



**PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL/
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**



MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA VALE

**A QUESTÃO DA VELHICE E SUAS DEMANDAS DE SAÚDE EM MANAUS
ANALISADAS PELAS DISCENTES DO PPGSS/UFAM**

MANAUS, 2020



**PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL/
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**



MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA VALE

**A QUESTÃO DA VELHICE E SUAS DEMANDAS DE SAÚDE EM MANAUS
ANALISADAS PELAS DISCENTES DO PPGSS/UFAM**

Dissertação de mestrado apresentada à banca examinadora para defesa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade da Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

ORIENTADORA: PROFA DRA. YOSHIKO SASSAKI.

MANAUS, 2020

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

V149q	<p>Vale, Maria Auxiliadora de Oliveira A Questão da velhice e suas demandas de saúde em Manaus analisadas pelas discentes do PPGSS/UFAM / Maria Auxiliadora de Oliveira Vale . 2020 121 f.: il.; 31 cm.</p> <p>Orientadora: Yoshiko Sasaki Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.</p> <p>1. velhice. 2. saúde. 3. políticas sociais. 4. pessoas idosas. I. Sasaki, Yoshiko. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título</p>
-------	---

DEDICATÓRIA

À Amarildo, Renan, Taís - humanos
Platão e Platãozinho- 4 patas

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida! Por ter me proporcionado a paz e tranquilidade que, por vezes, pareciam escapar-me. Que ano difícil!

À minha orientadora professora Dra. Yoshiko Sasaki pelo cuidado, paciência e até persistência, que me impulsionaram a prosseguir. Jamais esquecerei!

À minha família Amarildo, Renan e Taís. Sempre acreditam que vou conseguir, mais do que eu mesma.

À turma do PPGSS/ 2018, pela amizade e companheirismo demonstrados no decorrer do curso, muito obrigada: Erinelma, Elizabeth, Raquel, Silviane, Suzane, Valéria, Rômulo, Richemond e, especialmente a Kelly Borges, que, mesmo parida e amamentando, encontrava tempo para conversas que acalmavam meu coração. Viva o zap zap!!!

À Universidade Federal do Amazonas onde tive o privilégio de ingressar na Graduação em Serviço Social, em seguida na Residência Multiprofissional/HUGV e hoje concluindo o Mestrado.

À coordenação do PPGSS pela oportunidade de ingressar no curso tão disputado. As professoras Débora Cristina Bandeira Rodrigues, Hamida Assunção Pinheiro, Lidiany de Lima Cavalcante, Lucilene Ferreira de Melo, Marinez Gil Nogueira Cunha, Roberta Ferreira Coelho de Andrade, Simone Eneida Baçal de Oliveira, Maria do Perpétuo Socorro Rodrigues Chaves, por compartilharem tão ricos conhecimentos.

À FAPEAM pelo incentivo à pesquisa e bolsa de estudos.

MUITO OBRIGADA!

Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!
Mário Quintana

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa documental nas produções do Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia /UFAM. Apropriamo-nos das literaturas sobre velhice e saúde e buscamos desvelar como é tratada esta temática na produção acadêmica do Serviço Social pelas discentes do PPGSS/UFAM. Como objetivo geral: Analisar a forma de abordagem e tratamento dispensados à questão da velhice e suas demandas de saúde em Manaus pelas autoras das dissertações no PPGSS. E como objetivos específicos: • Identificar a produção acadêmica do PPGSS nos anos de 2010 a 2019; • analisar a questão da velhice e saúde tratadas pelas pesquisadoras; • Refletir sobre a produção dissertativas do PPGSS voltadas a velhice e saúde. A metodologia utilizada foi abordagem quali-quantitativa, tipo pesquisa documental. Utilizamos o total de 10 (dez) dissertações do referido programa de pós graduação. Para dar sustentação teórica à pesquisa apropriamo-nos de referenciais teóricos que abordam sobre a temática. Como resultados identificamos a produção acadêmica que abordam velhice está em segundo lugar das temáticas mais trabalhadas no PPGSS, sendo Assistência Social a primeira. As principais discussões trazidas pelas autoras versam sobre os direitos das pessoas idosas, políticas sociais, serviços de saúde, trabalho, dentre outros. A dificuldade no acesso, a baixa resolutividade e a falta de ações preventivas são alguns dos entraves nos serviços de saúde. Apontam que houve avanços nas legislações direcionadas à população idosa, no entanto, na prática ainda são insatisfatórias. As produções dissertativas apontam que precisamos nos apropriar sobre questões que envolvem esse segmento populacional, desenvolvendo estudos que possam contribuir para a efetivação dos seus direitos e assim, possam desfrutar de seus anos a mais de vida de forma digna e saudável.

Palavras-chave: velhice, saúde, políticas sociais, pessoas idosas.

ABSTRACT

It is a documentary research in the productions of the Graduate Program in Social Work and Sustainability in the Amazon / UFAM. We take ownership of the literature on old age and health and we seek to unveil how students treat this theme in the academic production of Social Work from PPGSS / UFAM. As a general objective: To analyze the way of approaching and treating the issue of old age and its health demands in Manaus by the authors of the dissertations in the PPGSS. And as specific objectives: • To identify the academic production of PPGSS in the years 2010 to 2019; • analyze the question of old age and health addressed by the researchers; • Reflect on the production of PPGSS essays aimed at old age and health. The methodology used was a qualitative and quantitative approach, such as documentary research. We used 10 (ten) dissertations from that postgraduate program. In order to give theoretical support to research, we have appropriated theoretical references that address the theme. As results, we identified the academic production that addresses old age is in second place of the most worked themes in PPGSS, with Social Assistance being the first. The main discussions brought by the authors deal with the rights of the elderly, social policies, health services, work, among others. Difficulty in access, low resolution and lack of preventive actions are some of the obstacles in health services. They point out that there have been advances in legislation aimed at the elderly population; however, in practice they are still unsatisfactory. The dissertation productions indicate that we need to appropriate more about issues that involve this population segment, developing studies that can contribute to the realization of their rights and thus, can enjoy their years of life in a dignified and healthy way.

Keywords: old age, health, social policies, old people.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1. Dissertações por ano de defesa
- Quadro 3. Temas tratados
- Quadro 3- Marco das conquistas da população idosa
- Quadro 4. Agravos a Saúde do Idoso
- Quadro 5. Principais Agravos a Saúde do Idoso usuários do CAIMI
- Quadro 6. Principais agravos acometidos aos idosos das UBS
- Quadro 7. Principais agravos acometidos aos idosos do Parque
- Quadro 8. Condição de saúde aguda e crônica
- Quadro 9. O SUS e seus marcos
- Quadro 10. A Saúde antes e pós SUS
- Quadro 11. Algumas ações, leis e políticas públicas
- Quadro 12. CFESS manifesta
- Quadro 13. Linhas de pesquisa PPGSS
- Quadro 14. Dados referenciais das dissertações
- Quadro 15. Objeto, sujeitos da pesquisa e questão norteadora
- Quadro 16. Fala das pessoas idosas sobre os centros de convivência
- Quadro 17- concepção das pessoas idosas sobre a velhice

LISTA DE SIGLAS

AVD - Atividades de Vida Diária
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BPC– Benefício de Prestação Continuada
CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões
CCI – Centro de Convivência do Idoso
CF – Constituição Federal
CFESS – Conselho Federal do Serviço Social
CRESS – Conselho Regional do Serviço Social
CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CRAS - Centros de Referência da Assistência Social
DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF - Estratégia Saúde da Família
IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICHL - Instituto de Ciências Humanas e Letras
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
IRC – Insuficiência Renal Crônica
ITU – Infecção do trato urinário
LBA- Legião Brasileira da Assistência
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
LOS- Lei Orgânica da Saúde
MS - Ministério da Saúde
NOB- Norma Operacional Básica
OIT- Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU- Organização das Nações Unidas
PAIF- Programa de Atenção Integral à Família
PMI - Política Municipal do Idoso
PNAS - Política Nacional da Assistência Social
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI – Política Nacional do Idoso
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPGSS – Programa de Pós Graduação em Serviço Social
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
SPA - Serviço de Pronto Atendimento
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSAM – Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UFAM – Universidade Federal do Amazonas
UNATIs - Universidades Abertas à terceira Idade

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES SOBRE A VELHICE NO BRASIL.....	16
1.1. Velhice e Envelhecimento na Sociedade Brasileira.....	16
1.1.1. Conceituações sobre velhice, idoso e terceira idade.....	23
1.2. Demandas ao Estado enquanto direito de Cidadania ou Seguridade Social.....	28
1.3. Principais Agravos Demandados na Saúde pelas Pessoas Idosas.....	34
1.3.1. Aspectos da Saúde (agravos) das Pessoas Idosas analisadas pelas Autoras das Dissertações.....	38
CAPÍTULO II – AS POLÍTICAS DE SAÚDE E ATENÇÃO À PESSOA IDOSA.....	48
2.1. A Política de Saúde e a criação do SUS.....	48
2.2. A Política de Saúde voltada à Pessoa Idosa	62
2.3. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa em Manaus.....	67
CAPÍTULO III - ASPECTOS DA VELHICE E SAÚDE ANALISADOS NAS DISSERTAÇÕES DO PPGSS UFAM DE 2010 a 2019.....	72
3.1. O Serviço Social na área da Saúde e a problemática da velhice e saúde.....	73
3.2. Localizando o Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UFAM.....	79
3.2.1. Produção dissertativa de 2010 a 2019.....	81
3.2.3. Objeto e sujeitos da pesquisa e Questão norteadora.....	85
3.3. Velhice e saúde tratadas pelas autoras.....	90
3.3.1 Temática e categorias tratadas.....	98
3.3.2. Reflexões sobre a produção dissertativas sobre velhice e saúde.....	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS.....	113

INTRODUÇÃO

Propomo-nos a analisar as concepções sobre velhice e saúde na produção acadêmica do Serviço Social no Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS), partindo do pressuposto de que toda pesquisa científica traz grandes contribuições, tanto para o corpo acadêmico quanto para a comunidade em geral.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, o aumento da longevidade é reflexo da redução das taxas de natalidade e mortalidade, que vem ocorrendo desde a década de 1960. (VERAS, 2003).

Projeções do IBGE estimam que a população do país deverá crescer até 2047, quando chegará a 233,2 milhões de pessoas. Nos anos seguintes, ela cairá gradualmente, até os 228,3 milhões em 2060, quando um quarto da população (25,5%) deverá ter mais de 65 anos. Nesse mesmo ano, o país teria 67,2 indivíduos com menos de 15 e acima dos 65 anos para cada grupo de 100 pessoas em idade de trabalhar (15 a 64 anos). (IBGE, 2018).

O desenvolvimento de literatura sobre a velhice tornou-se relevante nas últimas décadas, entre outros fatores, pela preocupação de alguns profissionais com o aumento da demanda de pessoas idosas às políticas setoriais, principalmente as de saúde e previdência.

O Serviço Social é uma profissão que se pauta pela garantia de direitos em todos os âmbitos. Dessa forma, é importante que haja pesquisas com abordagens em diversos aspectos que envolvem a vida da pessoa idosa, como saúde, assistência, previdência, serviços de saúde, gestão, etc.

Ressaltamos que durante a construção deste trabalho houve intercorrências da pandemia do Covid19¹, além de questões de saúde pessoal, que impossibilitaram a pesquisa de campo, a qual seria realizada com a participação de pessoas idosas e profissionais por meio de entrevistas numa

¹ A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

unidade de saúde de alta complexidade em Manaus². Não sendo possível o contato pessoal com esses sujeitos, optou-se pela pesquisa documental.

Configura-se como pesquisa documental a análise realizada sobre documentos não produzidos por nós a partir de coleta direta, mas sobre legislações, prontuários institucionais, processos, romances, textos técnicos, orientações técnicas, cartas, reportagens de jornais. etc. Mais do que um levantamento bibliográfico ou revisão bibliográfica essencial a qualquer estudo, a análise documental objetiva o aprofundamento direcionado pelas questões de pesquisa para desocultar o conteúdo exposto e latente de documentos considerados relevantes para o estudo (PRATES, 2018).

Definido o tipo de pesquisa, procedeu-se o levantamento no banco de teses e dissertações (TEDE) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), utilizando a ferramenta de busca do próprio banco de dados, utilizamos como descritores as palavras chave “idoso” e “saúde”, definimos apenas trabalhos da Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, e como recorte delimitamos a data de 2010 a 2019.

Com relação ao método utilizou-se a abordagem qualiquantitativa. O enfoque quali para analisar e refletir sobre o conteúdo da produção acadêmica das pesquisadoras, e os dados quantitativos para identificar a quantidade de dissertações, objetos pesquisados, categorias, etc.

Para Goldemberg (2004) é possível haver a integração entre pesquisa quantitativa e qualitativa. Esta integração permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões, pois não se limita ao que pode ser coletado em uma entrevista: “pode entrevistar repetidamente, pode aplicar questionários, pode investigar diferentes questões em diferentes ocasiões, pode utilizar fontes documentais e dados estatísticos” (p.62).

