup>5</sup> Essa crise a se refere é a crise global do capitalismo, expressada principalmente na crise do Estado de Bem-estar e na crise do chamado socialismo real. Para a autora “cada uma a seu modo procuram soluções para o antagonismos próprios à ordem do capital”. (Bravo, 2002: 198).

A afirmação de Costa de que a universalização do direito garantido pela Constituição Federal não foi aceita pelo Estado, que procurou fragmentar a saúde para que esse direito não se consolidasse. Havia uma rejeição do Estado e cada governante interviu nesta política de uma forma diferente.

Em 1997, considerado pelo governo o “Ano da Saúde”, é lançado o documento “Ações e metas prioritárias para a saúde no Brasil”, dividido em duas partes: a primeira “Vencendo os desafios estruturais”, apresenta propostas de um novo sistema gerencial; na segunda são detalhadas as ações e metas prioritárias: a prevenção no atendimento básico, à qualidade dos serviços e o mutirão social pela saúde. (BRAVO, 2002, p.205)

Bravo (2002, p.205) destaca alguns sérios problemas encontrados neste documento, tais como: não articula a discussão de recursos humanos com a política de pessoal; não explicita a parceria com a família e iniciativa privada; aponta para a terceirização, através dos contratos de gestão. .

No ano de 1998, quando José Serra assume o Ministério da Saúde percebe-se no início uma maior adaptação do sucateamento do setor saúde aos ditames da equipe econômica, porém depois ficou evidente que a entrada de Serra visada explicitar o ajuste da política de saúde a proposta de reforma do Estado. (BRAVO, 2002, p.205).

Para Bravo (2004) no governo de FHC, não houve um efetivo avanço na política de saúde. No primeiro governo, no setor saúde não houve nenhum tipo de manifestação positiva do governo em relação a melhorar ou de fazer cumprir os direitos conquistados dessa política, ao contrário como vimos nos apontamentos de Bravo, houve um boicote as ações de saúde e manifestações civis.

Bravo (2004) aponta que no segundo governo de FHC observa-se o neoliberalismo se efetivando, o governo através de uma proposta de saúde contrária ao SUS, sucateando ainda mais, esta política a ponto de propor regulamentar os planos privados de saúde e fazer uma reforma do Estado.

Bravo (2002, p. 207) coloca que o objetivo da reforma do Estado “é a condução a um Estado fortalecido, com finanças recuperadas e uma administração gerencial e eficiente, tendo como componentes básicos: a delimitação das funções do Estado, a redução do grau de interferência do Estado [...]”

Com a afirmação de Bravo percebe-se que essa reforma colocaria o Estado alijado de suas responsabilidades, delimitando suas funções. Logo, as políticas públicas, teriam suas ações de execução repassadas ao mercado e a sociedade civil, surgindo as organizações sem fins lucrativos sob o controle da sociedade civil. (ONGs).

A respeito da Reforma do Estado no setor saúde, Bravo (2002, p. 208) aponta que:

A proposta de reforma foi dirigida à assistência ambulatorial e hospitalar, afirmada no documento como uma das partes fundamentais e mais cara do SUS. [...] motivo que levou a proposta de três ações: uma descentralização rápida e decisiva nas três esferas; a montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado para direcionar os atendimentos ambulatorial e hospitalar; e a montagem de um sistema de informações em saúde para o controle da execução dos recursos.

Bravo (2002, p. 208) também ressalta que aspectos importantes dessa reforma são “encontradas em diversas normatizações que surgem após a metade da década de 90, como a NOB/93, a regulação dos planos e seguros de saúde e dos preços dos medicamentos, incluindo aí o estabelecimento dos genéricos”

Entende-se com a citação de Bravo acima, que a proposta da reforma fragmentou as ações do SUS. O Estado procurou esquivar-se da responsabilidade de executar as ações, sem deixar escapar os lucros que o setor saúde lhe rende. Através das normatizações foi implantado e modificando as propostas e conquistas da Reforma Sanitária. Conseguiu dividir o SUS em dois sistemas: um para os pobres e outro consumidor, desarticulando a atenção básica da secundária ou terciária.

Entende-se que apesar do sucateamento da saúde por parte do Estado, a Política de Saúde é uma conquista, principalmente se comparada às demais políticas, só efetivadas muito depois do SUS. Como exemplos têm a política da Educação em 1996 ou de assistência regulamentada em 1993 através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que está buscando descentralizar-se tendo como referência o SUS, instituindo o SUAS (Sistema Único de Assistência Social) criado em 2005.

### **2.2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e seus avanços**

Para organizar o funcionamento do SUS, foram criadas as Leis Complementares pelo Congresso Nacional e sancionadas pelo Presidente da República. Essas leis são a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 que traz as diretrizes de operacionalização do SUS e a Lei 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, dessa forma regulamenta a criação dos Conselhos de Saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, como já explicitado a cima.

Para disciplinar o processo de implementação do SUS, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs), que se voltam mais diretamente para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do sistema, dentre eles o detalhamento das competências das três esferas de governo.

A NOB 01/91 cria a Autorização de Internação Hospitalar – AIH; o Sistema de Informação Hospitalar – SIH; o Fator de Estímulo à Municipalização – FEM. Em relação ao processo de habilitação de gestão, alcançaram-se alguns avanços, dentre eles a criação dos conselhos estaduais e municipais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Em 1993 foi editada a NOB 01/93, pela qual são definidos os procedimentos e os instrumentos operacionais para ampliar e aprimorar as condições de gestão, no sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Por essa Norma Operacional, são criadas as Comissões Intergestores em âmbito federal, estadual e municipal. Em âmbito federal Comissão Intergestores tem caráter Tripartite – CIT. No âmbito estadual, a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, composta por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado – COSEMS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006))

A partir de 1996 o município passa a ser, de fato, o responsável pelo atendimento das necessidades e das demandas de saúde de seu povo, assim como das exigências de intervenções saneadoras em seu território, através da NOB 01/96. Esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde. (NOB/96)

Como forma de gestão municipal, a NOB/96 aponta dois modelos: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Ambas recebem recursos de forma regular e automática para o atendimento básico, na forma do Piso de Atenção Básica – PAB, cujo valor é de dez reais por habitante a cada ano (NOB/96).

Definida a responsabilidade do financiamento esta NOB define as fontes. São as fontes específicas da Seguridade Social que incidem sobre o Faturamento – COFINS e o Lucro Líquido e as contribuições sociais. Os recursos provenientes do Lucro Líquido são destinados praticamente para a cobertura de despesas com pessoal e Encargos Sociais. Às contribuições sociais, no âmbito da Seguridade Social, a principal fonte de financiamento do SUS é a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras - CPMF, criada em caráter provisório. (NOB/96).

Recebem, também, recursos na forma de incentivo, para assistência farmacêutica básica, saúde da família, custeio com agentes comunitários, atendimento em carência nutricional, vigilância sanitária e epidemiológica.

A descentralização e os novos modelos de gestão definidos na NOB 01/96 têm ampla adesão dos municípios, porém surgem problemas de ordem estrutural e conjuntural que impossibilitam avanços na dinâmica desse processo.

Para tentar alavancar o sistema é editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 que assegura o comando único sobre o sistema; incorpora a microrregionalização a partir da base legal; amplia a atenção básica; resgata o processo de PPI; avança na utilização *per capita* como forma de repasse; instrumentaliza e regula a relação gestor-gestor e permite a maior visibilidade aos processos de pactuação de referências, permitindo maior controle pelos gestores” (NOAS-SUS 01/201).

O SUS é uma política pública que tem construído no Brasil um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população. A rede tem sessenta e três mil unidades ambulatoriais e aproximadamente seis mil unidades hospitalares, com mais de quarenta e quatro mil leitos. (PACTO PELA SAÚDE, 2006; CONSOLIDAÇÃO PELO SUS, 2006, p. 1).

Tem uma produção anual aproximada de doze milhões de internações hospitalares; um bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; cento e cinquenta milhões de consultas médicas; dois milhões de partos; trezentos milhões de exames laboratoriais; cento e trinta e dois milhões de atendimento de alta complexidade e quatorze mil transplantes de órgãos. (PACTO PELA SAÚDE, 2006; CONSOLIDAÇÃO PELO SUS, 2006, p. 1).

Após várias tentativas de consolidar efetivamente o SUS, o Ministério da Saúde cria o Pacto pela Saúde/ 2006, onde os gestores das três esferas assumem o compromisso público da construção desse Pacto, baseado nos princípios constitucionais, com ênfase nas necessidades de saúde da população. Para tanto, o Pacto define prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. (PACTO PELA SAÚDE 2006, Consolidação do SUS).

Esse Pacto é mais uma estratégia de consolidação do SUS. No Pacto em Defesa do SUS a prioridade é implantar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos. (PACTO PELA SAÚDE, 2006; CONSOLIDAÇÃO PELO SUS, 2006, p. 1)

Define-se saúde como “um 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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, ART.196).

Porém, o conceito de saúde e sua efetividade não são reconhecidos e nem respeitados pelo Estado, na medida em que este, não investe nas políticas de saúde, deixando-as fragilizadas, fragmentadas e sucateadas.

Vasconcelos (2003) aponta como dificuldade para efetivação do SUS a atual conjuntura, de Estado neoliberal, com suas políticas focalistas e excludentes, cujo modelo nega a universalidade do direito à saúde, assegurado constitucionalmente.