Após o levantamento no banco de dados das dissertações produzidas pelo programa acessamos a própria página do PPGSS e encontramos um total de 102 dissertações, assim distribuídas:

² Seria realizado pesquisa de campo cujo título da dissertação: as demandas de saúde na velhice na alta complexidade nos hospitais universitários da UFAM em Manaus. Pesquisa explicativa de caráter exploratório, de abordagem quantiquantitativa, tendo como lócus o Hospital Universitário Getúlio Vargas e Hospital Universitário Francisca Mendes. Os sujeitos da pesquisa: profissionais de saúde e Pessoas idosas.

Quadro 1. Dissertações por ano de defesa

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
3	12	8	8	14	16	10	13	6	12

Fonte: página do PPGSS/UFAM. Acesso 2020. Elaborada pela pesquisadora.

É possível observar que no período de nove anos há um número significativo de produções, sendo no primeiro ano, 2010, com apenas três trabalhos, nos anos seguintes houve um aumento nesse número.

De acordo com os temas abordados nas dissertações do PPGSS, no período citado, temos o seguinte:

Quadro 2. Temas tratados

TEMAS	QUANTIDADE
Assistência Social	21
Educação	3
Família	3
Formação Profissional	8
Gênero	2
Idoso/velhice	10
Infância e Adolescência	6
Trabalho/ Prática Profissional	8
Questão Social	8
Saúde	8
Seguridade Social	2
Sustentabilidade	15
Violência	8

Fonte: Pagina do PPGSS/UFAM. Acesso 2020. Elaborado pela pesquisadora.

Observamos a temática assistência social com maior número de publicações e as de gênero e seguridade social em menor número.

As dissertações que tratam a temática velhice são 10 (dez) as que foram encontradas, sendo a primeira realizada em 2011 e a última em 2017, destas, 8 (oito) são pesquisas realizadas em Manaus e 2 (duas) em Parintins.

A partir dessas informações procedemos a busca por tais dissertações no banco de dados da biblioteca virtual, porém, encontramos apenas 9 (nove) dissertações disponíveis para leitura. Observação: a última encontra-se com acesso negado, mas foi defendida, aprovada e publicada pela autora, a qual tivemos acesso à obra publicada.

Após concluirmos o levantamento quantitativo das dissertações desenvolvidas no período definido, procedemos a leitura dos dez trabalhos encontrados.

O presente trabalho está dividido em 3 capítulos que pretendem dar conta do estudo proposto, porém sem a intenção de esgotar a discussão sobre o tema, uma vez ser impossível no campo das ciências darmos por encerrado as questões que envolvem a dinamicidade da vida.

No primeiro capítulo – Considerações sobre a Velhice no Brasil abordamos a questão da velhice e envelhecimento na sociedade brasileira, bem como os conceitos e definições sobre as categorias relacionadas ao envelhecimento. Discorreremos sobre os direitos das pessoas idosas e os agravos de saúde que acometem essa população.

No segundo capítulo - As Políticas de Saúde e Atenção à Pessoa Idosa, faz um retrospecto da origem da política de saúde no Brasil, a partir da contribuição de autores que abordam essa questão. Retrata os embates, desafios e as conquistas do SUS e aborda a política de saúde voltada a pessoa idosa em Manaus.

No terceiro capítulo trata-se da pesquisa documental, é intitulado Aspectos da Velhice e Saúde analisados nas dissertações. Situamos o Serviço Social na área da Saúde e a problemática da velhice e saúde e apresentamos o PPGSS e suas produções dissertativas, bem como as conclusões das autoras das pesquisas.

E finalizamos, tecendo algumas considerações finais.

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES SOBRE A VELHICE NO BRASIL

*A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer
[...] Não quero morrer pois quero ver
Como será que deve ser envelhecer
Eu quero é viver pra ver qual é
E dizer venha pra o que vai acontecer
Envelhecer. (Arnaldo Antunes 2009)*

Refletir sobre a questão da velhice na sociedade brasileira nos remete ao reconhecimento de que o envelhecimento populacional é um fenômeno considerado uma conquista da humanidade e também um grande desafio para as políticas públicas. Estatísticas e Dados demográficos (IBGE, ONU, OMS) apontam que o Brasil passa por um processo de envelhecimento e longevidade que imprimem mudanças nos âmbitos socioeconômico, familiar e de saúde, conclamado assim, toda a sociedade a se reorganizar para oferecer condições necessárias para que a velhice seja vivenciada por todos que alcançam essa fase, de forma digna e plena.

1.1. Velhice e Envelhecimento na Sociedade Brasileira

As pessoas estão vivendo mais. Esse fato, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se deve ao aumento da expectativa de vida e à diminuição das taxas de fertilidade em vários países, entre eles o Brasil³. Dados do IBGE (2018) sobre os grupos etários, divulgados em 2019 pela Organização das nações Unidas (ONU), revelam que os idosos somam 23,5 milhões dos brasileiros.

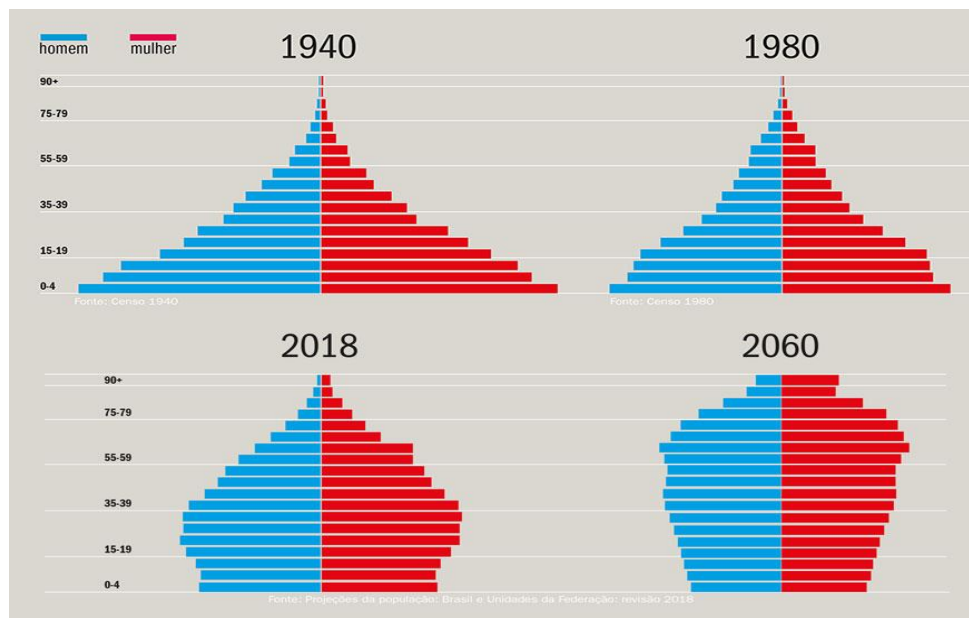
A ONU considera o período de 1975 a 2025 a Era do Envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi mais significativo e acelerado. Enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123%. No Brasil, segundo dados do IBGE, na década de 1970, 4,95% da população brasileira eram de idosos, percentual que pulou para

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

8,47% na década de 1990, alcançando, em 2010, o percentual de 10,8%. (DEZAN, 2015).

Quanto aos dados demográficos, temos que a população do país deverá crescer até 2047, quando chegará a 233,2 milhões de pessoas. Nos anos seguintes, ela cairá gradualmente, até os 228,3 milhões em 2060. Essas são algumas das informações da revisão 2018 da Projeção de População do IBGE, que estima demograficamente os padrões de crescimento da população do país, por sexo e idade, ano a ano, até 2060, quando um quarto da população (25,5%) deverá ter mais de 65 anos, conforme gráfico abaixo. Nesse mesmo ano, o país teria 67,2 indivíduos com mais de 15 e abaixo dos 65 anos para cada grupo de 100 pessoas em idade de trabalhar (15 a 64 anos). (IBGE, 2018).

Figura 1. Projeções da população



Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018
 Fonte: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012>

Em relação ao Amazonas, o mesmo estudo aponta na tabela de distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, ao somarmos a faixa etária de 60 e mais, veremos que há aproximadamente uma população residente de 108.584 mulheres e de 101.651 homens, totalizando um total aproximado de 210.235 pessoas numa população de aproximadamente mais de dois milhões de habitantes. Levando em consideração ainda que a tendência é o aumento da expectativa de vida e a redução da taxa de natalidade, já temos uma população significativa de pessoas idosas no Estado (IBGE, 2018).

No Brasil este fenômeno do envelhecimento pode ser constatado através da modificação na pirâmide populacional, constatadas pelo IBGE, mostrada acima.

No Amazonas esse envelhecimento da população, segundo as dissertações aqui analisadas, tem também, além de todos os fatores já citados, uma relação com o processo de urbanização, e mais especificamente, devido ao movimento migratório ocorrido na região impulsionado pela industrialização.

Assim, para Lisboa (2011) e Silva (2011), o envelhecimento na região norte se deve, ao processo histórico de urbanização e industrialização da cidade e as condições de vida do trabalhador que envelheceu e se concentrou no centro urbano da cidade de Manaus. Para as autoras, ocorreu nessa região um envelhecimento precoce dado pelas condições precárias de trabalho e moradia a que foram submetidos os trabalhadores vindo do interior do Estado em busca de melhores condições de vida.

Scherer (2004) em suas análises sobre o trabalho em Manaus, sinaliza que a precarização desse trabalho acentuou-se a partir da instauração de uma nova racionalidade econômica que visava a expansão da economia mundial, onde os princípios do toyotismo disseminados no mundo chegaram nas fabricas do distrito industrial. Assim, a lógica de uma maior produção com menor custo, inevitavelmente, ocasionou em redução de postos de trabalho e conseqüente onda de desemprego na capital.

De forma que, essa modernização capitalista, segundo a referida autora, vem afetar todas as esferas da vida social amazonense, causando modificações nas relações de produções, ao mesmo tempo em que também vem surgindo um novo proletariado composto por trabalhadores oriundos do meio rural atraídos pela possibilidade de conseguir emprego na zona franca de Manaus. Assim instaura-se um caos urbano em que a riqueza e a pobreza justapõem-se numa estranha mistura (p.129), pois, se de um lado havia o crescimento da produção nas fábricas, de outro, havia um grande número de trabalhadores que perderam seus empregos devido, principalmente, ao novo modelo de produção.

Sobre as mudanças demográficas ocorridas na sociedade brasileira, estas se deram de forma acelerada e causaram significativas modificações em todos os segmentos, como na área da saúde, assistência e previdência social, além de um grande interesse por parte de estudiosos e pesquisadores.

Veras (2003) diz que há uma relação direta entre a transição demográfica e a transição epidemiológica. Assim como houve mudança na expectativa de vida, houve também uma modificação dos padrões de morbidade com a substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis. (VERAS 2003; CHAIMOWICZ 1997). E esse processo, segundo Veras (2003), repercute na sociedade como um todo, e se torna mais complexo devido a carência de recursos públicos para dar conta das novas demandas de saúde que são inevitáveis.

Falam também que as doenças infectocontagiosas deram lugar às doenças crônicas degenerativas, que pode ser explicado pela queda inicial da mortalidade concentrada dentre as doenças infecciosas, beneficiando a população mais jovem. Estes se tornam adultos e passam a conviver com fatores de risco para doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, portanto, geram o aumento da procura por serviços de saúde (VERAS 2003; CHAIMOWICZ 1997).

Não inferimos, no entanto, que com a transição epidemiológica as doenças infectocontagiosas foram extintas na sociedade, mas, devido a existência de vacinas e medicamentos apropriados, pode-se induzir que elas estão sob controle e já não representam grandes riscos de causar sequelas graves ou prejudicar a capacidade funcional das pessoas, como no caso das doenças crônicas.

Ressaltamos porém, que a noção de controle, não se aplica é claro, às novas doenças infectocontagiosas que continuam surgindo e que dependem de tempo e pesquisas para descobrir o tratamento eficaz.

Autores como Neri (2001); Minayo (2000); Brandão & Mercadante (2009), apontam como causas do envelhecimento populacional, a redução das taxas de fecundidade e natalidade; os avanços da medicina e o controle de muitas doenças infectocontagiosas a partir da descoberta dos antibióticos e os imunobiológicos; as políticas de vacinação em massa e queda da mortalidade infantil, graças à ampliação de redes de abastecimento de água e esgoto e da cobertura da atenção básica à saúde; além da acelerada urbanização e mudanças nos processos produtivos, de organização do trabalho e da vida.

De forma que para esses autores, tal aumento da expectativa de vida da população está relacionado mais ao desenvolvimento de novas tecnologias voltadas à saúde, do que a investimentos em serviços que proporcionem melhoria da qualidade de vida propriamente.

Ainda, Brandão & Mercadante (2009) e Veras (2003) inferem que nos países desenvolvidos o aumento da longevidade se deu de forma diferente do Brasil, pois naqueles, além de existirem os avanços tecnológicos ligados à saúde, há também investimento em políticas públicas, que proporcionam a promoção e melhorias da qualidade de vida.

Além do mais, esse envelhecimento nos países desenvolvidos vem ocorrendo de maneira lenta, por mais de cem anos, segundo Veras (2003), fazendo com que a sociedade se preparasse gradualmente ao novo contexto. Além de possuírem estrutura social, econômica, política e cultural mais favoráveis para a proteção, segurança e qualidade de vida das pessoas.