Bravo (2002, p. 213) sugere “que a contracorrente desse fato é fortalecer o projeto da Reforma Sanitária e viabilizar a democratização na saúde na direção das

conquistas sociais necessárias, para isso é preciso um aprofundamento do controle social, visando à construção de uma esfera pública de saúde”.

Assim, num país aonde as desigualdades sociais são tão presentes faz-se necessário um Estado mais ampliado e presente nas políticas sociais com a intenção de instituir a equidade e a universalização dos direitos para a consolidação da cidadania. A sociedade civil precisa se organizar no sentido de alcançar o controle social.

### **2.2.2 - A política Nacional de Saúde de Atenção Básica**

Ao falar-se de política de saúde, percebe-se que na base dos serviços está a atenção primária, cujos serviços são prestados nas “unidades básicas de saúde”, para onde se dirige primeiramente boa parte da população.

Na verdade, as ações nas unidades básicas identificam demandas que requerem encaminhamentos para tratamentos de maior complexidade. Acontece um terrível paradoxo, na assistência à saúde, pois não se percebe maior preocupação em conferir maior qualidade na oferta de serviços.

Para Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) a atenção primária tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar de um serviço simples quase sempre com poucos equipamentos, parecendo uma prática fadada a uma medicina simplista.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000, p.35) ainda apontam que a atenção básica, “ao ser um primeiro atendimento, servirá obrigatoriamente de porta de entrada para o sistema de assistência”. Ao mesmo tempo, constitui um nível próprio de atendimento e deve ir resolvendo uma dada gama de necessidades que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual, denominada necessidades básicas de saúde.

Em 2006 foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na qual é conferido um papel importante à promoção a saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2006) a PNAB fundamenta-se na garantia de acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, na efetivação da integralidade e no desenvolvimento de

relações de vínculo de responsabilização entre a equipe de saúde e a população, privilegiando cuidados individuais e coletivos.

Essa Política tem suas ações voltadas para os indivíduos e suas famílias, para os grupos vulneráveis e para o ambiente físico e social de abrangências da Saúde da Família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Entendendo com grupo vulneráveis aqueles que são portadores de determinados agravos ou patologias crônicas, bem como fatores de riscos o MS/06, elegeu como usuários da PNAB as famílias em situação de extrema pobreza, famílias ou indivíduos que apresentem violência como principal forma de manifestação de interpessoais e com a sociedade, além de idosos, mulheres e crianças. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em relação ao idoso dentro da PNAB também foram traçadas ações que cuidam especificamente da saúde do idoso. Estas ações estão preconizadas na Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº 1.395/99) e no Programa de Atenção a Saúde do Idoso (PASI).

### **2.2.3 - A Política Nacional de Saúde do Idoso**

No que se refere ao Idoso, à atenção dada à sua saúde, deve ser integral, em todos os seus aspectos. Para isso em 1999, ano considerado internacionalmente ao Idoso, o governo aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria nº 1.395/99.

A Portaria n.º 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso, que tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999).

Para que o propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso seja alcançado, foram definidas como diretrizes essenciais: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas. (BRASIL, 1999)

Segundo Siqueira (2004 p. 163), “o SUS deverá atuar em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde, incluindo atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”.

O SUS garante aos idosos, algumas normas previstas na Política de Saúde, mas, podemos perceber que muitas vezes não estão sendo cumpridas a contento, entre estas normas podemos citar a elaboração de normas de serviços geriátricos hospitalares, bem como realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, visando à prevenção, tratamento e reabilitação.

Entretanto, observa-se que estas normas ainda não são executadas completamente, apesar de já existirem ações na atenção primária e na vigilância epidemiológica, não existem um serviço hospitalar geriátrico exclusivo.

O estatuto do Idoso (2001) preconiza no âmbito da saúde do idoso:

- Direito a acompanhante ao idoso internado; (Art. 16).
- As instituições de saúde deverão atender aos critérios mínimos para o atendimento do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, bem como a orientação a cuidados familiares e grupos de auto-ajuda. (Art. 18).
- No caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos, os profissionais de saúde têm o dever de comunicar a situação às autoridades, conselhos Municipal ou Estadual do Idoso. (Art. 19).
- O poder público deve fornecer gratuitamente medicamentos, em especial os de uso continuado, como por exemplo, para hipertensão, controle de diabetes, epilepsia, dentre outros. Também devem fornecer gratuitamente próteses ou órteses, além de recursos relativos ao tratamento, reabilitação ou habilitação. Esta lei não discrimina as condições financeiras do idoso, todos têm direito de receber medicações do Estado. (Art. 15 § 2º)

- .Não pode existir discriminação do idoso em razão sua idade para cobrança de valores nos planos de saúde.
- (Art. 15 § 3º).O idoso lúcido, em domínio de suas faculdades mentais poderá escolher o tratamento que lhe for mais favorável (Art. 17).
- O Estatuto do Idoso ainda preconiza algumas medidas que deverão ser adotadas com a intenção de fazer com que o direito à saúde seja vivido, antes da enfermidade chegar, possa ser preventivo durante o processo de envelhecimento e na velhice. (Art.15)

Neste sentido um conjunto de ações preconizadas na PNI e defendidas pelo Fórum do Idoso, foram definidas para a garantia da assistência à saúde nos diversos níveis de atendimento de modo a promover, prevenir, proteger e recuperar a saúde desta clientela, foi criado pelas secretarias municipais o PASI ( Programa de Atenção a Saúde do Idoso), que será detalhado mais a frente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Diante do exposto, tem-se um entendimento de como funciona a política de saúde voltada ao idoso. Entretanto, como está o serviço oferecido ao idoso? Quais são as ações que realmente estão sendo feitas conforme o que preconiza as Políticas? Essas questões serão demonstradas a partir dos resultados desta pesquisa descritos abaixo.

### **2.3 A Situação da Saúde do idoso em Manaus**

Segundo dados fornecidos pelo Índice de Desenvolvimento Brasileiro - IDB (2004), o Estado do Amazonas tem uma população total estimada em 3.069.000 habitantes, com uma taxa de crescimento populacional de 3,0% ao ano, a maior do país. Dessa população, 75% vivem em área urbana. O número de nascidos vivos foi estimado em 70.671, em 2002.

Diante desses indicadores, o Estado viabiliza as ações preconizadas na política de saúde, através do planejamento em saúde, feito anualmente instituindo o Plano Estadual de Saúde, que define objetivos, prioridades e metas, além de previsão de financiamento das ações e dos serviços.

Segundo a NOB/96, o Estado tem sob sua responsabilidade os serviços de média e alta complexidade, cuja administração deve ser feita por meio de ações pactuadas e integradas com o Município e a União.

O Plano Estadual de Saúde, do Estado do Amazonas, em consonância com a Política Nacional de Saúde, está centrado em seis eixos prioritários, preconizados no Pacto pela Saúde/2006: 1) Redução da mortalidade infantil e materna; 2) Controle de doenças e agravos prioritários; 3) Reorientação do modelo assistencial e descentralização com prioridade para a municipalização; 4) Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; 5) Desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde; 6) Controle social. (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE, 2007).

Quanto ao reordenamento do modelo assistencial e a descentralização, com ênfase na municipalização, ocorreu uma reforma administrativa que ensejou a criação dos Distritos de Saúde em Manaus. A rede assistencial se expandiu, assim como a oferta de serviços. A atenção especializada ganhou destaque, com a implantação de Policlínicas.

Entretanto, em decorrência da precariedade na oferta dos serviços de atenção básica, pelo município, a pouca resolutividade nos serviços, o Estado permanece com índices desproporcionais aos de consultas médicas. (SEA Capital/SUSAM e SAI/SUS/Tabnet/Datasus/MS, 2006).

O aumento na oferta de leitos na rede hospitalar também foi constatado. Expandiu de 4.391 leitos em 2003, para 5.057 em 2005, ou seja, cresceu em 15,17%, no entanto esses números representam menos de dois leitos por 1000 habitantes no Amazonas. (DATASUS/MS, 2006).

Na alta complexidade houve o credenciamento de duas Unidades Hospitalares em Cardiologia, duas privadas em Nefrologia. Em 2005 foram realizadas as primeiras cirurgias cardíacas, tanto em adulto como em crianças, num total de 174, nos três hospitais: Francisca Mendes, e os conveniados, Clínica Santa Júlia e Beneficente Portuguesa. Isso possibilita o tratamento no domicílio do paciente, diminuindo assim, a fila para Tratamento Fora Domicílio – TFD. (DATASUS/MS, 2006)

O Estado conta com serviços especializados em alta complexidade. Na oferta desses serviços, podemos citar: A Fundação CECON - centro de referência e tratamento no combate ao câncer; A Fundação de Medicina Tropical – FMT, que oferece serviços de controle de moléstias tropicais e tratamento para HIV e a Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia “Alfredo da Matta”, que oferece o programa de tratamento e combate à Hanseníase entre outras patologias dermatológicas. (DATASUS/MS, 2006)

Manaus, capital do Estado do Amazonas tem uma área territorial de 11.159 km<sup>2</sup> dos quais 377 km<sup>2</sup>, são de área urbana. Isso demonstra um dos maiores obstáculos para proporcionar saúde de forma integral a seus habitantes. O tamanho da zona rural e a dificuldade de acesso às comunidades ribeirinhas são apresentados por estudiosos como principais fatores para concretizar as ações de saúde. (SEMSA, 2006)

A cidade de Manaus, porém, com todos os entraves, vem mudando seu perfil. Passou da categoria de médio porte para metrópole. De acordo com o IBGE (2000), Manaus registra o maior índice de crescimento populacional do país, 2,54%. Esse crescimento requer ampliação de recursos financeiros e investimentos ousados nas diversas áreas de atuação do poder público, dentre elas a saúde.