Já no Brasil, considerado país em desenvolvimento, ocorreu de forma mais acelerada, se comparada às nações desenvolvidas, e iniciou-se apenas na década de 1960, período em que as pessoas idosas começaram a liderar o crescimento em relação aos demais segmentos etários (VERAS, 2003).

Brandão & Mercadante (2009) chamam atenção para que além de considerarmos importante os ganhos tecnológicos no processo de prolongamento da vida, é necessário a ampliação do espaço social para promover a atuação efetiva de todos os cidadãos, incluindo as pessoas com mais de 60 anos. Portanto, é necessário mais investimentos em políticas públicas para esse segmento.

Para Camarano et al (2004) as políticas de saúde para a população idosa devem se basear na promoção de saúde ao longo prazo, isto é, em todos os ciclos da vida, desde a infância, adolescência e fase adulta, é preciso que essas políticas sejam planejadas visando o planejamento e conscientização de um estilo de vida saudável.

Neri (2006) aponta que o envelhecimento no Brasil é sempre enfatizado como um problema grave que gera ônus para a sociedade, assumido como risco e problema social, e não como conquista.

Mas, embora alguns autores enfatizem o envelhecimento de forma negativa, vários outros estudiosos, como por exemplo Camarano e Pasinato (2014), reconhecem não como problema, mas como desafios para as políticas públicas. Citamos também Camarano *et al* (1999, p.1-2) que assim se referem,

[...] este novo cenário é visto com preocupação por acarretar mudanças no perfil das demandas por políticas públicas, colocando desafios para o Estado, a sociedade e a família. Nessa perspectiva, o pensamento comum é de que os gastos sociais com o envelhecimento representam, sobretudo,

consumo para o Estado. Já os gastos com os jovens são percebidos como investimento e consumo. Esta é uma visão economicista que não considera o caráter Inter geracional¹ dos gastos sociais e em que a preocupação maior das políticas sociais permanece no plano individual e não no bem-estar coletivo.

Mascaro (2004) também analisa o envelhecimento no Brasil como um privilégio, mas também um desafio no sentido de que precisa se organizar para atender tal demanda,

O Brasil deverá, portanto, enfrentar um grande desafio decorrente do crescente envelhecimento populacional. Diante desse panorama, podemos perceber que a sociedade brasileira precisa urgentemente se organizar para solucionar, principalmente, os problemas relacionados à área da saúde e previdência social. Num país em desenvolvimento como o nosso, carregado de contrastes, envelhecer bem, com boa qualidade de vida, é ainda um privilégio. (p.10).

Leão e Teixeira (2020), numa análise bem atual e crítica sobre o envelhecimento, destacam nesse processo, novos desafios, pois inferem que o envelhecimento, visto anteriormente como conquista da humanidade, agora encabeça os discursos de que causa desequilíbrio nas contas públicas, como na previdência social. Além da tentativa de transferir a responsabilidade dos gastos em saúde para os próprios indivíduos e de suas famílias.

Minayo (2011) diz que a ideia de que os velhos constituem um problema social vem sendo construída pelo Estado brasileiro em suas políticas, diretrizes e formulações. Pois, de um lado, formula e publica leis que asseguram direitos sociais aos idosos, especificando as condições necessárias para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, de outro, promove um imaginário que aterroriza os idosos, pois os coloca como responsáveis pelos desequilíbrios da Previdência, das políticas sociais e de saúde.

Quando referimos sobre o envelhecimento nos deparamos com vários conceitos que buscam designar esse termo tão constante nos cenários políticos, na mídia, nos estudos científicos, etc. Dessa forma, apresentamos algumas concepções a partir de pesquisadores que abordam a temática.

Goldman (2006) entende o processo de envelhecimento como multifacetado, complexo e situado no tempo, no espaço e historicamente determinado. O envelhecimento é um processo que acontece em cada pessoa individualmente, mas sofre influência de fatores sociais e culturais externos, que irão rebater na sociedade como um todo.

Assim, a partir desse entendimento, compreendemos que o envelhecimento não é um estado, ou algo posto e determinado, mas se refere ao

envelhecer de cada pessoa, às especificidades cotidianas gestadas a partir de relações sociais estabelecidas na sociedade.

Da mesma forma, Berzins (2003) e Rocha (1998) apontam que o processo de envelhecimento de cada indivíduo vai ser influenciado pelas suas condições de vida, sua cultura, seu território. Portanto, o envelhecimento não ocorre da mesma forma para todos.

Camarano et al (2004) afirmam que a maioria da literatura sobre envelhecimento populacional são baseados em uma visão generalizada de que a população idosa é um grupo homogêneo com experiências e necessidades comuns. E, acrescentam que as políticas dirigidas a ela dependem da visão que se tem dela, sendo assim, é preciso que os estudos sobre o tema retratem de fato as diferenças e individualidades das pessoas idosas.

Para as autoras supracitadas existem duas visões sobre envelhecimento. Na percepção negativa, em que a população idosa é vista como dependente e vulnerável, do ponto de vista econômico, de saúde e autonomia, não possuem papéis sociais e apenas convive com perdas.

Relatam também que essa visão de dependência dos idosos não se resume aos aspectos biológicos do aumento das debilidades físicas. Passou a ser vista, também, como um fenômeno da divisão do trabalho e da estrutura social que ocasionou a discriminação no mercado de trabalho etc.

Essa visão do idoso como improdutivo leva a se pensar que o crescimento da população idosa pode acarretar um peso sobre a população jovem e o custo de sustentá-la ser uma ameaça ao futuro das nações, dando assim origem à preocupação com a “crise do envelhecimento”, pois os idosos são considerados grandes consumidores de recursos públicos, principalmente, de benefícios previdenciários e serviços de saúde.

Na outra visão, segundo as autoras, reconhece-se o envelhecimento populacional como uma conquista social, assim como a contribuição dos idosos para com a família, a sociedade e o desenvolvimento econômico. Neste sentido, as políticas sociais tem o papel de reforçar a capacidade de as pessoas idosas aumentarem a sua oportunidade de contribuir para a sociedade, é o que podemos observar com a questão das alterações no tempo para aposentadoria, que obriga a pessoas a trabalharem mais tempo para ter direito a tal benefício.

1.1.1. Conceituações sobre velhice, idoso e terceira idade

Compreendemos velhice como uma questão biológica, portanto comum a todos os indivíduos e em qualquer sociedade. Porém, é uma categoria construída historicamente pelos sujeitos sociais (MINAYO & COIMBRA, 2002), pois apresenta de diversas formas e em diferentes contextos sociais, históricos e econômicos, expressando as relações sociais cotidianas.

Silva (2008) ressalta que a velhice, assim como a terceira idade, é uma identidade etária historicamente determinada. Fala também que o surgimento de categorias etárias se relaciona intimamente com o processo de ordenamento social que teve curso nas sociedades ocidentais durante a época moderna. Apoiar sua afirmação aos estudos de alguns autores como Hareven (1995, p. 156),

[...] até o início do século XIX fatores demográficos, sociais e culturais combinavam-se de tal modo que as sociedades pré-industriais não procediam à separação nítida ou a especializações funcionais para cada idade. A diversidade de idades entre as crianças de uma mesma família, a ausência da regulamentação de um tempo específico para o trabalho e a coabitação de famílias extensas são apenas alguns dos fatores que, em conjunto, não favoreciam a fragmentação do curso da vida em etapas determinadas.

De forma que para Debert (2003), a infância, adolescência e “terceira idade” são criações recentes das sociedades ocidentais contemporâneas, mas que, até se chegar a essas identidades modernas, ao longo da história foi-se criando várias denominações para nomear as pessoas que envelhecem.

Assim, ao longo do tempo foram sendo criadas tipificações para tentar descrever a forma de como as pessoas estavam passando de uma fase para outra da vida.

Belato (2009) mostra essas várias formas de nomeação nas diferentes culturas,

[...]Na cultura latina, que recolheu importante contribuição da cultura grega, a nomeação dos velhos exprime em substantivos e adjetivos, a diversidade de sua condição social: velhice, senectude, senilidade, decrepitude; velho, senil, decrépito, veterano, vetusto, idoso, veterado (inveterado). Alguns adjetivos latinos, que não tem exata transposição em português, são muito ricos semanticamente; *veterosus*: letárgico, adormecido, inativo, lânguido; *veternus*: velho, antigo, colhido pelo marasmo, entorpecido, inerte, apático; *veteratorius*: fino, finório manhoso, matreiro, hábil (nas manhas); *veterarium*: onde se envelhece o vinho ou onde se guarda o vinho envelhecido (p. 20).

O adjetivo idoso com sentido de velho, segundo Belato, originou-se da palavra *aetas* que significa idade, período de vida, tempo que a vida dura, ou simplesmente, vida. Já o substantivo *senecta* significa velhice.

Da cultura romana foi herdada boa parte das múltiplas e contraditórias significações da velhice:

[...] De um lado, a respeitabilidade individual e coletiva dos velhos: *senex*, *senator*, que exprime o poder político individual e coletivo dos velhos; *vetus*, *veteranus*, que indica pertencimento de alguém a uma atividade ou função: veterano (do exército, do esporte ou de qualquer outra atividade profissional) e guarda um sentido de identidade e respeitabilidade. A cor branca dos cabelos e barbas (as cãs) mistura respeito, cuidado, carinho, pelo que alguém fez, foi ou sofreu em sua vida. Significa também altivez e dignidade. Por outro lado, há os sentidos pesadamente negativos, seja de desprezo, de “fim de vida”, de inutilidade, de demência: senilidade e decrepitude (BELATO, 2009, p.21).

Na língua portuguesa os adjetivos podem guardar duas concepções opostas, em particular, velho e velhice, de respeitabilidade, apreço, carinho e desprezo. Já as palavras senil, senilidade, decrépito, decrepitude, exprimem a forma mais desprezível e excludente de velhice.

Ainda segundo Belato (2009), dos gregos foi herdado um grupo de significações originadas e derivadas do termo *geras* (lê-se guêras), que significa, em sentido inteiramente positivo, velho, ancião, venerável, respeitável. Na tradição política e social da Grécia antiga, os velhos são sinônimos de poder político, e poder religioso. E deram também ao termo *geron* (velho) um sentido negativo: *gerontomania* significa literalmente “mania de velho”, velho débil mental, velho louco, loucura senil.

Do francês antigo herdou-se a palavra ancião (*ancien*), que significa velho, idoso, de idade propecta, muito velho. Indica um estado de velhice em que o velho não é mais capaz de valer-se por si mesmo.

Idoso, finalmente é uma palavra da língua portuguesa que deriva de idade, cuja primeira forma foi *idadoso*. É semanticamente, aproximado ao significado de ancião, e seu uso abrandava a crueza da palavra “velho”, sobretudo em seu sentido pejorativo (BELATO, 2009).

Autores como Beauvoir (1990) e Peixoto (1998) referem que ser velho era visto como um problema da esfera privada e não se configurava como uma questão pública, não havia, por parte do poder público, nenhuma preocupação com os velhos pobres e sem família, que eram abandonados à própria sorte. De forma que o termo idoso é concebido como um conceito cultural que busca amenizar as diferenças sociais entre o velho rico e o velho pobre, mascarando as diferenças de classe social e nível econômico.

Beauvoir (1990) enfatiza também a velhice como não estática, assim, não é uma fase que já se nasce nela e nem que nela vai permanecer. É o resultado de um longo processo de vida, de mudança.

Ressalta também a autora, que a experiência vivenciada individualmente dependerá do conjunto de fatores que envolvem o cotidiano de cada um, a classe social a que pertence, a família, o trabalho, cultura, etc.

A velhice deve ser compreendida em sua totalidade por se tratar de um fenômeno biológico, com consequências psicológicas ao mesmo tempo. Tem também uma dimensão existencial que modifica a relação da pessoa com o tempo, gerando mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria história, portanto, deve ser compreendida em suas múltiplas dimensões, que se constituem em um processo biológico, mas que não deixa de ser também um fato social e cultural. (BEAUVOIR, 1990).

Dessa forma, observa-se que em todas as sociedades a idade é um conceito social e não apenas biológico ou psicológico, concordando com Áries (1981) que infere as fases da vida, infância, adolescência, maturidade e velhice, como categorias não universais, uma vez que cada cultura tem a sua própria forma de dividir as etapas da vida, sendo os marcadores, do início ao final de cada uma, os mais diversos. Portanto, representam construções sociais em um determinado tempo e espaço histórico.

Assim, Áries conclui que a nomeação que se dá a última etapa da vida humana é permeada de ambiguidade, a qual exprime a complexidade que envolve a condição de ser velho, seja em qualquer que seja a sociedade, antiga ou contemporânea. E, acrescenta que devido essa ambiguidade do ser velho e de termos herdados do passado, é que hoje tentamos ressignificar a velhice com novos conceitos.

Neri & Jorge (2006) desenvolveram uma pesquisa intitulada as *atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde* realizada em 2006. No resultado destacam a velhice como um conceito historicamente construído e sua marca social é estar em oposição à juventude, e concluem que os estereótipos atribuídos aos idosos são transmitidos pela educação.

Os dados da pesquisa citada colocaram em evidência o papel importante dos estudos formais no estabelecimento de conhecimentos específicos sobre

velhice, uma vez que os alunos que tiveram disciplinas teóricas e práticas, mostraram conhecer mais sobre os aspectos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento do que os que não tiveram, como os alunos da Educação, nunca expostos nem a disciplinas teóricas e nem a estágios com idosos (IDEM).

Entretanto, as autoras chamam a atenção também para a variável de cunho afetivo, isto é, os alunos que não tinham conhecimentos formais, mas que tem convivência com pessoas idosas fora do âmbito acadêmico, apesar de pontuarem mais baixo na escala de conhecimentos, apresentaram atitudes mais positivas do que os alunos que haviam estudado sobre velhice.

Neri & Jorge explicam essa dedução,

[...]Talvez os alunos mais velhos, homens da educação física e que estudaram sobre velhice, tenham sido expostos a experiências em que as deficiências da velhice no âmbito funcional tenham ficado mais evidentes. Portanto, pelo fato da pouca convivência com idosos, esses estudantes não teriam tido chance de desenvolver atitudes positivas que pudessem contrabalançar a rejeição oriunda do contato com informações sobre o declínio e a incapacidade da velhice (134).

Assim, os dados da pesquisa realizada por Neri & Jorge, sugerem que a convivência intergeracional seja importante fonte de aprendizagem de atitudes em relação a idosos e que possa predispor favoravelmente as pessoas a estudos formais em relação à velhice.

Neste contexto podemos citar as UNATIs -Universidades Abertas à terceira Idade-, que propõem, além dos objetivos de ensino, pesquisa e extensão, a convivência entre gerações. Essas universidades seriam espaços plurais abrigando a convivência de pessoas de diferentes idades propondo trocas de experiências entre os mais jovens e os mais velhos (PACHECO, 2006).

Buscamos neste estudo situar a velhice em sua totalidade, por isso compactuamos com a definição de Beauvoir (1990) que a caracteriza como um processo heterogêneo. De forma que “não existe uma velhice, mas velhices, masculinas e femininas, uma dos ricos, outra dos pobres, uma do intelectual, outra do funcionário burocrático, ou do trabalhador braçal”. (BEAUVOIR,1990 p.299).

Assim como não há uma única forma de conceituar a velhice, o termo idoso também apresenta imprecisões quanto ao critério para definir a idade em que a pessoa passa a ser considerada idosa.

Para Camarano e Pasinato (2004), ser idoso envolve mais do que a simples determinação de idades biológicas e apresenta, pelo menos, três limitações:

A primeira diz respeito à heterogeneidade entre indivíduos no espaço, entre grupos sociais, raça/cor e no tempo. A segunda é associada à suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais e, a terceira, à finalidade social do conceito de idoso (p.5).

Assim, para as autoras, a sociedade classifica os idosos, por exemplo, com objetivos de estimar demandas por serviços de saúde, por benefícios previdenciários e, também, como uma maneira de distinguir a situação dos indivíduos no mercado de trabalho, na família e/ou em outras esferas da vida social.

Sabemos que há classificações que visam determinar a elegibilidade ou não à concessão de benefícios no campo dos direitos sociais, por isso, adotamos a definição da OMS, Estatuto do Idoso e Política Nacional do Idoso para conceituar a pessoa idosa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idosas as pessoas com 60 anos e mais nos países em desenvolvimento como no caso do Brasil, e com 65 anos e mais nos países desenvolvidos.

A Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso também consideram que no Brasil, as pessoas com 60 anos e mais são consideradas idosas.

Entretanto, na aplicação de algumas políticas setoriais existem critérios que diferenciam a idade, contrariando o que determina a própria PNI. Como exemplo temos o Benefício de Prestação Continuada (BPC), conduzido pela Lei orgânica da Assistência Social-LOAS, que aumenta em 5 anos essa idade, ou seja, só tem direito ao BPC as pessoas que completam 65 anos.

A gratuidade no transporte público também é um direito assegurado pelo estatuto do idoso que prevê em seu Artigo 39 que pessoas idosas com mais de 65 anos têm direito à gratuidade para utilizar os transportes públicos coletivos, exceto nos serviços especiais.

Importante salientar também a categoria terceira idade tipificada por alguns autores. Debert (2004) diz que houve a *reprivatização* do envelhecimento, ou seja, a velhice passa a ser uma responsabilidade individual da pessoa, tirando esse dever do Estado em oferecer serviços que atendam às suas necessidades, o

que contraria completamente o estabelecido nas legislações consolidadas. Chama atenção para publicidade que há por trás da ideia de envelhecimento bem sucedido associado ao lazer, a autossatisfação e autonomia, como estratégias de mercado de turismo e a indústria do rejuvenescimento.

Assim, a mídia tenta passar a imagem de velhice bem sucedida, totalmente saudável e sem problemas financeiros. Nesse contexto, segundo Debert (2004), não há lugar para velhice, que passa a ser vista como consequência do descuido pessoal, da falta de envolvimento em atividades físicas ou incapacidade do próprio indivíduo.

Como vimos a partir da análise de vários autores, são diversos os fatores que influenciam diretamente no processo de envelhecimento e na experiência da velhice na sociedade capitalista brasileira, sendo alguns destes fatores: social, econômico, político, cultural, etnia, de saúde, educação, moradia, hábitos, entre outros.

Portanto, é na produção das relações cotidianas que tem suas bases na lógica capitalista, que se encontra o desafio de envelhecer nesta sociedade, a qual mantém reprodução social da velhice como tempo de espera da morte.

As autoras das dissertações ora analisadas, apontam que após o descarte do mundo do trabalho as pessoas nesse processo buscam alternativas para *reinvenção do tempo livre*, conforme constatado por Melo (2012, p.7), “é possível notar que diante da ruptura com o trabalho e da incerteza sobre que papel desempenhar, os idosos das unidades básicas encontram nas atividades domésticas e na televisão os principais meios de ocupar o tempo”.

Assim, faz-se necessário refletirmos nessa realidade em que se encontra a questão do envelhecimento e a forma como a sociedade e o poder público vem atuando no sentido de desenvolver ações que promovam uma velhice com mais ganhos e menos perdas, levando-se em conta as diferentes dimensões do envelhecimento, que são: diferenças de classe, gênero, cor, educação, renda, cultura, dentre outros.

1.2. Demandas ao Estado enquanto direito de Cidadania ou Seguridade Social

Apesar de o envelhecimento populacional ser amplamente reconhecido como uma das principais conquistas sociais do século XX reconhece-se, também,

que este traz grandes desafios para as políticas públicas (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Ainda segundo estas autoras, o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa foi a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida em Viena, em 1982, sendo esse o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional e que resultou na aprovação de um plano global de ação.

Antes, as ações voltadas à população idosa eram tratadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) como parte de suas atividades especializadas (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Em relação ao reconhecimento da questão do envelhecimento da população pelas políticas brasileiras, as autoras citadas acima afirmam que, de alguma forma, elas não são novas. As origens do sistema de proteção social no Brasil datam desde o período colonial, com a criação de instituições de caráter assistencial, até a universalização da seguridade social em 1988.

Destacam ainda que o envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas brasileiras foi resultado de influências e pressões da sociedade civil, das associações científicas, dos grupos políticos etc.

Assim, Camarano e Pasinato (2004) citam algumas das conquistas para esse segmento:

Quadro 3- Marco das conquistas da população idosa

1961	A criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia com objetivo de “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia”
1963	Por iniciativa do Serviço Social do Comércio (SESC). Consistiu de um trabalho com um pequeno grupo de comerciários na cidade de São Paulo, preocupados com o desamparo e a solidão entre os idosos. A ação do SESC revolucionou o trabalho de assistência social ao idoso, sendo decisiva na deflagração de uma política dirigida a esse segmento populacional. Até então, as instituições que cuidavam da população idosa eram apenas voltadas para o atendimento asilar.
1974	A primeira iniciativa do governo federal na prestação de assistência ao idoso. Consistiu em ações preventivas realizadas em centros sociais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e da sociedade civil, bem como de internação custodial dos aposentados e pensionistas do INPS a partir de 60 anos. A admissão em instituições era feita considerando o desgaste físico e mental dos idosos, a

	insuficiência de recursos próprios e familiares e a inexistência de família ou abandono por ela.
1974	Foi criada a renda mensal vitalícia (RMV), foram as primeiras medidas de proteção do portador de deficiência e do idoso necessitado. Estas ocorreram no âmbito da política previdenciária.
1985	Criada a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), órgão técnico-científico de âmbito nacional, voltado para a investigação e prática científica em ações de atenção ao idoso. O seu primeiro objetivo é o de “desenvolver constante ação política e técnica junto aos órgãos públicos, a entidades privadas e à comunidade em geral, reivindicando sua atenção e audiência para que os idosos possam expressar com dignidade suas reais necessidades e reivindicando, ainda, a adoção de medidas minimizadoras de seus problemas”.
1988	O grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros foi dado pela Constituição de 1988. Introduziu o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania.
1991	Ao longo da década de 1990 foram regulamentados diversos dispositivos constitucionais referentes às políticas setoriais de proteção aos idosos. Em 1991, foram aprovados os Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social.
1993	Foram regulamentados os princípios constitucionais referentes à assistência social, com a aprovação da Loas (Lei 8.742, de dezembro de 1993). Essa lei estabeleceu programas e projetos de atenção ao idoso, em corresponsabilidade nas três esferas de governo, e regulamentou a concessão do benefício de prestação continuada.
1994	1994 (Lei 8.842) a Política Nacional do Idoso (PNI). Essa política consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, partindo do princípio fundamental de que “o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas”.
1999	O Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria 1.395/ GM do MS), não obstante a LOAS ter sido promulgada em 1990 (Lei 8.080). Esta foi consequência do entendimento de que os altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não estavam resultando no real atendimento das suas necessidades específicas.
2003	Foi sancionado o Estatuto do Idoso. Este apresenta em uma única e ampla peça legal muitas das leis e políticas já aprovadas. Conta com 118 artigos versando sobre diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção dos idosos, visando reforçar as diretrizes contidas na PNI.

Fonte: Camarano; Pasinato (2004).

Os direitos da pessoa idosa foram inscritos inicialmente na Constituição de 1934 (Art. 121) como direitos trabalhistas, na implementação da previdência social “a favor da velhice”, com contribuição tripartite do empregador, do

empregado e da União, numa clara referência à transição industrial. Ao se tornar improdutivo é que o sujeito era considerado velho, a partir do pressuposto de sua exclusão da esfera do trabalho, como operário. Ao trabalhador rural de então não foram reconhecidos direitos trabalhistas, pois ficava na esfera do “aluguel de mão de obra” sob a tutela da oligarquia rural (FALEIROS, 2007).

Apesar de muitas conquistas asseguradas a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, segundo Faleiros, os direitos adquiridos foram ameaçados a partir da entrada do país à ótica neoliberal, uma vez que o neoliberalismo reduz os direitos sociais e os deveres do Estado de suas responsabilidades de proteção social, tornando as políticas sociais cada vez mais seletivas, focalizadas e excludentes. Dessa forma, o Estado intima a família e à sociedade o dever de manter, cuidar e amparar o idoso, mesmo sem oferecer condições a ela.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxe grande avanço no plano social e na organização do Estado, com ela a democratização e a participação da sociedade no aparelho estatal, por via da formulação de políticas e do controle das ações tornaram-se garantia. Há também de se ressaltar a instituição da seguridade social, a qual através do tripé: previdência, saúde e assistência, vieram garantir maior acesso a população antes totalmente excluída.

Em relação aos direitos da pessoa idosa na Constituição Federal de 1988, o Estado não assumiu completamente, uma vez que conclamou o mercado, a sociedade em geral e a família para a responsabilidade do enfrentamento das expressões da questão social que interferem diretamente na vida dos idosos.

Como exemplo, no seu Artigo 229, é imposta aos filhos a obrigação de amparar e ajudar os pais na velhice, carência ou enfermidade, já o Artigo 230 versa que “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”, ou seja, a Constituição dá ao Estado a responsabilidade, mas este delega essa obrigação para a família e sociedade (FALEIROS, 2007).

Entretanto, esse artigo 230 da Carta Magna, não leva em conta a realidade das famílias brasileiras no que diz respeito, principalmente, as condições econômicas. Muitas vezes é o próprio idoso o responsável pela sobrevivência dos seus familiares que usufruem de sua aposentadoria ou benefício assistencial, ou o contrário.

A aprovação da Política Nacional do Idoso (PNI) representa uma das respostas dada pelo Estado brasileiro em conjunto com a sociedade para atender as necessidades e demandas das pessoas idosas. É Considerada um passo importante para a garantia de direitos sociais desse segmento populacional, pois visa criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. (Brasil, 1994).

No entanto, passados vinte anos de sua aprovação, em 2014, a proporção da população idosa brasileira atingiu a marca de 13,7%, ou seja, as demandas por políticas públicas se intensificaram, o que requer a atualização e a implementação total das medidas preconizadas na legislação. (CAMARANO, 2016).

O Artigo 3º da PNI rege que,

- I - a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito à vida;
- II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas por meio desta política;
- V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei (p. 6)

Esse dispositivo legal prevê o cumprimento de condições para promover a velhice com qualidade de vida, colocando em prática ações voltadas não somente para os já idosos, mas para todos os adultos que estão envelhecendo: promoção da autonomia e integração e participação das pessoas idosas na sociedade.