Dentre os indicadores sociais mais significativos, figura a redução dos índices de mortalidade infantil. Segundo informações disponíveis no site da Prefeitura de Manaus é no combate à mortalidade infantil, que a cidade apresenta um dos melhores índices do Brasil. São 22,7 mortes por cada mil nascidas vivas, superando em muito o índice aceitável pela Organização Mundial de Saúde – OMS que é de 32 e a média nacional que é de 29,2. São indicadores sociais como estes que colocam Manaus numa posição de destaque dentre as melhores cidades do país. (SEMSA, 2006)

Outro indicador social diretamente ligado à saúde da população. Os dados comparativos do IDH de 1991 a 2000, no tocante ao índice de longevidade, indicam que Manaus tem um crescimento expressivo: 34,5%. O índice sugere que o município melhorou a estrutura dos serviços de saúde, a sua alimentação e os riscos a que está exposta. (IBGE, 2000)

Através do Decreto n.º 6.008, de 26 de dezembro de 2001, a estrutura organizacional da SEMSA sofreu alteração para atender ao que dispõe a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde – NOAS-01/2001 definindo as responsabilidades dos gestores municipais no que diz respeito à ampliação da assistência a saúde, à estruturação do sistema de informação em saúde, à organização e aperfeiçoamento do Serviço de Controle e Avaliação e à Assistência Farmacêutica (SEMSA, 2006)

Em setembro de 2003 o Município teve aprovada sua habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, segundo a Norma Operacional de assistência à Saúde – NOAS 01/2002. Segundo Carvalho (2001) neste tipo de gestão, o município assume a responsabilidade para gerir e executar a assistência ambulatorial básica, as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, gestão de todas as unidades básicas de saúde (públicas e privadas) vinculadas ao SUS, elaboração da programação pactuada e integrada, autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados, controle e avaliação da assistência básica.

Entretanto, apesar da habilitação do município ter ocorrido em 2003, a transferência das vinte e uma unidades básicas de saúde da SUSAM só ocorreu 2006 através de processo jurídico administrativo, pelo qual o município ganha a prerrogativa de assumir a gestão e gerência de todas as unidades básicas de saúde de Manaus. Essa prerrogativa impôs a necessidade de se formular um plano de reordenamento da rede básica de saúde. (SEMSA, 2006).

Para o reordenamento se efetivar a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus instituiu uma comissão coordenada pelo Departamento de Planejamento com a participação dos diretores de unidades de saúde, coordenadores do PSF e técnicos da SEMSA, que elaboraram o Plano de Reordenamento da Rede Básica em espaços demograficamente definidos formando os Distritos Sanitários. (SEMSA, 2006).

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2007/2009) define que os distritos deverão promover a integralidade da atenção básica, viabilizar a intersetorialidade necessária ao desenvolvimento pleno das ações, bem como estabelecer uma relação de mútua responsabilidade entre os recursos de saúde e a população.

Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus conta em sua estrutura com: 9.299 servidores e ainda com uma rede composta por 1 maternidade, 1 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, dez serviços de pronto atendimento (SPAs), 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, três módulos de saúde da família, 20 postos de saúde rural e 158 unidades básicas de saúde da família, todas distribuídas nos distritos de saúde norte, sul, leste, oeste e rural. ([www.manaus.am.gov.br](http://www.manaus.am.gov.br)).

Segundo o Plano de Saúde Municipal a maior dificuldade enfrentada pela secretaria municipal é o difícil acesso a área rural que muitas vezes só é realizado por barcos e lanchas, dependendo do nível das águas, da época da cheia, da vazante dos rios e ainda, pelos escassos recursos utilizados na manutenção desses meios de transportes.

Outro desafio enfrentado pela Secretaria Municipal de Saúde em Manaus são as doenças tropicais, dentre elas, a malária, a leishmaniose e a dengue. Apesar dos esforços concentrados no combate a essas doenças, os índices são alarmantes. Um dos fatores agravante associados ao combate às doenças tropicais no município, é a intensa migração para Manaus, seja oriunda de outros Estados ou do interior. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007/2009).

Percebe-se que para implementar ações de saúde a população requer um grande desafio, principalmente, devido ao espaço geográfico que moramos, motivo que leva a investir na atenção básica conforme preconiza a política de saúde.

Em relação à saúde ao idoso, em Manaus, foi criado para atender os critérios da Política Nacional de Saúde do Idoso foi criado em agosto de 1997, o PASI – Programa de Atenção a Saúde do Idoso e teve seu início em 1998 vinculado ao Núcleo de Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto, da Coordenação de Assistência à Saúde, cuja finalidade é a de planejar junto às Unidades de Saúde, as atividades referentes ao programa. (SILVA, 2004)

O PASI foi implantado inicialmente em 10 Unidades Básicas de Saúde da SEMSA, gestada pelo município, na época. Para isso, contou com a colaboração de várias entidades, entre elas, o Fórum Permanente do Idoso, Fundação Dr. Thomas, Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Secretaria Municipal de Educação – SEMED, Pastoral da Saúde e Programa de Combate às Carências Nutricionais – PCCN, que contribuíram com propostas substanciais para assistência ao idoso e troca de experiência em saúde. (SILVA, 2004).

Por meio de um conjunto de ações definidas pelo Fórum Permanente do Idoso, com base na Política Nacional do Idoso (Lei n.º 8.842, de 4.1.95, e Decreto n.º 1.948, de 3.7.96), foram definidas as diretrizes para a garantia da assistência à saúde nos diversos níveis de atendimento de modo a promover, prevenir, proteger e recuperar a saúde desta clientela.

Segundo Silva (2004) no período em que o PASI foi implantado, o programa definiu que a população atendida seria a partir de 55 anos, por entenderem que as especificidades socioeconômicas da referida clientela necessitavam de atenção à saúde, tendo um olhar preventivo. Entretanto, para atender os critérios e adequações da PNI essa faixa etária foi revista e adotada 60 anos ou mais.

No ano 2000, o total de inscritos no PASI era de 2.108 idosos nas oito Unidades Básicas de Saúde, e em 2003 esse número passou para mais de 4.000 idosos inscritos. (SILVA, 2004).

Silva (2004) afirma que como “estratégia política”, por intermédio da Lei n.º 531, de 3 de maio de 2000, do Poder Executivo da Prefeitura Municipal de Manaus, o governo municipal renomeia para “Programa Médico da Família – PMF” o “Programa Saúde da Família”, referido na Lei n.º 470, de 21 de janeiro de 1999. Este fica vinculado a SEMSA e funcionará com equipes de médicos, auxiliares de Enfermagem e agentes comunitários de saúde, posteriormente incluídos outros profissionais: enfermeiros, técnicos de Enfermagem.

Silva (2004) ressalta que dentre a clientela do PMF está à população idosa que também é atendida nas casas do Médico da Família. Silva ainda salienta que oficialmente o PASI nunca foi implantado no PMF; entretanto, a demanda de idoso existe é regularmente atendida, o que proporcionou a oportunidade do PASI/SEMSA

iniciar o trabalho junto à equipe do PMF através de cursos de capacitação dos técnicos no atendimento ao idoso.

Segundo o plano de saúde municipal (2007/2009) as estratégias para o fortalecimento das ações de saúde do idoso em Manaus são implementar ações como: Implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Estimular a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos EAS; Divulgação das ações de saúde do idoso em 100% dos EAS e associações de idosos, entre outros; e execução das ações educativas, distribuição de material educativo e instrucional; Implementação do programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso; Realização de Curso de Cuidador Familiar, sendo 02 cursos anuais para cada distrito; Implantação do Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa nos EAS; Implantação do processo de acolhimento à pessoa idosa nos EAS; Qualificação da dispensação e do acesso da pessoa idosa à Assistência Farmacêutica; e Monitoramento e avaliação das ações de saúde do idoso. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007/2009).

Atualmente nas UBS, os profissionais afirmam que não existe a política de saúde voltada ao idoso, fica claro nas falas dos profissionais entrevistado.

A pesquisa foi realizada com seis gestores (100%), todos do sexo feminino, com idade entre 39 a 53 anos, com tempo de serviço variando entre 9 a 11 anos, distribuídos: três gestores do distrito Norte e três do distrito Oeste.