Para o desenvolvimento das políticas públicas que se direcionam a atender às necessidades da população idosa, e demais segmentos sociais, podemos destacar um importante marco que foi a criação da Seguridade Social (1988) que estabeleceu e organizou o tripé: Saúde, Assistência Social e Previdência.

O desenvolvimento de políticas de atenção ao idoso no Brasil desenvolveu-se num contexto sociopolítico e histórico, e de certa forma trouxe benefícios e melhorias, necessitando, no entanto, do compromisso por parte dos gestores e profissionais que atuam diretamente com essa população.

Destaca-se também neste contexto de desenvolvimento dessas políticas, a Assistência Social, que a partir da CF de 88, torna-se política pública de direitos.

Com essas mudanças, a assistência social passou a ser regida pela Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº. 8.742, de 07/12/1993), portanto deixa de ser vista como sinônimo de ajuda e caridade, e passa a assumir uma importante posição no quesito proteção, incluindo a proteção para as pessoas idosas.

Podemos citar como uma das grandes conquistas da LOAS, o Benefício de Prestação Continuada - BPC, o qual tem contribuído sobremaneira para melhoria das condições de vida de muitos idosos.

Citamos também o Programa de Atenção Integral à Família - PAIF, que constitui um serviço continuado de proteção social básica desenvolvido pelos Centros de Referência da Assistência Social - CRAS, que no desenvolvimento de suas ações vem beneficiando um grande número de idosos (OLIVEIRA, 2011).

Assim, compreendemos que as políticas de atenção ao idoso devem proporcionar as pessoas idosas condições de vida, saúde, educação, moradia, lazer, renda, a fim de poderem vivenciar tudo que a vida ainda lhes possa oferecer.

Entretanto, a proteção social ao idoso para ser efetivada é necessário superação dos entraves existentes entre o que a lei determina e o que existe na prática, a fim de que os idosos possam usufruir dignamente sua velhice.

Referindo-se ao Estatuto do Idoso - Lei 10.741/2003, temos que sua implementação teve com o objetivo regular os direitos assegurados às pessoas idosas (BRASIL, 2003). Esta lei, entre outras importantes garantias, dispôs sobre obrigações familiares e sociais com relação ao idoso e estabeleceu deveres e medidas de punição para a negligência ou exploração de qualquer natureza.

O Estatuto do Idoso veio então ampliar a proteção reforçar alguns direitos já existentes e afirmados na Constituição Federal (direito à educação, cultura, lazer, esporte, etc.), explicitando os referidos direitos de forma ampliada, determinando ações e procedimentos e criando abertura para a participação da sociedade civil na proteção ao idoso.

Dessa forma, articula-se com o Estado que regula, normatiza, e legaliza diretrizes da política setorial, responsabilizando a sociedade civil sob a argumentação da participação social, a qual Teixeira (2008), denominou de “mix público privado”. Nessa ótica, segundo esta autora, o Estatuto somente intervirá

de forma efetiva na realidade da população idosa se houver participação de todos os segmentos da sociedade em suas instâncias de controle social e fiscalização.

Assim, notamos que o poder público transfere suas responsabilidades para a sociedade civil, incluindo a família, embora a responsabilidade seja solidária, a realidade vivenciada pelas famílias brasileiras é de desamparo, pela falta de emprego, moradia, renda, lazer, etc., principalmente na atual conjuntura de desmonte de direitos, portanto, não há como esperar que a família ofereça ao seu idoso o cuidado e proteção que ela também necessita.

1.3. Principais Agravos Demandados na Saúde pelas Pessoas Idosas

As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase da vida (MS, 2006).

Atualmente, no Brasil, a população idosa é de aproximadamente 30 milhões de pessoas. Desses, cerca de 60% apresentam hipertensão arterial sistêmica e 23% diabetes mellitus, segundo o inquérito Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (VIGITEL, 2018).

Lebrão e Duarte (2007) falam ainda que esse envelhecimento é acompanhado do progressivo aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e, a grande maioria dessas doenças pode ser evitada, uma vez que, algumas delas, a causa principal não se encontra em fatores genéticos e, sim, em fatores de risco ambiental e comportamental.

Para as referidas autoras, quando as doenças crônicas já existem, os agravos devem ser adequadamente monitorados de forma a evitar, minimizar ou postergar a instalação de processos incapacitantes. Quando isso não é possível, mostram-se fundamentais as políticas públicas que priorizem o acompanhamento dessas condições crônicas, com qualidade assistencial apropriada a tais demandas, e que atuem como suporte a esse grupo e a seus familiares, de forma a permitir um envelhecimento com dignidade e respeito.

A Organização mundial de saúde (OMS) caracteriza a doença crônica não transmissível (DCNT) como doença com muitos fatores de risco associados, longo percurso de latência, irreversível e de origem não infecciosa que gera incapacidade funcional. Afeta as pessoas mais vulneráveis, que não tem muito

acesso as ações e serviços de saúde, sendo os principais fatores de risco comum para a maior parte das DCNT, o tabagismo, a falta de atividade física, a alimentação não saudável e o consumo de álcool (OMS, 2011).

E de acordo com o documento sobre as *diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS*, o perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade e agudizações de condições crônicas. Esse documento sinaliza que a maioria das pessoas idosas possui algum tipo de doença ou disfunções orgânicas.

De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças crônicas afetam cerca de 70% dos idosos brasileiros, sendo que 40% deles têm ao menos uma, enquanto que 29,8% têm duas ou mais. Essas enfermidades são adquiridas após anos convivendo com hábitos inadequados, e implicam diretamente na qualidade de vida e autonomia, além de serem responsáveis por mais de dois terços das mortes no país, o que coloca em risco a vida de milhares de idosos (BRASIL, 2010).

Outra consideração sobre as DCNT em idosos é a evidência principalmente das doenças cardiovasculares e as doenças mentais e neurológicas. Entre as doenças mentais que mais afetam os idosos, prevalecem as demências e a depressão.

No conceito ampliado de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é vista como qualidade de vida, dependente não só das questões biológicas, mas também sociais, culturais, econômicas e ambientais. Assim, a Lei Orgânica da Saúde explicita:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

Quanto a internação entre as pessoas idosas, dados do DATASUS (2010) a faixa etária de 60 anos e mais tem a maior porcentagem de internação entre os grupos etários (12,3%). Importante também citar que dentre as doenças crônicas, as demências também crescem no Brasil, o que acaba aumentando o nível de dependência e incapacidade dos idosos e aumento nos custos de saúde.

Pinheiro e Freitas (2006), afirmam que por serem os idosos um grupo etário com maior probabilidade de desenvolver várias doenças, tendem a ser

tratados por diversos especialistas que, na ausência de um diagnóstico resulta no tratamento apenas de sintomas, por isso a importância de um médico geriatra, o qual se distingue por sua abordagem abrangente e interdisciplinar, visando à autonomia e a independência funcional.

Dessa forma, é notável que a prevalência de doenças crônicas entre as pessoas idosas é real, e possivelmente, acarretará em aumento das internações hospitalares, portanto, necessita de ações e serviços de saúde que propiciem um atendimento contínuo.

Diante disso, Veras (2003) destaca a importância que se deve ter na atenção básica, no sentido de prevenir e promover a saúde da pessoa idosa, e assim, diminuir a prevalência dessas doenças. Assim, o autor, pauta-se nas orientações da OMS que recomenda que políticas de saúde na área de envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), dando ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais.

Siqueira (2007) diz que ser ativo e participativo após os 60 anos, de acordo com as próprias limitações e potencialidades, não pode ser considerado como um privilégio conquistado pelo indivíduo, mas um direito que o Estado deve garantir a seus cidadãos. A sociedade tem o dever de promover um ambiente no qual seus idosos possam desfrutar direitos e oportunidades, após uma vida dedicada a construção da sociedade.

Afirma ainda Siqueira, que o Brasil já possui um amplo arcabouço legal para a garantia dessas condições. Entretanto, a pesquisa “idosos no Brasil” destaca que os idosos brasileiros tem demandas específicas e, portanto, necessidades prementes não atendidas. Assim, esta autora alega que existe um hiato entre as propostas de políticas públicas e sua concretização, no que tange ao que o idoso realmente necessita, para que os recursos sejam direcionados pelas necessidades sentidas e as demandas apresentadas, e não apenas a visão de profissionais e planejadores de políticas públicas.

Se por um lado o envelhecimento populacional representa o êxito na saúde pública, por outro, sob o ponto de vista da economia, representa um grande impacto na política financeira, principalmente na área da Previdência e na assistência à saúde (FREITAS, 2006; GOLDMAN, 2006).

Goldman (2006) afirma que as conquistas médico-sanitárias e a melhoria nos serviços de infraestrutura básica parecem ser as principais responsáveis pelo aumento da vida média. Porém, observa em sua pesquisa que a população que chega a alcançar a idade mais elevada encontra dificuldades em se adaptar às condições de vida atuais, pois encontra limitações físicas, psíquicas, sociais e culturais decorrentes do envelhecimento, sente-se excluída no mercado de trabalho, em sua própria família e na sociedade em geral.

Assim, torna-se imprescindível na sociedade o desenvolvimento de políticas e programas que propiciem um envelhecimento saudável e, também de atender o idoso de forma a minimizar o sofrimento decorrente das doenças crônico-degenerativas, típicas do envelhecimento (PINHEIRO; FREITAS, 2006; VERAS, 2012).

Referindo-se ao Amazonas, 390 mil pessoas possuíam 60 anos ou mais em 2018, e representavam 10% da população do Estado, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, realizada pelo IBGE. Ainda de acordo com esta pesquisa, somente no município de Manaus haviam 237 mil pessoas idosas, que representavam 11,1% da população da capital.

A mesma pesquisa realizada anteriormente, em 2013, apontou que havia no Amazonas 293 mil pessoas com 60 anos ou mais e, em Manaus havia 149 mil pessoas na mesma faixa etária. Do total de pessoas idosas no Estado do Amazonas, 15 mil possuíam limitação funcional para realizar atividades de vida diária (AVD) e 11 mil recebiam cuidados de familiar para realizar tais atividades. Neste mesmo ano, 61 mil pessoas com 60 anos ou mais de idade do Amazonas participavam de atividades sociais organizadas.

Doenças Crônicas em 2013 no Amazonas de acordo com a pesquisa:

1) Doenças do Coração: Havia 40 mil pessoas de 18 anos ou mais que foi diagnosticado com alguma doença do coração. Em Manaus, eram 23 mil pessoas nessa condição;

2) Asma: Um total de 127 mil pessoas com 18 anos ou mais foram diagnosticadas com asma e 4.000 possuíam grau intenso ou muito intenso de limitação nas atividades habituais devido à asma. Em Manaus, esse número era de 75 mil pessoas de 18 anos ou mais de idade e 3.000 possuíam grau intenso ou muito intenso de limitação nas atividades habituais devido à asma.

3) Acidente Vascular Cerebral (AVC): 38 mil pessoas com 18 anos ou mais foram diagnosticadas com AVC e 9 mil possuíam grau intenso ou muito intenso de limitação nas atividades habituais devido ao AVC. Em Manaus, esse número era de 24 mil pessoas de 18 anos ou mais de idade e 8 mil possuíam grau intenso ou muito intenso de limitação nas atividades habituais devido ao AVC.

4) Câncer: 18 mil pessoas com 18 anos ou mais foram diagnosticadas com câncer. Em Manaus, esse número era de 10 mil pessoas de 18 anos ou mais de idade.

Os dados desta pesquisa não apresentam os agravos que acometem apenas as pessoas idosas, incluem a população geral com idade de 18 anos e mais. Esse resultado vem evidenciar que é preciso mais investimento na atenção básica de saúde, atendendo aos princípios do SUS, no que refere-se a prevenção e promoção uma vez que muitos agravos poderiam ser evitados se a população tivesse mais acesso aos serviços ao longo da vida.

1.3.1. Aspectos da Saúde (agravos) das Pessoas Idosas analisadas pelas Autoras das Dissertações

Segundo MS (2012)

O idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado (Diretrizes para o cuidado das Pessoas idosas no SUS) (p.20).

Veras (2012) chama a atenção para a necessidade de se inverter a lógica atual do sistema de saúde, centrada no tratamento de enfermidades já existentes, em detrimento das ações de prevenção. Assim, para ele, devem ser ampliadas as ações de promoção e educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia, só assim será possível assegurar mais qualidade de vida aos idosos.

Este autor é um árduo defensor da prevenção: “a prevenção não é um custo, mas um investimento com lucro certo, desde que bem realizada” (p.2). Diz que estimulando a prevenção estaremos preservando, no futuro, a capacidade funcional dos idosos.

E, justifica afirmando que a maior parte das doenças crônicas que acometem o idoso tem na própria idade seu principal fator de risco, portanto, a

pessoa terá que ter habilidade para conduzir a própria vida de maneira independente e autônoma, ou seja, sua capacidade funcional. Dessa forma, ressalta a importância de uma política de saúde com foco na manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas.