Para preservar o anonimato das entrevistadas usa-se letras para sinalizar as falas das gestoras sobre o funcionamento do Programa de atenção a saúde do idoso em suas Unidades:

*Gestor A: “..é um Programa que envolve todos os aspectos sociais, inserindo o idoso em todas as atividades dos projetos da Prefeitura*

*Gestor B : “o que se lê na lei é muito bonito, a prática é muito diferente, podemos citar como exemplo o Programa do Hiperdia que funciona com deficiência de profissionais como nutricionistas e psicólogas”.*

*Gestor C: “O idoso tem garantida várias atividades lúdicas, de convivência social, atividade física, assistência médica, aposentadoria”.*

*Gestor D e E : “Não há programa do Idoso nesta unidade de saúde da zona Norte”*

*Gestor F: Infelizmente não temos programas voltadas especificamente ao idoso”*

Fonte: Pesquisa de Campo

Percebe-se no discurso, que o PASI não teve continuidade e não há nas UBS exclusividades de ações voltadas ao idoso. Segundo Silva (2004) as Unidades de Saúde, infelizmente, ainda não se encontram organizadas para atender todas as dimensões que abrangem a questão do envelhecimento e também elas sozinhas não dariam conta de implementar todas as ações necessárias. Para superação das dificuldades são estabelecidas parcerias com outras instituições que também objetivam contribuir para a causa do idoso. Um esforço coletivo será benéfico para viabilizar o que preconizam as políticas públicas em todos os níveis de governo.

Quando questionados sobre quais os serviços que são oferecidos pelas UBS aos idosos eles assim os descreveram:

*Gestor A: “ o idoso marca a consulta, passa pelo preparo e é encaminhado ao médico e tem prioridade na marcação de consultas”*

*Gestor B: “Os serviços oferecidos pela UBS são de atenção básica, incluímos também o exercício físico que os idosos fazem em parceria com o grupo de terceira idade*

*Gestor C: “Na nossa Unidade de Saúde, o idoso tem prioridade de atendimento, quando necessita de atendimento especializado, é encaminhado aos CAIMIs beneficiado com o Suplemento Alimentar, participa de reuniões, eventos sociais”*

Fonte: Pesquisa de Campo

Os demais gestores sinalizaram que o atendimento ao idoso está voltado a atender as necessidades com consultas agendadas e consultas médicas, verificação de peso e pressão arterial, despacho de medicamentos contínuos conforme receita

Os relatos remetem a refletir que a produção de serviços voltados ao idoso está mais voltado aos critérios do estatuto, como a prioridade no atendimento do que as ações preventivas e/ou curativas voltadas a saúde.

A Política Municipal do Idoso tem por objetivo definir não só ações e estratégias, mas 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 participação efetiva na

sociedade (PMI LEI Nº 5482 de 08/03/01). O que se torna visível com os relatos acima descritos.

Entretanto, no Plano Municipal de Saúde (2007/2009) consta a prioridade de implantação e implementação da assistência à saúde do idoso nas unidades de saúde do município de Manaus, também consta que essa assistência visa promover, prevenir, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante medidas profiláticas, através do monitoramento das doenças degenerativas, decorrentes do envelhecimento, nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ecológicos, bem como seus fatores de risco. O que não se percebe com os resultados da pesquisa.

Para se compreender esse Programa voltado ao idoso referencia-se qual seria a análise que os gestores faziam do Programa em relação a UBS, e com esse tem contribuído para a qualidade de vida do Idoso. As respostas sinalizaram que

*Gestor A: "A Unidade presta assistência e faz controle da saúde, aqui o idoso tem atendimento médico, odontológico, laboratorial, assistência social, de enfermagem e todos os outros serviços auxiliares. O idoso usufrui todos os serviços oferecidos; tem prioridade no atendimento, participa das atividades desenvolvidas pelo Projeto Saúde na Terceira Idade "*

*Gestor C : ' O idoso tem prioridade e acompanhamento medico e social . A UBS oferece pré-agendamento para as consultas médicas; controle da hipertensão e diabetes com distribuição dos remédios; visitas domiciliares e acompanhamento dos idosos acamados pelo medico e ACS, encaminhamentos internos e externos, orientações para aposentadoria e o benefício da prestação continuada, palestras educativas educação e saúde com a equipe multiprofissional; reuniões mensais. Essas ações ajudam a melhorar a saúde do idoso e diminui a depressão".*

*Gestor F: "Foi elaborado pela equipe de assistentes sociais desta Unidade o projeto de atendimento aos idosos, não só visando sua saúde, mas também estimulando-os em atividades socioculturais ou recreativas.*

*Fonte: Pesquisa de Campo, 2011*

Pelos relatos dos serviços implementados na visão dos gestores, apesar de não ter um programa exclusivo ao idoso, são desenvolvidas ações que buscam efetivar os direitos garantidos nas leis de proteção a pessoa idosa, entretanto percebemos um certo despreparo dos entrevistados em fazer uma avaliação para a contribuição dessas ações para a vida desses usuários.

Lima-Costa e Veras (2003) apontam que o envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das

pessoas idosas. Para eles a proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados, tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira.

Ao se analisar as respostas das assistentes sociais sujeitos desta pesquisa, sobre as análises dos serviços oferecidos pelas UBS ao idoso temos os seguintes resultados:

*AS 1: “As ações de saúde voltada ao idoso deveria ser mais sistemática e específica para que esse idoso tivesse mais acesso as políticas públicas”*

*AS 2: “Procuramos fazer uma abordagem completa global do idoso, mas temos ainda limitações na equipe como um todo. Essas limitações prejudicam o trabalho com o idoso”*

*AS 3: “Infelizmente não temos um programa específico para o idoso. Esses participam dentro de outros programas como hiperdia, diabete”*

*AS 4: “o Serviço Social faz o acompanhamento, em conjunto com o serviço de enfermagem, orientação nos casos de requerimento para benefício e aposentadorias, orientação aos familiares referente aos serviços do SOS-Funeral, atualização da vacinação e Campanha de Prevenção do Controle de Diabetes e Hipertensão Arterial. Precisamos melhorar o atendimento, tendo em vista que estamos todos envelhecendo”*

*Fonte: Pesquisa de Campo, 2011*

As respostas das assistentes sociais demonstram uma análise mais próxima das dificuldades vivenciada na realidade, ficam claro que elas percebem as dificuldades e limitações da efetivação das Políticas Sociais, principalmente as voltadas ao idoso, que tem se tornado ineficientes, a medida que cresce a demanda desses idosos na atenção básica.

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000, p.36) além das necessidades básicas, também são incluídas na atenção básica as demandas sanitárias, tais como: o saneamento do meio, o desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde, que geram as ações tradicionais da saúde pública e, além desses, a prevenção e/ou recuperação por meio de terapêuticas de menor uso de equipamentos, consistindo em uma sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas.

Para tanto, faz-se necessário um conjunto de ações integradas que envolvem um trabalho complexo para fazer da unidade básica de saúde uma “assistência de alta resolutividade e ao mesmo tempo de alta sensibilidade diagnóstica para atuar corretamente nas demandas primárias e propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial” (SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES, 2000 p. 36)

Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) ainda sinalizam que essa assistência da atenção básica tem sido confundida com ações de medicina simplista e de baixa qualidade devida ser considerada um captador de demandas que serão de baixo custo em relação ao instrumental material e as especializações.

Os dados coletados na pesquisa demonstram por um lado que os profissionais ainda não estão preparados para lidar com processo de envelhecimento acelerado que vem ocorrendo. Tal despreparo também se explica ao fato do não investimento estatal em capacitação do trabalhador de saúde como preconiza a política de Saúde.

Por outro lado, Costa e Maeda (2001) sustentam que a Rede Básica de Saúde tem respondido de modo pouco satisfatório às demandas e às necessidades da população, uma vez que se restringe ao nível de atenção do sistema que desenvolve ações voltadas para grupos marginalizados, utilizando-se de tecnologias simplificadas gerando baixo impacto nos níveis de saúde.

Silva (2004) defende que apesar das dificuldades enfrentadas, o PASI está conseguindo prestar uma assistência que minimize o sofrimento do idoso. Para Carvalho (2002) nessa relação de prestar e receber cuidados, profissionais e idosos deverão estar comprometidos, em uma verdadeira aliança, para que se possa criar um ambiente próprio a comunicações francas em busca de respostas possíveis, evitando domínios individuais.

Segundo Silva (2004 p. 70) “na área de capacitação de recursos humanos evidencia-se um grande desafio a ser enfrentado para a consolidação da gestão de trabalho no SUS, uma vez que ao longo de sua trajetória instrumentos e outros mecanismos foram elaborados sem serem efetivados”.

### **2.3.1 Os tipos de agravos à saúde do idoso atendido na Atenção Básica**

Dados do Ministério da Saúde (2000) apontam que idosos apresentam mais problemas de saúde que a população geral. Em 1999, dos 86,5 milhões de pessoas que declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73,2% eram maiores de 65 anos.

Diogo (2004, p.75) aponta que “à medida que aumentam a população idosa e a expectativa de vida, o perfil da saúde da população se altera, as doenças crônicas e suas complicações passam a predominar [...]”.

Segundo Lima *et al*, 2000 as políticas de saúde voltadas para idosos começam a concretizar-se, nos anos 80, período de surgimento do SUS. Isso ocorreu devido ao crescente número da população idosa, permitindo ensaiá-la como grupo socialmente “visível”. Entretanto, essa expansão da atenção de saúde para os idosos se deu de forma centrada no atendimento médico individual às doenças cronicodegenerativas.

O princípio geral de organizar a assistência à saúde aos “crônicos” aconteceu de modo a potencializar seu alcance coletivo e individual em relação à cobertura e à efetividade. Para tanto, fez-se um levantamento dos diagnósticos correspondentes à demanda na unidade básica de saúde. Foi identificada, então, a hipertensão arterial, a *diabetes mellitus* e a obesidade. Elas foram priorizadas face à importância da morbimortalidade na população e ao destaque que as medidas de prevenção vêm assumindo na sua redução. (LIMA, 2000).

Observa-se esse fato, citado por Lima (2000) no cotidiano. Cada vez mais aparecem não só idosos com doenças crônicas degenerativas como a diabetes mellitus, as doenças coronarianas e a hipertensão arterial, mas uma faixa etária diversificada. Entretanto, essas doenças estão aparecendo em números tão elevados, que erroneamente leigos já as consideram comuns ou normais em idosos. Essa realidade também se faz presente no resultado desta pesquisa, veja os quadros abaixo:

---

Doenças na Velhice

---

Doenças/ Zonas	Norte	Oeste	Sul	Leste
----------------	-------	-------	-----	-------

---

Hipertensão Arterial	58%	36%	60%	53%
Problemas de Coluna	1%	3%	6%	13%
Reumatismo	13%	18%	16%	20%
Problemas Articulares	10%	13%	12%	13%
Diabetes	41%	28%	33%	17%
Problemas Cardíaco	13%	7%	6%	17%
Problemas de Visão (catarata)	21%	17%	23%	13%
Problemas Audição	5%	3%	3%	3%
Osteoporose	9%	5%	10%	7%
Colesterol	17%	10%	13%	10%
Labirintite	0	7%	0	10%
Alcoolismo	0	0	0	7%
Próstata	3%	0	0	7%
Bexiga Baixa	21%	0	1%	10%
Outros	12%	17%	1%	13%

Quadro 17- Agravos a Saúde do Idoso

Fontes: Pesquisa de Campo, PIBIC 09 (MAIA, D.B. e PONCE DE LEÃO, A. A.M.);

Pesquisa de Campo realizada de jan a mai/11 - Elaboração: Pesquisadora.

CAIMIs	<u>Zona Sul</u>	<u>Zona Oeste</u>	<u>Zona Norte</u>
Agravos	Reumatismo Hipertensão Diabetes Mellitus Problemas de Visão Colesterol	Hipertensão Problemas de Visão Colesterol Reumatismo Diabetes Mellitus	Hipertensão Problemas de Visão Reumatismo Diabetes Mellitus Colesterol

Quadro 18 – Principais Agravos a Saúde do Idoso usuários do CAIMI

Fontes: Pesquisa de Campo, PIBIC 09 (MELO, N)

A maioria dos agravos demandados pelos idosos em todos CAIMI's são: Hipertensão, Diabetes, reumatismo, colesterol, problemas de vista. Sendo que também se percebe os mesmos agravos na demanda da atenção básica.

Durante o envelhecimento, saúde ou normalidade e a doença ou patologia se definem pela inter-relação dos fatores biológicos, psíquicos e sociais. A OMS – Organização Mundial de Saúde - caracteriza saúde por um pleno estado de bem-estar físico, psíquico e social. Porém, a pessoa idosa é, de modo geral, socialmente tratada como incapaz, pois a velhice é vista como a fase improdutiva da vida.

É evidente que com a velhice, ou seja, com certo número de anos, o organismo humano apresente modificações, deficiências acarretando uma redução das atividades e mudanças de atitudes e de hábitos. Isto é inevitável, mas, não é razão para isolar-se ou deprimir, o que é muito comum nos idosos.

Para Mosquera (1983 *apud* VITOLA, 1997, p. 69) “o processo de envelhecimento varia consideravelmente de indivíduo para indivíduo e talvez, de uma classe social para outra”, ele também ressalta que “é importante à pessoa idosa reconhecer que há modificações substanciais e que é necessário ter novo sistema de vida”.(IDEM)

No meado da década de 80, com a conjuntura resultante das reformulações do sistema de saúde, caracterizado pelo aumento da demanda de idosos e doentes crônicos, surgiu o Programa de Atenção à Saúde no Envelhecimento (PASE) em 1999. (LIMA, 2000).

Esse Programa PASE, objetivava reformular a assistência de modo integrado aos doentes crônicos e iniciar um trabalho especializado com idosos tomando o envelhecimento como processo vital e social, respeitando os limites institucionais e técnicos de uma unidade básica de saúde. (LIMA. 2000)

Para os idosos, o princípio geral foi o de construir um trabalho capaz de operar para além das dimensões restritivamente biológicas, alcançando as dimensões psicológicas e sociais do envelhecimento. Para Lima (2000) a relação idosa e crônica atribui a esse segmento o estatuto negativo que ambas as situações adquirem para o conjunto da vida social.

As práticas de saúde, nesse sentido, estão voltadas a operar tanto as dimensões biológicas quanto às socialmente dominantes da doença crônica e do envelhecimento para que sejam atingidas dimensões positivas tais como o bem-estar, o prazer e autonomia.

Segundo Vitola (1997, p. 75) o envelhecimento saudável é o resultado de um processo de ajustamento que se desenvolveu ao longo da vida e que contribuirá para a aceitação das limitações físicas, psíquicas e sociais que surgem na velhice.

Essa afirmação remete a afirmar que envelhecer com saúde significa além de boa saúde, bem-estar psicológico e social a capacidade de adaptação, o que viabilizará a convivência com as limitações surgidas com a idade.

Entretanto, tem-se que levar em consideração que no decorrer do envelhecimento ocorrem alterações funcionais que segundo a autora são “determinadas geneticamente e influenciadas pelo contexto social, ambiental e de saúde, comprometendo a capacidade funcional e aumentando a vulnerabilidade dos idosos às doenças”. (VITOLA, 1997, p.77).

Nos resultados da pesquisa realizadas em 2009 pelo grupo de pesquisa GEPPSSAM percebe-se que o idoso tem muitas patologias cronicodegenerativas porque na juventude a maioria nunca cuidou da saúde (quadro 19, 20 e 21), e de modo geral, no idoso amazônico, tem os fatores naturais, climáticos e culturais que contribuem como o envelhecimento precoce como discutido acima.

---

Buscava serviços de saúde quando mais jovens?

SIM		%	NÃO		%
Homem	2	7%	Homem	13	43%
Mulher	2	7%	Mulher	13	43%
Total	4	13%	Total	26	87%

Quadro 19 - Busca de serviços de saúde na fase adulta

FONTE: Pesquisa de Campo 2009. PIBIC /09 (MAIA, D.B).

---

Motivos que buscavam atendimento de saúde

Situações:	Nº	%

Exames periódicos pela empresa	1	3%
pré-natal	1	3%
Tratamento de doença	2	7%
Total	4	13%

Quadro 20: Motivos porque buscou os serviços de saúde na fase adulta  
 FONTE: Pesquisa de Campo 2009.- . PIBIC /09 (MAIA, D.B).

Motivos que não buscavam

Situações	Nº	%
Não tinha doenças	12	40%
Difícil acesso	12	40%
Não tinha orientação	2	7%
Total	26	87%

Quadro 21: Motivos porque não buscou os serviços de saúde na fase adulta  
 FONTE: Pesquisa de Campo 2009.- PIBIC /09 (MAIA, D.B).

Segundo as análises de Maia (2009) a grande maioria 87% não buscava os serviços médicos quando mais novos. Esse fato se justifica por várias causas, como foram apresentados nos quadros 20 e 21. Ela salienta que uma “fala que muito se repetiu nas entrevistas ao se fazer essa indagação, era que quando novos por não ter nenhum tipo de doença, por isso não buscavam e nem se preocupavam com a saúde”.

Os dados também demonstram que os idosos quando mais jovens ( 40%) relatam não ter doenças, entretanto o mesmo percentual (40%) salienta a dificuldade do acesso aos serviços de saúde, o que justifica-se pelo tipo de assistência a saúde que antes de 1988 era previdenciário, ou seja, restrito ao trabalhador que contribuía para a previdência. Essa percepção se torna evidente quando observamos o quadro 22, que sinaliza como o idoso cuidava de sua saúde enquanto jovem. A pesquisa de Maia (2009) sinaliza que “nas entrevistas não foi detectado alguém que buscasse tais serviços de forma preventiva, sempre em busca de tratamento para algum problema de saúde”.

O que fazia para prevenir doenças quando mais novos?

	Cuidado c/alimentação	%	Não se preocupava	%	Total	Total %
Homem	3	10%	12	40%	15	50%
Mulher	1	3%	14	47%	15	50%
Total	4	13%	26	87%	30	100%

Quadro 22: Cuidados com a saúde, atitudes preventivas.

FONTE: Pesquisa de Campo 2009- PIBIC /09 (MAIA, D.B)

O quadro 22 demonstra que os idosos não cuidavam da saúde, principalmente, de forma preventiva. Do total de entrevistados 13% se preveniam de doenças através de cuidados com alimentação e não com exames preventivos. A maioria 87% afirmou que não se preocupava, afirmaram não fazer nada, ou não terem nenhum tipo de atitude preventiva. Diante desses dados ainda tem os reflexos culturais do povo amazônico que costuma procurar cura através de remédios caseiros como chás, unguentos e rezas.

Diante das análises realizadas mediante os agravos que acometem a população idosa identifica-se a hipertensão como a grande vilã, e como consequência dessas patologias os idosos podem desenvolver outras patologias como o colesterol, diabetes, problemas cardíacos e até problemas de visão. Em entrevistas com os médicos das UBS verificamos que as principais queixas atendidas por eles nas UBS são: palpitações, insônia, dormência nos membros, cansaço, disúria ficam entre as mais comuns.