Esta ideia é propagada também por Moraes (2012), que define saúde como a capacidade de realização e satisfação das necessidades e não como ausência de doença. Assim, mesmo com doenças, o idoso pode continuar desempenhando seus papéis sociais. O foco da saúde está relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. Dessa forma, assim como Veras (2003), ressalta que com o aumento das doenças crônico-degenerativas implicará necessidade de reorganização do sistema de atenção à saúde que devem ser orientados para a priorização do cuidado crônico.

A luta por esse modelo de saúde deve ser uma luta de todos, pois é de conhecimento geral que o modelo atual está muito mais voltado para atendimentos curativos do que preventivos. É preciso investimento e compromisso profissional, frente as ações de prevenção e, também ações educativas para que se desenvolva na população a cultura de procurar os serviços de saúde para prevenção e não somente para tratar a doença.

A seguir apresentamos os principais agravos de saúde acometidos por pessoas idosas que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI)⁴ e, também as que participam do Centro de Convivência do Idoso.

As UBS, CAIMIs e Centro de Convivência do Idoso estão situados em diferentes zonas da cidade, conforme discriminado nos quadros que seguem.

Quadro 4- Agravos a Saúde do Idoso

Doenças/ Zona	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%

⁴ Lócus de pesquisa das autoras das dissertações.

Alcoolismo	0	0	0	7%
Próstata	3%	0	0	7%
Bexiga Baixa	21%	0	1%	10%
Outros	12%	17%	1%	13%

Fontes: PIBIC 2009 (MAIA e PONCE DE LEÃO). Elaborada por SILVA (2011).

Neste quadro elaborado por Silva (2011)⁵, é possível visualizar a prevalência de hipertensão arterial e diabetes acometendo as pessoas idosas em todas as zonas. Silva infere que essas doenças estão aparecendo em números tão elevados, que erroneamente, leigos já as consideram comuns ou normais em pessoas idosas.

Quadro 5- Principais Agravos a Saúde do Idoso usuários do CAIMI

CAIMIs	Zona Sul	Zona Oeste	Zona Norte
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

Fonte: Melo, 2009. Pesquisa de Campo PIBIC. Elaborado por Silva (2011)

Em relação aos agravos que acometem as pessoas idosas nos CAIMIs, Silva constatou que a maioria são os mesmos agravos que acometem a demanda da atenção básica: Hipertensão, Diabetes, reumatismo, colesterol, problemas de vista. Afirma ainda, a partir desses dados⁶, que o idoso tem muitas patologias crônico-degenerativas, e cita que a grande parte, 87% do total das pessoas idosas que foram entrevistadas nos CAIMIs⁷ não buscava os serviços médicos quando mais novos.

Esta pesquisa demonstrou também, segundo Silva, que (40%) dos idosos relataram que quando mais jovens não tinham doenças, entretanto o mesmo percentual (40%) salientou a dificuldade que tinham de acesso aos serviços de saúde na juventude, o que se justifica pelo tipo de assistência à saúde antes de 1988, que era restrito ao trabalhador que contribuía para a previdência. 13% do total de entrevistados afirmaram se prevenir de doenças através de cuidados com

⁵ Elaborado a partir de dados secundários de pesquisa anterior realizada por Maia e Ponce de Leão, PIBIC (2009). PONCE DE LEÃO, Alice Alves M. Trajetória 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.

⁶ Dados secundários obtidos da pesquisa de Melo (2009). MELO, Nathalie Santana de. Trajetória 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

⁷ Do total de 100% de pessoas idosas atendidas nos três CAIMIs, segundo Silva (2011).

alimentação e não com exames preventivos. A maioria 87% afirmou que não se preocupava ou não tinham nenhum tipo de atitude preventiva (Silva, 2011).

No quadro seguinte, Silva (2011) apresenta os resultados da pesquisa de Melo (2009), na qual apresenta os agravos acometidos por pessoas idosas em duas unidades básicas de saúde e no parque municipal do idoso, ambos na zona sul de Manaus.

Quadro 6 – Principais agravos acometidos aos idosos das UBS,

Principais agravos	Mulheres	Homens	Total
Hipertensão	3	4	7
Diabete	1	1	2
Reumatismo	-	1	1
Colesterol alto	-	-	-
Osteoporose	3	-	3
Gastrite	1	-	1
Nenhuma doença	-	1	1

Fonte: Melo, 2009. Pesquisa de Campo PIBIC. Elaborado por Silva (2011)

E, no Parque do Idoso de Manaus,

Quadro 7 - Principais agravos acometidos aos idosos do Parque

Principais agravos	Mulheres	Homens	Total
Hipertensão	2	4	6
Diabete	2	3	5
Reumatismo	3	-	3
Colesterol alto	-	1	1
Osteoporose	1	-	1
Gastrite	1	-	1
Nenhuma doença	1	-	1

Fonte: Melo, 2012. Pesquisa de campo. Dissertação PPGSS. Elaborado por Silva 2011.

Na pesquisa realizada por Melo (2012)⁸, foram encontradas as doenças crônico-degenerativas representando grande parte das enfermidades que acometem os idosos nas unidades pesquisadas. É possível notar que a incidência de “pressão alta” como é popularmente conhecida a hipertensão é recorrente entre os idosos⁹.

Segundo Melo esta autora o aparecimento dessas doenças pode estar relacionado ao estilo de vida como alimentação, sedentarismo, etilismo, consumo de tabaco, dentre outros, mas também pode ter origem nos tipos de trabalhos que os idosos exerceram, como é o caso de idosos que praticaram atividades que exigiam grande esforço físico, ou que trabalharam em ambientes insalubres.

⁸ MELO, 2012. Trabalho e condições de envelhecimento em Manaus: estudo com os idosos usuários das unidades básicas de saúde da zona sul e com os participantes do parque municipal do idoso. Dissertação mestrado. PPGSS UFAM.

⁹ Dados referentes aos anos 2008/2009, período da realização da pesquisa de campo a qual a autora utilizou como fontes secundárias na sua pesquisa atual (2012).

De acordo Moraes (2012), o rápido envelhecimento da população brasileira modificou profundamente o padrão de morbimortalidade, com maior ênfase na abordagem das doenças crônicas degenerativas, também conhecidas como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

E, de acordo com este autor,

O conceito clássico de doença não consegue englobar todas as circunstâncias da saúde das pessoas, que necessitam do sistema de saúde, mas que não são patológicas. A terminologia mais apropriada para denominar isso é condição de saúde e que pode ser caracterizada em condição aguda ou crônica (p.61).

As principais diferenças entre a condição aguda ou crônica foram demonstradas por Mendes (2011) da seguinte forma:

Quadro 8- Condição de saúde aguda e crônica

Variável	Condição aguda	Condição crônica
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltipla
Duração	Curta	Indefinida (> 3 meses)
Diagnóstico e prognóstico	Comumente bem definidos	Comumente incertos
Objetivo das intervenções terapêuticas	Cura	Prevenção, controle, reabilitação ou palição
Natureza das intervenções	Centrado no cuidado profissional	Centrada no cuidado profissional e no autocuidado apoiado
Conhecimento e ação clínica	Centrado no médico	Compartilhado entre os médicos, equipe interdisciplinar e o usuário
Sistemas de atenção à saúde	Reativo e fragmentado	Proativo e integrado
Exemplos	Infarto agudo, pneumonia, ITU, etc.	Doenças crônico-degenerativas, gravidez, puericultura...

Fonte: Mendes (2011) Modelos de atenção à saúde do idoso (MS 2012).

Os agravos de saúde acometidos pelas pessoas idosas demonstrados nas pesquisas de Silva (2011)¹⁰ se incluem no quadro de condição crônica, cujos objetivos das intervenções terapêuticas devem pautar-se na prevenção, controle e reabilitação, e, as ações clínicas devem ser compartilhadas entre os médicos, equipe interdisciplinar e o usuário.

As ações desenvolvidas pela atenção básica de saúde, através de uma equipe interdisciplinar, são fundamentais no acompanhamento das condições de saúde das pessoas que apresentam agravos crônico-degenerativos.

¹⁰SILVA, 2011. Política de saúde voltada ao idoso – uma análise das ações no âmbito da atenção básica na cidade de Manaus. Dissertação PPGSS mestrado UFAM.

Na pesquisa realizadas por Silva (2011) nas UBS¹¹, foi constatado que nem sempre as unidades possuíam o número suficientes de profissionais para oferecer esse atendimento interdisciplinar às pessoas idosas.

Conforme relata Silva (2011, p.102),

[...]não se tem nem qualificação nem quantidade suficiente para esse atendimento; ...Nas unidades de saúde, não tem profissionais com especialização voltada para o idoso; ...os usuários queixaram-se que nem sempre a consulta médica está disponível.

Percebe-se que nas referidas unidades de saúde não há profissionais suficientes para atender às necessidades dos usuários, o que não é fato exclusivo dessas unidades, a escassez de recursos humanos é recorrente nos serviços públicos de saúde¹².

Não podemos também deixar de observar neste contexto que o atendimento à saúde parece estar centrado na figura do médico, sendo este considerado o mais importante e necessário, e sua falta sentida tanto pelos usuários quanto por outros profissionais, o que reflete que o modelo de saúde centrado na figura do médico, ainda não foi superado totalmente.

Não estamos inferindo que o médico não seja importante no atendimento saúde, porém, o atendimento multidisciplinar faz parte do conjunto de ações para a melhoria dos serviços de saúde no SUS. Conforme previsto nas *diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus*, a atenção básica de saúde deve atuar com ampla cobertura populacional e equipe multidisciplinar.

Essa concepção de que o profissional médico tem maior importância que outros profissionais, pode-se considerar como algo cultural, construído desde os primórdios, quando se entendia o conceito de saúde como ausência de doença, onde qualquer alteração no estado físico da pessoa era considerada doença, necessitando de intervenção médica, uma vez que os modelos de serviços de saúde eram puramente curativos, dessa forma, não necessitava de qualquer intervenção ou orientação de outro profissional.

Apesar dos avanços nos modelos de saúde que passaram a incluir fatores, como os sociais, econômicos, psicológicos, entre outros, como condicionantes e determinantes no processo de adoecimento, a maioria dos

¹¹As pesquisas foram realizadas em 2011, em três UBS da zona norte e três da zona oeste, cada unidade foram selecionados 5 idosos totalizando 30.

¹² Conforme aponta Sakuta (2017), o quadro de trabalhadores no distrito leste de Manaus é pequeno para a abrangência da área de sua cobertura, contando em 2015 com apenas 1.711 trabalhadores para cerca de 447.946 habitantes, considerado o censo oficial do IBGE(2010).

usuários ainda busca nos serviços de saúde apenas a “cura” de suas doenças, por isso desejam somente o atendimento do médico e remédios, conforme relato de alguns idosos atendidos nas UBS¹³ entrevistados por Silva (2011).

(Idoso 1) ... “No posto só tem remédio para pressão alta e diabete e ainda são poucos”;

(Idoso 2) ... “agora temos prioridades nas consultas, tem remédio, mais ainda falta muito a fazer pelo idoso”.

Dessa forma, refletimos se será possível ainda modificar a visão sobre os serviços de saúde nas unidades básicas, e a quem é devido essa responsabilidade? As pessoas idosas procuram a “cura” para suas doenças, e, ao ser atendida pelo médico e receber remédios, sentem-se satisfeitas, mas sabem que ainda falta muito a ser feito por elas.

No entanto, nem sabem o que falta realmente, ou não cobram porque não sabem para quem cobrar. É preciso mais envolvimento de todos os profissionais no sentido de orientar as pessoas idosas sobre seus direitos, sobre os cuidados com a saúde, mas essa ação deve ser realizada de forma contínua e tão natural quanto “dar” remédio na UBS.

O Art. 198, Seção II, da CF, estabelece o atendimento integral à saúde como uma das diretrizes do SUS, e diz que as ações preventivas devem ser prioridade, sem prejuízo das assistenciais. Assim, entende-se que essa atenção integral somente se concretiza através da atuação de uma equipe multidisciplinar, a qual será composta por profissionais de diversas áreas a fim de desenvolverem intervenções eficazes na saúde das pessoas.

Melo (2012, p. 57) questiona “como tratar de doenças crônicas na velhice? Como prevenir algo que já está posto?”. Afirma que a prevenção usualmente abordada se dá no controle medicamentoso, ou seja, através do uso medicamentosos, dessa forma, será que podemos considerar como prevenção?

Enfatiza que a prevenção a que se refere em seu trabalho¹⁴ trata-se da prevenção em longo prazo,

[...] se torna premente trabalhar com os jovens e adolescentes de hoje para a aderência de novos padrões de comportamento, adotando desde já ações que promovam uma nova percepção sobre a vida, envelhecimento e saúde,

¹³ UBS das zonas norte e Oeste de Manaus. SILVA, 2011. Política de saúde voltada ao idoso – uma análise das ações no âmbito da atenção básica na cidade de Manaus. Dissertação PPGSS mestrado UFAM.

¹⁴ MELO, 2012. Trabalho e condições de envelhecimento em Manaus: estudo com os idosos usuários das unidades básicas de saúde da zona sul e com os participantes do parque municipal do idoso. Dissertação mestrado. PPGSS UFAM.

visando uma velhice menos estigmatizada, mais ativa e menos debilitada por doenças crônicas (MELO, 2012, p.97).