Os profissionais médicos salientam que as patologias são tratadas através de avaliações clínicas, exames complementares, fármacos e acompanhamento para controle. Entretanto, afirmam existir muitas recidivas devido a falta de medidas preventivas e promocionais a saúde, resistência a medicação contínua e mudanças de hábito, além do difícil acesso a bens e serviços de qualidade. (PESQUISA DE CAMPO, 2011).

Uma pesquisa comparativa, feita com os dados coletados pela PNAD relativos ao ano de 1998, sobre a como a população brasileira considerava seu estado de saúde,

verificou-se que 83% dos idosos avaliou seu estado como bom ou regular para a faixa etária de 60 a 79 anos, enquanto a faixa etária da população acima de 80 anos (75%) considera como regular. Entretanto essa pesquisa também demonstrou que devido a determinados agravos, muitos idosos deixam de fazer suas atividades habituais. Os agravos que mais aparecem foram a hipertensão e as doenças da coluna (TABELA DO IBGE EM ANEXO).

Com todos esses resultados sobre os agravos que acometem os idosos nos questionamos: qual é a visão do idoso em relação ao serviço de saúde? Com todos os avanços da medicina, da política voltada ao idoso esse segmento populacional tem conseguindo uma melhor condição de vida? Abordar-se essa percepção do idoso sobre a Política de Saúde no próximo item.

### **2.3.2 – A visão do idoso sobre a política de saúde na Atenção Básica**

A Política Municipal do Idoso, na área da saúde, preconiza que a atenção integral à saúde do idoso, é garantida por intermédio de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. (DECRETO N.º 5.482/2001).

Por mais que os órgãos de saúde busquem a atenção integral, existem limitações para alcançar a totalidade do planejamento e da satisfação dos usuários. Sabemos que essas limitações recebem influências de vários fatores, como escassez de recursos materiais e humanos, essa afirmação se confirma na pesquisa, como se pode ver nos resultados abaixo discutidos.

Os usuários, ao serem questionados sobre a resolução de seu problema de saúde em sua totalidade, a resposta foi unanime que não e, ao serem questionados os motivos, as respostas apesar de variáveis, sinalizam para falta de recursos materiais, principalmente em relação às medicações e falta de recursos profissionais como se percebe nas falas dos entrevistados:

*Sr. J: Não tem prótese, pois é muito difícil conseguir uma prótese, eu preciso de uma perna esquerda e ainda não conseguir;*

*Sr. H: A existência de remédios que o governo nunca oferece e temos que comprar;*

*Sra. M: Não tem profissionais especialista, a unidade encaminha para outros lugares, mas não temos garantia que seremos atendidos;*

*Sra N: Os exames são difíceis de conseguir e muitas vezes caduca o papel e não somos chamados para fazer o exame, alguns idosos morrem esperando;*

*Sr. P: No posto só tem remédio para pressão alta e diabete e ainda são poucos, muitas vezes esses remédio não fazem mais efeito e o doutor passa um mais forte e o governo não disponibiliza, tinha que ter uma articulação do governo com os médicos e comprarem os remédios certos. A gente escuta sempre nos noticiários jogarem muito remédio fora enquanto os idosos ficam sem remédio, tendo que comprar do pouco dinheiro que recebe.*

Fonte: (Pesquisa de Campo, 2011)

Entretanto, mesmo com um posicionamento de negatividade de resolução de seus problemas de saúde, 60% dos entrevistados não justificaram suas respostas, mas ficou claro nas falas que os usuários expressaram a necessidade de mais médicos, remédios e exames. Entende-se que essas queixas são frutos do cotidiano do idoso que busca ajuda para as suas mazelas, para minimizar os seus problemas de saúde, e não conseguem nas unidades de Atenção Básica.

Segundo Silva (2004, p.56), a questão do atendimento dos recursos tanto humanos como material é um dos grandes desafios a serem enfrentado pelas autoridades na questão da saúde, principalmente em relação ao idoso, a autora afirma que “as doenças crônicas que predominam nos idosos requerem acompanhamento médico contínuo, daí essa faixa etária consumir mais os serviços de saúde”.

Em relação a esse assunto Veras (2002) afirma que o aumento da expectativa de vida, a população está vivendo mais, principalmente as mulheres, e no entanto devido às carências de serviços adequados ao cuidado do idoso se prolonga não só a vida, mas o período de incapacidade e dependência.

No segundo momento, foi questionado aos usuários de que forma a Política de Saúde do Idoso tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida do idoso – as respostas expressam em sua maioria (47%) que não contribui, pois acreditam que as leis não funcionam neste país e as falas sinalizam essa afirmação:

*Sr. J: As leis neste país só existem no papel e para quem tem dinheiro, pobre e idoso não tem vez.*

*Sra B: Infelizmente, mesmo com a existência das leis em benefício do idoso, este continua discriminado, marginalizado, suas necessidades básicas e seus direitos não são cumpridos.*

*Sr P: A política brasileira tem muitas leis e poucas ações. Enquanto cidadãos vivemos numa ciranda sem ter para quem recorrer.*

*Sr. C: A Política de Saúde do Idoso trouxe alguns benefícios, pois agora temos prioridades nas consultas, tem remédio, tem o CAIMI, mais ainda falta muito a fazer pelo idoso, para que se tenha uma vida digna.*

Fonte: Pesquisa de Campo (realizada em 2011)

Pela fala dos idosos, percebe-se que eles responsabilizam os órgãos públicos pela melhoria da assistência à saúde, quando na realidade o usuário também tem deveres e contribuição a dar. Segundo os princípios da Política Nacional do Idoso (PNI – Lei 8.842094), o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através da referida política, neste sentido cabe uma difusão mais eficaz das políticas públicas aos idosos para que estes possam ficar vigilantes e ajudar na aplicabilidade e fiscalização dos direitos destinados a esse segmento populacional.

Outro aspecto, que se deve analisar no atendimento ao idoso é a forma de acolhimento que deve ser baseado na Política de Humanização, que apesar de não ser o recorte deste estudo, não se pode deixar de refletir sobre ela.

As Unidades Básicas de Saúde por ser a porta de entrada do Sistema de Saúde devem proporcionar um acolhimento humanizado que é tão necessário para o estabelecimento de compromisso entre o profissional de saúde e o usuário. Neste sentido esse acolhimento humanizado contribui para o envolvimento do idoso enquanto usuário do sistema.

Neste sentido Carvalho *et al* (2002, p.5) afirma que na expectativa de prestar e receber cuidados, profissionais e idosos deverão estar comprometidos, em uma verdadeira aliança, para que uma produção a dois possa criar um ambiente próprio a comunicações francas e autênticas em busca de respostas possíveis, evitando domínios individuais.

Por outro lado, Costa e Maeda (2001) sustentam que a Rede Básica de Saúde tem dado resposta pouco satisfatória às demandas e às necessidades da população,

gerando baixo impacto nos níveis de saúde, uma vez que se restringe a desenvolver ações voltadas para grupos marginalizados.

Percebe-se que ainda é um desafio que a atenção básica saia dessa visão simplista e imediatista de saúde. As ações e respostas na atenção básica devem ser voltadas para medidas preventivas eficientes e eficazes de modo que contribuam para a minimização dos quadros crônicos e curativos da população, principalmente, da população idosa, que como se afirmou acima, necessita de maior acompanhamento, e dos serviços de saúde.

Desde 2003, o MS-CNS divulgou os Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS, revisada buscando a consolidação do Sistema Único de Saúde. Essa Norma e se constitui em um dos instrumentos produzidos com a participação da sociedade organizada. Ela recoloca a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Segundo Silva (2004, pg.72) “torna-se premente investir na capacitação dos profissionais da equipe de saúde para dar assistência à população idosa, para que façam intervenções adequadas no processo saúde-doença”.

Concorda-se com Silva, pois não se pode esquecer que a equipe de saúde é que faz a intermediação entre a unidade de saúde e o usuário, que é ela que tem as informações necessárias para o planejamento das ações e serviços, estabelecendo prioridades, assim como a aplicabilidade da política de saúde.

Silva (2004) sustenta que a capacitação desses recursos humanos para atender à população idosa perpassa indiscutivelmente pelos órgãos formadores que ainda não possuem infra-estrutura para assumirem tamanha responsabilidade, ressalvadas algumas iniciativas públicas e particulares.

Segundo Rodrigues e Rauth (2002), se recursos humanos não forem treinados especialmente para atender os idosos, não haverá uma atenção integral, digna e eficaz, e esse fato não se restringe só a questão saúde, mas as demais áreas de serviços a população idosa.

Estes pontos vêm ao encontro das necessidades apresentadas pelos idosos que fizeram parte desse estudo, o que reforça a necessidade de capacitação dos profissionais que possam contribuir com a questão do envelhecimento e o enfrentamento dos desafios postos para a consolidação das políticas públicas e sociais voltadas a essa crescente população.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo proporcionou uma aproximação com a realidade social que está crescendo na sociedade: a velhice. O propósito primeiro deste estudo foi pensar nessas pessoas que enfrentam a fragilidade da vida nesta fase/momento e que tornam-se vulneráveis pelo fato de dependerem de políticas públicas e da vontade política dos governantes para viverem essa velhice com dignidade.