E observa que a atenção básica não tem alcançado índices satisfatórios, uma vez que tem dado maior ênfase a uma assistência de baixo custo e de caráter curativo, não investindo na dimensão sanitária e preventiva prevista para atenção primária, e que ainda persiste a “visão biomédica” onde o foco é a relação saúde/doença, desconsiderando o fatores biopsicossociais da totalidade humana, colocando o médico como personagem principal na resolução dos problemas de saúde.

A sua 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 que acaba sobrecarregando os níveis de maior complexidade (hospitais), gerando custo alto para os cofres públicos.

Moraes (2012) afirma que a transição epidemiológica no Brasil, responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, especialmente a “epidemia das doenças crônicas e incapacidades funcionais” vem resultando em maior uso de serviços de saúde.

Doenças crônicas como diabetes e da hipertensão arterial e as incapacidades funcionais são observadas também na maioria dos pacientes idosos com insuficiência renal.

Lima (2015) relata em sua pesquisa¹⁵ que as pessoas idosas, portadoras de Insuficiência Renal Crônica, sofrem duplamente: em função do próprio processo de perda das capacidades físicas e psíquicas e também pelos condicionantes e limitações que as doenças crônicas lhes impõem no dia a dia.

Relata que o atendimento ao idoso com IRC visando a ampliação do seu tempo de vida, envolve uma série de ações na atenção básica, além de medidas universais de promoção à saúde e a prevenção deste agravo, principalmente a partir do controle estrito do diabetes e da hipertensão arterial.

De acordo com Lima (2015) esses pacientes idosos com IRC não são autorizados para transplante devido à idade avançada, sendo limitado seus tratamentos somente à diálise, devendo lá permanecer até o óbito. Dessa forma, destaca que o grande impacto causado pela doença tanto no plano individual

¹⁵ LIMA, 2015. O cotidiano das pessoas idosas com Insuficiência Renal Crônica (IRC) participantes do programa SOS vida e atendidas nas unidades de saúde de Manaus. Dissertação PPGSS mestrado UFAM.

quanto no coletivo pode ser expresso pelo alto nível de sofrimento que a enfermidade acarreta.

Lima (2015) constatou também que a totalidade de clínicas voltadas ao tratamento de diálise no Amazonas é insuficiente para atender a demanda posta pela população e concluiu que o processo de adoecimento destas pessoas é resultado da incapacidade do Estado de gerir e fazer valer as normas legais que ele mesmo cria.

Assim, os aspectos dos agravos de saúde das pessoas idosas sujeitos das pesquisas realizadas pelas autoras das dissertações aqui analisadas, em geral, apresentam agravos crônicos que necessitam de cuidados preventivos para evitar o agravamento. No entanto, Veras (2003) diz que a expressão “prevenção para idosos” é semanticamente inadequada, pois não se pode prevenir algo que já está instalado, assim o que se busca não é a cura, mas a estabilização, o monitoramento e a manutenção da qualidade de vida, apesar da doença (p.4).

Assim, Veras (2003) defende que é necessário que se desenvolva ações integradas entre todos os níveis de cuidado: ter um fluxo bem desenhado de ações educativas, promoção da saúde, prevenção e postergação de moléstia, assistência precoce e reabilitação de agravos.

Essa integralidade é prevista na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que estabelece como suas diretrizes: Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.

Assim, considerando a diversidade da população idosa e de suas necessidades, é que *as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral*¹⁶ propõe como primordial para a atenção à saúde a articulação entre as diferentes políticas setoriais. Nesse compartilhamento de responsabilidades serão priorizadas as políticas de Assistência Social e Direitos Humanos.

Compreendemos que envelhecimento não é doença, que a saúde não acaba simplesmente porque envelhecemos. Ter saúde significa bem mais que não ter doença. Engloba uma série de fatores que vai desde o compromisso

¹⁶ Documento tem por objetivo fomentar discussões sobre as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS e propor um modelo de atenção integral que contribua na organização do cuidado ofertado pelos estados e municípios brasileiros. BRASIL, 2014.

individual com o próprio corpo até a disponibilidade de serviços essenciais por parte do poder público.

Moraes (2012) diz que assistência à saúde não deve ser confundida com assistência às doenças. Assim, as ações de saúde devem ser pensadas no sentido de promover a saúde e não, unicamente, tratar as doenças.

Dessa forma, os serviços de saúde voltadas às pessoas idosas devem promover ações intersetoriais, visando a integralidade e continuidade do cuidado, considerando o que o Art. 3º do SUS afirma: “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte e o lazer”.

Assim, consideramos que promover às pessoas idosas melhores condições de vida e saúde requer o engajamento de toda a sociedade, no sentido de valorizar suas histórias de vida, respeitando sua autonomia e preservando os laços, ou cultivando novas relações que conduzam a atitudes de respeito e sensibilidade às necessidades específicas dessa fase da vida denominada velhice.

É primordial que os serviços de saúde sejam pensados e desenvolvidos para atender aos aspectos da saúde da população idosa em suas especificidades, levando em conta as situações que permeiam sua vida, suas relações cotidianas, sua identidade e, principalmente sua autonomia.

CAPÍTULO II – AS POLÍTICAS DE SAÚDE E ATENÇÃO À PESSOA IDOSA

Saúde não é nem conquista, nem responsabilidade exclusiva do setor saúde; resulta de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos culturais que combinam, de forma particular, em cada sociedade e em conjunturas específicas, redundando em sociedades mais ou menos saudáveis. (BUSS, 1996)

O Estatuto do Idoso preconiza a necessidade de prevenir e manter a saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário visando a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Vários trabalhos apontam que o envelhecimento da população já é algo consolidado na sociedade, o que consta nos debates atuais, portanto, são os impactos desse prolongamento da vida, que entre outras discussões, passam a requerer mudanças significativas nas políticas sociais, em especial na área da saúde. (VERAS, 2012).

Desta forma, buscamos neste capítulo refletir sobre a complexidade que envolve a saúde da pessoa idosa e de como as Políticas Públicas de Saúde atuam nesse processo de desenvolvimento de ações e serviços que deem conta de atender às reais necessidades e garantir os direitos desse segmento populacional cada dia mais crescente em nossa sociedade.

2.1. A Política de Saúde e a criação do SUS

A Constituição Federal de 1988 referendou o direito universal e integral à saúde através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O qual foi regulamentado pela lei 8.080 /1990, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços relacionados. A lei 8.142 /1990 foi criada para complementar a lei anterior, passando a incluir a participação da comunidade na gestão do SUS, criando mecanismos de controle social. (BRASIL,2010).

Antes de a saúde ser assegurada como direito universal, a qual todos os cidadãos, brasileiros ou não, pudessem ter acesso, a assistência à saúde passou por um longo processo de transformações no que se refere aos modelos, ao acesso e as intervenções por parte do poder público.

Assim, reportamo-nos aos estudos de Bravo(2007), Cohn (1999), Behring & Boschetti (2011), Sposati et al (2014), dentre outros, que trazem importantes reflexões acerca da saúde pública no Brasil.

A intervenção do Estado na assistência à saúde dos cidadãos ocorreu no Brasil a partir da década de 30. Esse período foi marcado pelo crescente movimento pelo acesso aos direitos sociais, através do início das discussões trazidas pelos operários sobre os direitos trabalhistas. Surgiram também algumas iniciativas no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas (BRAVO, 2007).

Apesar dessas iniciativas, as ações de saúde ainda eram dirigidas somente para a cura das doenças através de ações filantrópicas e prática liberal, não existia ainda nenhuma intervenção no sentido de prevenção (IDEM).

Cohn *et al* (1999:17) ao analisar a saúde retrospectivamente apontam que,

[...] as políticas de saúde no país, que sempre contaram com um suporte financeiro bastante frágil, vão cristalizando um acesso extremamente desigual da população aos serviços de saúde, ao mesmo tempo estigmatizante. Elas instituem, de um lado, a concepção da clientela como carente, e de outro, uma diferenciação entre assalariados por níveis de renda e padrões de inserção nos setores da economia.

Continua explicitando estas autoras que a assistência à saúde da população em geral eram ações voltadas apenas ao controle de endemias e a grupos seletos, casos em que o governo intervia para conter a calamidade pública. Não havia nenhuma política de saúde voltada para a prevenção de doenças e nem para tratá-las de forma individual, era sempre no âmbito coletivo.

Além do mais, só tinha acesso quem possuía seguro social, por meio de contribuição descontada no salário,

[...] não se constitui, portanto, saúde como um direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim, a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório (COHN, et al, 1999, p.15).

Tais ações expressavam que havia interesse em tratar as doenças quando já manifestadas para evitar que se propagassem e viessem prejudicar os interesses capitalistas.

Segundo Mendes (1999), o sistema de saúde no Brasil transitou do sanitarismo campanhista (início do século até 1965) para o modelo médico assistencial privatista, até chegar, no final dos anos 80, ao modelo plural hoje vigente, que se inclui como sistema público, o Sistema Único de Saúde.

Este autor afirma que no período da monocultura cafeeira onde a economia era baseada no modelo agroexportador, o que se exigia do sistema de saúde era somente ações interventivas nos espaços de circulação das mercadorias, controlando as doenças que poderiam vir a prejudicar as exportações, o que demonstrava o descaso com a saúde do trabalhador.

Com o processo de industrialização no Brasil crescendo de forma acelerada, esses trabalhadores foram deslocados para a área urbana, o que passou a exigir um novo modelo de saúde, que precisaria atuar mais sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva. (MENDES, 1999)

Observamos assim, que o modelo de saúde não privilegiava o indivíduo em suas especificidades humanas, era visto apenas como um reprodutor dos modos de produção capitalista, o que importava era deixá-lo em condições de trabalhar e contribuir para a riqueza dos outros. Apesar de passadas várias décadas e várias formas de produção, a realidade do trabalhador não mudou muito.

No período que houveram essas mudanças citadas por Mendes (1999) a saúde emerge, segundo Bravo (2006), como “expressão da questão social” a partir do início do trabalho assalariado, quando foram surgindo os primeiros movimentos por parte dos trabalhadores devido às condições a que eram submetidos.

Como resultante desses movimentos, contra as péssimas condições de trabalho e da falta de garantias de direitos trabalhistas, os operários conquistaram alguns direitos sociais, entre eles a aprovação da Lei Eloi Chaves em 1923 pelo Congresso Nacional. Essa lei instituiu as caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), organizadas pelas empresas e pelos próprios trabalhadores, e foi de certa forma, responsável pela ampliação dos serviços de saúde, apesar de ainda serem bem restritos à algumas categorias profissionais. (COHN,1999; BRAVO, 2007).

Todas essas situações, atreladas à conjuntura econômica e política da época, possibilitaram o surgimento das políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. Assim, as expressões da questão social referentes à saúde necessitavam transformar-se em questões políticas, para que o Estado passasse a intervir e assim, beneficiar outros trabalhadores.

Contudo, não podemos deixar de abrir um parêntese para destacar nesse contexto, que a política social criada para dar respostas às essas expressões da questão social foi, de acordo com Behring & Boschetti (2011), repressiva, e incorporou apenas algumas demandas da classe trabalhadora, sem no entanto, atingir a essência da questão social, isto é, as políticas sociais surgiram para “abafar” a péssima situação de trabalho e saúde da classe operária.

Sposati et al (2014) sinalizam que o caráter assistencial das políticas sociais as configuram como compensatórias de “carências” (p.45), e, permite ainda um corte nas políticas sociais, de forma que podem tanto consagrar direitos, como dar apenas respostas emergenciais, fragmentadas e focalizadas. Assim,

[...] as políticas sociais se prestam a reduzir agudizações e se constituem em espaço para que o grupo no poder possa, de um lado, conter conflitos e, de outro, responder “humanitariamente” a situações de agravamento da miséria e espoliação de grupos sociais; [...] o assistencial é uma forma de caracterizar a exclusão com face de inclusão, pela benevolência do estado frente a “carência dos indivíduos” (p.47).

Pereira (2011) também referindo-se a política social infere que esta, em qualquer tempo e contexto, pelo fato de ser um produto da relação entre Estado e sociedade, sempre tem procurado satisfazer as necessidades sociais, mas sem deixar de atender aos interesses das elites do poder, assim sempre vai lidar com interesses opostos.

Diante do exposto, compreendemos que as políticas sociais são produto histórico de uma luta entre projetos societários distintos. Tinha como objetivos manter sob controle as relações de trabalho e enfrentar a questão social contendo os movimentos da classe trabalhadora que reivindicava seus direitos.

Retomando às políticas de saúde, Bravo (2007) data o período da década de 30 quando o Estado passou a atuar diretamente na assistência em saúde, apesar de ser ainda um direito apenas dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, o que Bravo chamou de medicina previdenciária, mantida pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

Mais tarde, durante a ditadura, o governo militar procurando estender para todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes, os benefícios da previdência social, unificou os IAPs. Assim nasceu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1974. (COHN, 1999, BRAVO, 2007).

A criação do INPS propiciou a unificação dos diferentes benefícios ao nível do Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), na medida em que todo

trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema. No entanto, ao aumentar o número de contribuintes e beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Diante deste fato, o governo tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada (IDEM), como já era, contraditoriamente.

Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, formando assim um complexo sistema médico industrial. Este sistema foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo, quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978. (COHN 1999).