Como um dos fatores que mais contribuem para a condição de vida dos seres humanos é a saúde, partiu-se dessa premissa para a realização deste estudo, que analisou a Política de saúde voltada ao idoso, e como essa política vem se efetivando e contribuindo para a qualidade de vida desse segmento populacional.

A pesquisa revelou o perfil do idoso amazônico com o qual se lida na atualidade, um idoso que migrou para o Estado do Amazonas em busca de melhoria de trabalho, de educação, de moradia. Um trabalhador que veio em busca de um sonho e encontrou uma batalha, que foi desafiado a superar todas as dificuldades específicas da região, que trabalhou duro, foi explorado, não conseguiu evoluir em sua formação educacional, entretanto, conseguiu conquistar sua moradia, seu espaço no setor produtivo, que fez parte do desenvolvimento dessa cidade, contraditoriamente.

Como parte integrante desse estudo buscou-se conhecer o sistema de saúde voltado ao idoso, principalmente, o sistema de cuidados preventivos e percebeu-se, que este é constituído por um conjunto de elementos destinados a promover cuidados necessários ao bem-estar desta população.

Este sistema é formado por organizações, estabelecimentos, tecnologia, recursos materiais e humanos, como preconiza o Ministério da Saúde, que desenvolvem ações e serviços de saúde que representam a intervenção estatal na promoção da saúde, na prevenção e tratamento das doenças, buscando melhorar a condição da pessoa idosa, dessa forma reduzindo gastos com internações.

Nas Unidades Básicas as consultas médicas, de enfermagem e do Serviço social são à base do atendimento da atenção básica voltada ao idoso. Dependendo da necessidade destes usuários, estes são orientados e encaminhados para outros setores e/ou programas visando receber a assistência especializada. Outro benefício

oferecido por essas unidades são exames de análises clínicas simples e medicação, principalmente as contínuas.

Entretanto, os usuários queixaram-se que nem sempre a consulta médica está disponível, o que vem confirmar a insuficiência de profissionais, principalmente, médicos na Rede Básica de Saúde. O quadro torna-se desanimador quando se associa essa escassez de recursos humanos com a escassez de recursos materiais e medicações, bem como a dificuldades de realização de exames mais precisos e específicos e de atendimento especializado.

Outro ponto relevante neste estudo foi à verificação da prevalência de doenças crônico-degenerativas em idosos, o que os leva a dependência de medicações contínuas e, essa variável ficou marcante nas falas dos usuários. As Unidades Básicas de Saúde não contemplam satisfatoriamente essas necessidades dos idosos, uma vez que, na fala deles os fármacos que são oferecidos pela Rede, não mais atendem as suas necessidades.

A pesquisa deixa evidente a necessidade de o setor saúde reorganizar esse serviço, adaptando-se à realidade de saúde dos usuários idosos para reverter a baixa resolutividade, uma vez que o uso deste serviço nessa faixa etária é elevado. Por que não resolvendo neste nível de atenção, sobrecarregará os níveis de maior complexidade (hospitais), gerando custo alto para os cofres públicos.

Quanto aos agravos à saúde do idoso os resultados indicam que os principais são a hipertensão arterial como a grande vilã desta população, a diabetes e consequentemente as patologias decorrentes da HAS, como o colesterol, problemas de visão e os problemas cardíacos.

Entretanto, as ações de prevenção para estes agravos à saúde e detecção precoce dos problemas de saúde são efetuadas por intermédio de Programas desenvolvidos na Atenção Básica como: Vacinação para Idosos, Hiperdia, Assistência Farmacêutica Básica, bem como pelos eixos programáticos da atenção básica definidos pela NOAS-02/2002, e Pacto pela Vida de 2006, somam-se a esses programas as atividades sócio-educativas realizadas em parcerias com associações e unidades especializadas como os CAIMIs e CCFs que também desenvolvem ações para idosos.

A população idosa não tem credibilidade nas políticas voltadas ao Idoso. Mas ao mesmo tempo, espera que o setor saúde seja capaz de responder adequadamente aos seus problemas de saúde, assim como acolhimento humanizado da equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, devidamente capacitada, que diariamente tem contato com essa população idosa.

Entretanto, este aspecto da capacitação infelizmente representa um grande entrave no atendimento ao idoso. A Política Nacional de Saúde do Idoso preconiza que as instituições de saúde devem dispor de pessoal qualificado e quantidade adequada para o atendimento ao idoso, mas a realidade que se vivencia é diferente, não se tem nem qualificação nem quantidade suficiente para esse atendimento. Nas unidades de saúde, não tem profissionais com especialização voltada para o idoso, ainda tem alguns, nos CAIMIs, porém, em um número reduzido para a efetivação da Política de Saúde.

Conclui-se que houve avanços no que tange as políticas públicas, principalmente, na Política de Saúde, mas também se reconhece que têm muitos desafios que precisam ser enfrentados, principalmente, neste modelo econômico em que se vive, acentuando as desigualdades sociais, fazendo sofrer aqueles que se encontra em um extrato social inferior ou condição de fragilidades como é o caso dos idosos. Geralmente esses são os que mais têm problemas de saúde. Reverter essa situação é dever de todos: usuários, gestores de saúde, políticos, profissionais do setor, todos compromissados com a saúde e o bem-estar, não só do idoso, ou da criança, mas de toda população.

Portanto, tornam-se necessários mudar concepções individualistas, e somar-se esforços para que a implantação plena do SUS, proposto no Pacto pela Saúde se in-consolidado, somente dessa forma se terá uma Política que corresponda com as necessidades de saúde da população idosa.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Erika Renata dos Santos. **Condições de Vida e Trabalho**: um estudo sobre idosos moradores da Zona Sul de Manaus. 2008. Dissertação (Mestrado) - apresentada ao Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2008.

BATISTA, Djalma. **O complexo da Amazônia**: análise do processo de desenvolvimento. Rio de Janeiro: Conquista, 1976.

BEAUVOIR, Simone de. 1908-1986. **A velhice**: Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BECKER, Bertha K. **Amazônia Geopolítica na retirada do III Milênio**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

BENCHIMOL, Samuel. **Manual de Introdução à Amazônia**. Edição reprográfica, Manaus, Agosto, 1996.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento Populacional: uma conquista a ser celebrada. In: **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**, ano 24, n. 75, set. 2003.

BORGES, Maria Claudia Moura. O idoso e as Políticas Públicas e Sociais no Brasil. IN: SIMON, Olga Rodrigues Von; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire (Orgs). **As Múltiplas faces da velhice no Brasil**. 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2006.

BIERRENBACH, Maria Ignês Rocha de Souza. **Política e Planejamento Social**. São Paulo: Cortez, 1987.

BRASIL, Marília C. *et al.* A população da Amazônia (1940 a 2000). IN: MENDES, Armando Dias (Org). **Amazônia, terra e civilização**: uma trajetória de 60 anos. 2. ed. Belém: Banco da Amazônia, 2004.

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal.

BRASIL, 1999. **Portaria nº 1.395**, de 9 de dezembro de 1999, do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 237-E, p.20-24, 13 dez., Seção 1.

BRASIL, 2001a. **Lei nº 8.842**, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: MPAS, SEAS.

BRASIL, 2001b. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001, do Ministro de Estado da Saúde. Aprova, na forma do Anexo, a Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Diário Oficial da União, nº 20-E, 29 jan., Seção 1.  
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ação à Saúde. **Departamento de Atenção Básica- Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em < [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)> Acesso em: 18 dez. 2007.

BRASIL. Secretária de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.

BRAVO, M<sup>a</sup> Inês; MATOS, Maurílio Castro. Política de Saúde, ética e Serviço Social. IN: BRAVO, Maria Inês Bravo *et al.* (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. A saúde no Brasil: reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Bravo, PEREIRA, Potyara A P.(Orgs). **Política Social e Democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

CARDOSO, Miriam Limoeiro. **Ideologia e Desenvolvimento do Brasil: JK – JQ**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

CARONE, Edgar. **A república Velha I (Instituições e Classes Sociais)**. 4. ed. Rio de Janeiro: DIFEL, 1978.

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G. B.; CORDONI Jr.. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: CORDONI JR, A. S (Org). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

CARVALHO, H. B. C. C.; ROCHA, S. M.; LEITE, M. L. C. B. A interação do idoso à prática de saúde. In: FREITAS, E. V. *et al.* (Orgs). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 3. ed. São Paulo: IAS Sociais, 1991;

COLETÂNEA DE LEIS. CRESS – 2002/2005. São Paulo. Cortez, 2005

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS. In: **REVISTA CONASEMS**, ano 1, n.12, Jun./ Jul. 2005.

COSTA, W.G.A. & MAEDA, S. T. Repensando a rede básica de saúde e o distrito sanitário. **SAÚDE EM DEBATE**, n. 25, p. 15-29, 2001.

DIAS, Edinea Mascarenhas. **A Ilusão do Fausto – Manaus 1890-1920**. 2. ed. Manaus: Editora Valer, 2007.

DINIZ, Eli. **Estado Novo: estrutura de poder e relações de classe**. In: BORIS, Fausto. (Org.) **O Brasil Republicano**. São Paulo: Difel, 1981.(Coleção História Geral da Civilização Brasileira. Tomo 3, Volume 3).

DIODO, Maria José; NERI, Anita; CACHIONI, Meire. (Orgs.). **Saúde e Qualidade de Vida do Idoso**. Campinas, SP: Alínea, 2004.

ESPING-ANDERSEN, G. **O futuro do Welfare State na nova ordem mundial**. **REVISTA LUA NOVA**, n. 35, 1995.

FABER, Marcos; SEVERO, Eduardo; WOLF, Ismael. **História Econômica do Brasil na Primeira República: o desenvolvimento econômico brasileiro**. Disponível em: <<http://www.historialivre.com/brasil/economicorv.htm>> Acesso em: 6 jun. 2008.

FERREIRA, Jorge e DELGADO, Lucila de Almeida (Orgs.) **O tempo do liberalismo excludente da Proclamação da República à Revolução de 1930**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

FICO, Carlos. O Brasil no contexto da Guerra Fria: democracia, subdesenvolvimento e ideologia do planejamento (1946-1964). In: MOTA, Carlos Guilherme (Org.). **Viagem Incompleta: a grande transação. A experiência brasileira (1500-2000)**. São Paulo: SENAC –SP, 2000.

FURTADO, Celso. **Pequena Introdução ao desenvolvimento: enfoque interdisciplinar**. São Paulo: Nacional, 1980.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS. **Decreto nº 22.740**, de 20 de junho de 2002. Institui os Centro de Atenção Integral à Melhor Idade – CAIMI da Colônia Oliveira Machado, da Cidade Nova e da Zona Oeste. Manaus: Diário Oficial do Estado, nº 29.915, 20 jun, 2002

HOBBSAWM, Eric. Adeus a tudo Aquilo. IN: BLACKBURN, Robin. **Depois da Queda: o fracasso do comunismo e o futuro do socialismo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

\_\_\_\_\_. **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Censo/ 2000. Disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acesso em:

IANNI, Octávio. **O colapso do populismo no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

LIMA, Ângela Maria; NEMES FILHO, Alexandre; RODRIGUES, Edmara, *et al.* Saúde no Envelhecimento. In: SCHRAIBER, Lilia B.; NEMES, M<sup>a</sup> Inês B.; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (Orgs.). **Saúde do Adulto: programas e ações básicas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MAIA, Danielle B. **Envelhecimento, trabalho e Saúde: um estudo com os idosos participantes das Unidades Básicas de Saúde da zona leste de Manaus**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - apresentado ao Departamento de Serviço Social da UFAM, Manaus, 2009.

MELO, Nathalie Santana de. **Trajatória de Trabalho e Condições de Saúde dos Idosos(as) participantes das Unidades Básicas de Saúde dos bairros da Zona Sul de Manaus**. Trabalho de Iniciação Científica (PIBIC) – Relatório Final PIB – AS – 0018/2008 UFAM, 2009

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MINAYO, M<sup>a</sup> Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. **Programa e projetos**.  
<http://www.saude.gov.br/programas/idoso/proposta>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 115**, de 19 de maio de 2003. Estabelece que a Tabela de Tipos de Estabelecimentos/Unidade passa a se constituir dos códigos, descrições e conceitos conforme o Anexo desta Portaria. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.  
<http://www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/PT-115.htm>

MORAGAS, Ricardo. **Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida**. Tradução de Nara C. Rodrigues. São Paulo: Paulinas, 1997.

NASCIMENTO, Eveline Maria Damasceno; TORRES, Iraídes Caldas. **As modificações da cidade de Manaus provocadas por movimentos migratórios**. Disponível em: < [www.revistaautor.com](http://www.revistaautor.com) > Acesso em: 21 jan. 2010.

NERI, Anita Liberalesso. Biomedicalização da Velhice na Pesquisa, no Atendimento aos Idosos e na Vida Social. In: Diogo, Maria José; NERI, Anita; CACHIONI, Meire. (Org.). **Saúde e qualidade de Vida do Idoso**. Campinas, SP: Alínea, 2004.

NOGUEIRA, Ana Cláudia Fernandes; SANSON, Fabio; PESSOA, Karen. A expansão urbana e demográfica da cidade de Manaus e seus impactos ambientais. Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas In: Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto, 13. **Anais...** Florianópolis, Brasil, 21-26 abril 2007, INPE – Disponível em: < [www.portaldaamazonia.com](http://www.portaldaamazonia.com) > Acesso em: 02 jul.2010.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. In: **REVISTA DE SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE –SEGURIDADE SOCIAL E CIDADANIA**, São Paulo, ano 22, n. 75, mar. 2003.

NUNES, Brasilmar Ferreira. **Manaus impasses da modernização econômica**. Tradução Jô Oliveira. Artigo publicado In: **Revista Humanidades**. Brasília: UNB, 2000.

PACTO PELA SAÚDE. 2006. Disponível em < [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) >.  
PEIXOTO, Clarice. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, terceira idade... In: BARROS, M.M. Lins (Org.). **Velhice ou Terceira Idade**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1998.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento e imagem: as fronteiras entre Paris e Rio de Janeiro**. São Paulo: Annablume, 1998.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Sobre a Política de Assistência Social no Brasil. In BRAVO, Maria Inês Bravo, PEREIRA, Potyara A P. (Orgs). **Política Social e Democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Disponível em: <[www.manaus.am.gov.br](http://www.manaus.am.gov.br)> Acesso em: 20 dez. 2007.

POLITICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO. Disponível em: < [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)> Acesso em; 18 dez. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2001. **Decreto nº 5.482**, de 7 de março de 2001. Dispõe sobre a política municipal do idoso, e dá outras providências. Manaus: Diário Oficial do Município, nº 227, pp. 1-3, 9 mar.

PONCE DE LEÃO, Alice Alves M. **Trajétoria de Trabalho e Condições de Saúde dos Idosos participantes das Unidades Básicas de Saúde dos bairros da Zona Norte de Manaus**. Trabalho de Iniciação Científica (PIBIC) - UFAM, 2009

PORRO, Antonio. **O povo das águas**: ensaios de etno-história amazônica. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

REIS, Arthur Cezar Ferreira. População e Ocupação Territorial. In: REIS, A.C.F. **Temas Amazônicos**. Manaus: Universidade do Amazonas, 1976.

REIS, Arthur Cezar Ferreira. **História do Amazonas**. 2. ed. Belo Horizonte: Itatiaia; Manaus: Superintendência Cultural do Amazonas, 1983. (Coleção Reconquista).

O Estado Novo. **REVISTA NOSSO SÉCULO** - 1930-1945 – Cap. 8. p. 193.

ROCHA, Gilmar. Sob o signo de saturno: reflexões antropológicas em torno da velhice. **Cad. Serv. Soc.**, Belo Horizonte, v. 3, n. 3, p. 26-55, dez, 1998.

RODRIGUES, N. C. & RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SALLUM JR, Brasílio. A condição periférica: o Brasil nos quadros do capitalismo mundial (1945 – 2000). In: MOTA, Carlos Guilherme (Org.). **Viagem Incompleta**: a grande transação: A experiência brasileira (1500-2000). São Paulo: SENAC –SP, 2000.

SALGADO, Marcelo. **A problemática da velhice**: algumas considerações sobre o seu significado no Brasil. São Paulo: Atheneu, 1996.

SARTI, C.A. Família e Individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M.C.B.(org). **A família Contemporânea em Debate**. São Paulo:EDUC/Cortez, 2005.

SCHRAIBER, Lilia B.; NEMES, M<sup>a</sup> Inês B. e MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno(Orgs.). **Saúde do Adulto: programas e ações básicas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002a. **Plano Municipal de Manaus, 2007-2009**. Manaus: Secretaria Municipal de Manaus, Prefeitura Municipal de Manaus.

SERRA, Rose M. **Crise de materialidade no Serviço Social: repercussões no mercado profissional**. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, Maria da Consolação Queiroz da, **Programas de Assistência à Saúde do Idoso em Manaus em nível ambulatorial: uma análise crítica**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Subprograma de Mestrado Interinstitucional da CAPES Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane .Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2004.

SINGER, Paul. **A crise do milagre**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

SIQUEIRA, Luiz Eduardo Alves. **O Estatuto do Idoso de A a Z**. São Paulo: Idéias Letras, 2004.

SOLA, Lourdes. O Golpe de 1937 e o Estado Novo. In: MOTA, Carlos Guilherme. **Brasil em Perspectiva**. 19<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1997?

SPOSATI, Adalgisa et al. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. **A Gestão da Assistência Social como política Pública**. São Paulo: [s.n] 2003.

VASCONCELOS, Ana Maria. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social.. In: BRAVO, Maria Inês Bravo *et al* (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

VERAS, Renato. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará:UERJ/UnATI. , 2002

\_\_\_\_\_. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, p. 705-715, 2003

\_\_\_\_\_. A longevidade da população: desafios e conquistas. In: **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**, ano 24, n.75, 2003..

Vieira EB. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter; 1996

VITOLA, Janice de Oliveira Castilho. Terceira Idade: tendência atualizante e sentido de vida. **Psico**, Porto Alegre, v.29, n. 1, p. 63-68, jan/jun 1997.

VIANNA, M<sup>a</sup> Lúcia T. Werneck. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. IN: BRAVO, Maria Inês Bravo, PEREIRA, Potyara A Pereira. (Orgs). **Política Social e Democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

WANDERLEY, Luiz Eduardo *et al.* (Org.). A questão Social no contexto da globalização: O caso da América Latina e Caribenha. IN:\_\_\_\_\_. **Desigualdade e Questão Social** . 2. ed. São Paulo: EDUC, 2001.