Dessa forma podemos resumir a trajetória do sistema de saúde no Brasil, pautado nas campanhas sanitárias voltadas ao coletivo visando o controle das doenças, e, ao modelo médico assistencial privatista, de cunho contributivo através dos IAPs e depois pelo INPS. Esses dois momentos, de acordo com Bravo (2007), sinalizam a política de saúde de caráter nacional organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária (p. 91).

Vale salientar que durante os anos de 1964 a 1985, o Brasil viveu o período ditatorial, caracterizado como autoritário e repressor. Porém, mesmo diante deste contexto, em meados da década de 70, houve emergência do movimento sanitário, o qual ganha força a partir da década de 1980 quando o debate sobre melhores condições de vida da população ganha apoio de profissionais de saúde e representantes de várias entidades, que fortaleceram o debate em torno da proposta da reforma sanitária. (BRAVO, 2007).

Assim, segundo Bravo (2007), esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos sociais da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. De forma que “a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a reforma sanitária” (p.96).

Dessa forma, percebe-se que foi através das lutas desencadeadas pelo movimento sanitário que se pôde chegar à Lei n. 8080/90 do SUS que preconiza a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A promulgação da Constituição de 1988 inaugurou um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. Aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e, a partir desse momento, a saúde passa a ser assegurada pelo Estado a todos os cidadãos, brasileiros ou não, pois o acesso passa a ser universal e gratuito. De forma que passa a ter o seguinte texto:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF/88, Art. 196).

Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS nas esferas nacional, estadual e municipal é assegurada pela Lei Orgânica da Saúde- Lei n. 8080/90- a qual apresenta no Artigo 7 os seguintes princípios e diretrizes:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

O SUS tem como objetivos prestar assistência à saúde obedecendo os princípios básicos de direito de cidadania, preservando a individualidade e o

respeito às pessoas, atendendo a todos de forma igualitária, sem discriminação ou privilégios.

A cartilha *SUS a saúde do Brasil* do Ministério da Saúde (2009) traz um resumo da evolução da saúde pública no Brasil, a partir da Constituição Federal de 88:

Quadro 9- O SUS e seus marcos

<p>1988 A Constituição Brasileira reconhece o direito de acesso universal à saúde a toda a população, por meio de um Sistema Único de Saúde</p>	<p>1989 Registro do último caso de poliomielite no Brasil.</p>	<p>1990 Leis n.º 8.080 e n.º 8.142 regulamentam os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS</p>
<p>1991 Estruturação da rede de atenção básica em saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.</p>	<p>1992 Aprovação da Norma Operacional Básica (NOB 01/1992). Programa de Reorganização dos Serviços de Saúde.</p>	<p>1993 Descentralização e municipalização dos serviços e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).</p>
<p>1994 Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades.</p>	<p>1995 Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS</p>	<p>1996 Acesso e distribuição de medicamentos aos portadores de HIV/aids. Redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, estados, municípios e Distrito Federal.</p>
<p>1997 Criação do Piso de Atenção Básica (PAB) – repasse de recursos ao gestor municipal, por pessoa, para o atendimento à Saúde. Criação do Disque Saúde.</p>	<p>1998 Sistema Nacional de Transplantes. Plano Estratégico de Mobilização Comunitária para o Combate à Dengue.</p>	<p>1999 Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – uma nova etapa no registro e fiscalização de medicamentos e alimentos. Política Nacional dos Medicamentos Genéricos.</p>
<p>2000 Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – Regulamentação do setor privado de saúde.</p>	<p>2001 A Lei n.º 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.</p>	<p>2002 Publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), que define a regionalização e a assistência à saúde. Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.</p>
<p>2003 Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O programa “De Volta para Casa” contribui com o processo de reinserção social</p>	<p>2004 Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador. Programa “Brasil Sorridente”</p>	<p>2005 Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Publicação do Plano Nacional de Saúde</p>

de pessoas com história de internação psiquiátrica	– Um conjunto de ações para melhorar as condições de saúde bucal. Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobras).	
2006 Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhadas. Política de Saúde da Pessoa Idosa.	2007 Política Nacional sobre o Álcool e veiculação de campanhas sobre o uso abusivo. O governo decreta a licença compulsória do antirretroviral Efavire	2008 Ação efetiva para regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, que trata do financiamento das ações e serviços Públicos de saúde.
2009 Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1. Política Nacional de Saúde do Homem. Inauguração do centro de estudo para produção de células-tronco.	2010 Criação do primeiro cadastro nacional de pesquisas clínicas realizadas em seres humanos. Universidade Aberta do SUS. Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena.	2011 Estratégia Rede Cegonha. Regulamentação da Lei n.º 8.080, de 19/9/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde. Programa Saúde Não Tem Preço.

Fonte: Ministério da Saúde (2011)

Entretanto, os avanços conquistados e instituídos no SUS não garantiram que sua implementação ocorresse sem resistências, houve interferências de grupos políticos contrários à consolidação do modelo de saúde voltado para universalidade, equidade, integralidade¹⁷. De forma que algumas propostas do SUS só tiveram início a partir da Norma Operacional Básica n. 96, a qual foi regulamentada pela NOB 98.

As NOBs constituem instrumentos jurídicos institucional, cujo objetivo é aprofundar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais que regulamentam a aplicação desta Lei. (CONASS, 2007).

Outro importante instrumento foi o das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 que trouxe mudanças significativas para a consolidação do SUS. A ênfase deste Pacto está nas necessidades de saúde da população. A ele estão

¹⁷ Segundo Bravo (2007) nos anos 90 assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de ajuste neoliberal. De forma que apesar dos avanços no texto constitucional, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes.

articulados o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida firma uma agenda nacional de prioridades que são pactuadas com os conselhos de saúde. Um novo modelo de financiamento é adotado com base no cumprimento das metas estabelecidas e prioridades, quais sejam: Atenção à Saúde do Idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; Saúde do homem. (MS, 2011).

O Pacto em Defesa do SUS convida a sociedade à participar na defesa dos avanços e conquistas na mobilização para superar os desafios do setor.

O Pacto de Gestão estabelece metas e diretrizes para o aperfeiçoamento da gestão, regulação do trabalho, educação em saúde e fomento à participação e ao controle social.

Para o desenvolvimento do SUS, conforme prevê a Constituição Federal, é de responsabilidade das três esferas de governo, de forma concorrente, em suas respectivas áreas de abrangência, uma vez que o direito universal à saúde é dever do Estado (sem distinção) e o financiamento do sistema tem como fonte conjunta, recursos do orçamento da União, dos estados e dos municípios (CONASS, 2003).

O Art. 8º. da lei 8080/80 afirma: “As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”. (CONASS, 2003).

Assim, de acordo com a lei orgânica da saúde, visando o melhor planejamento das ações e serviços do sistema, o SUS está organizado em três níveis de atenção: Atenção Primária ou Básica; Atenção Secundária ou Média Complexidade; e Atenção Terciária ou Alta Complexidade.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a

prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (MS, 2010).

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (IDEM).

Assim, a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Política Nacional de Atenção Básica foi aprovada em 2006 e revista em 2011 por meio da portaria 2488 de 21/10/2011, com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde, e, entre as propostas de reorientação do modelo, tem a Saúde da Família como sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (PNAB, 2011).

Em 2017 houve uma nova reformulação da PNAB, pela portaria 2423 de 21/09/2017, a qual vem incluir as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para a organização do SUS e destaca a Atenção Básica como porta de entrada preferencial ao sistema.

Conforme Santos et al (2020), a PNAB possui um caráter integral e universal que visa ofertar atenção primária à saúde das famílias e tem como prioridade a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), e destaca que a proximidade territorial com a população possibilita à atenção à saúde mediante atendimentos e serviços prestados por equipes multiprofissionais. (SANTOS, et al, 2020, p.310).

São princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica e utilizados na Portaria da PNAB de 2017:

1. Princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade.
2. Diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do

cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Assim, é papel de todos os profissionais do sistema de saúde procurar desenvolver ações através de articulação e integração dos serviços propiciando atendimento integral às demandas dos usuários, seguindo as recomendações da OMS, que orienta que os serviços de saúde devam se voltar para as necessidades e expectativas das pessoas e, para políticas públicas que garantam a saúde das comunidades, na perspectiva da equidade, minimizando a exclusão social, e ainda, conter interesses corporativos ou comerciais contrários as reais necessidades da população (OMS, 2008).

Assistência de média complexidade – setor secundário - é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Neste segmento temos as policlínicas, os Serviços de Pronto Atendimento (SPAs) e os ambulatórios.

Assim, a atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

A média complexidade cuja atenção está voltada para os serviços especializados, constitui-se como um serviço fundamental que visa atender aos principais problemas e agravos para que se evite que o paciente chegue até a alta complexidade. Entretanto, esse nível é o que os usuários têm mais dificuldades em acessar, devido à variedade de especialidades médicas e exames que não existem nos demais níveis, e, que se contrapõem a grande demanda de usuários por estes serviços que vai além da oferta.

Assistência de Alta Complexidade – setor terciário - é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Fazem parte dessa estrutura os pronto-socorros e os hospitais e maternidades (ELIAS; COHN, 1999).

Esse nível de atenção apresenta particularidades que expressam, muitas vezes, que houve falhas na prestação de serviços nos demais níveis, principalmente a atenção básica. O fato de nesse nível os serviços de saúde serem prestados em hospitais e pronto socorros constitui outra particularidade que o difere dos níveis de atenção baixa e média complexidade.

Assim, diante do conhecimento sobre os serviços de saúde e os níveis de complexidade do SUS nos questionamos por que essa política de saúde não se consolidou efetivamente, de forma que atenda a todos os cidadãos em suas necessidades e particularidades.

Sobre esses níveis de complexidade, Cecílio (2007) faz uma crítica em relação à essa rede hierárquica que define a atenção básica como porta de entrada para os demais níveis de atenção, quando na verdade, o acesso deveria se dar por qualquer ponto, isto é, a representação da estrutura deveria ser um círculo e não uma pirâmide. Assim, a população teria acesso a qualquer nível de atenção sem ter que cumprir uma ordem hierárquica.

Nogueira e Mioto (2007), afirmam que muitos aspectos desse acesso ainda não se concretizaram, e incidem em questões relacionadas à exclusão social em saúde. Apontam ainda a desarticulação entre a atenção básica e os demais níveis devido a forma distinta de financiamento. Outra razão, apontada pelas autoras é o baixo grau de resolutividade nesse nível de atenção, o que sobrecarregam os demais níveis pois não conseguem absorver todos os encaminhamentos, causando os conhecidos “gargalos” nos serviços de saúde (p. 236).

Entretanto, há de se considerar os avanços ocorridos com implantação do SUS, sendo um dos mais importantes avanços, o fim da separação entre os incluídos e não incluídos economicamente. Onde havia a saúde para quem tinha trabalho formal e seus dependentes, enquanto aqueles que não tinham vínculo previdenciário, restava-lhes a atenção ambulatorial e hospitalar filantrópica (CONASS, 2006).

Assim, o Ministério da Saúde (2011) exalta todas as conquistas do SUS diante dos benefícios que trouxe a população brasileira em relação a acesso a serviços, impensáveis nos sistemas anteriores que denotavam desigualdades e práticas privatistas, numa estrutura contrária às necessidades da população.

De forma que se configura assim a evolução do SUS, segundo Ministério da Saúde.

Quadro 10- A Saúde antes e pós SUS

Antes de 88	Hoje
O sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social. Quem não tinha dinheiro dependia da caridade e da filantropia. Centralizado e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários. Assistência médico-hospitalar. Saúde é ausência de doenças. 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares.	O sistema público de saúde é para todos, sem discriminação. Desde a gestação, e por toda a vida, a atenção integral à saúde é um direito. Descentralizado, municipalizado e participativo, com 100 mil conselheiros de saúde. Promoção, proteção, recuperação e reabilitação. Saúde é qualidade de vida. 152 milhões de pessoas têm no SUS o seu único acesso aos serviços de saúde.

Fonte: MS (2011).

O SUS foi um importante instrumento de inclusão, que pôs fim ao grande abismo que havia na saúde onde se separava os que podiam pagar e os que não podiam, deixando milhares de brasileiros fora da assistência à saúde.

Entretanto, a saúde pública vem sofrendo com a falta de investimentos, corte de recursos e desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde 2007, a situação vem agravada com a aprovação de Emendas Constitucionais, com a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e com a ofensiva aos direitos sociais. Esses ataques desestruturam os programas existentes de atenção à saúde, causando grande impacto e fragilizando o atendimento à pessoa idosa pelo SUS. (SANTOS et al 2020)

No atual governo o SUS encontra-se ameaçado pela tentativa de ataque visando acabar a universalidade do sistema de saúde, porém disfarçados de melhorias. Os programas criados nesta gestão parecem mais indicar retrocessos que avanços.

O Programa *Previne Brasil* foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. A proposta visa um novo modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe. (BRASIL, 2019).

Sobre o financiamento é descrito no artigo 9º,

O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por:

- I - capitação ponderada;
- II - pagamento por desempenho; e

III - incentivo para ações estratégicas.

No artigo 11º sinaliza que o repasse será realizado de acordo com o número de pessoas cadastradas “Para fins de repasse do incentivo financeiro será considerada a população cadastrada na eSF (equipe Saúde da Família) e na eAP (equipe de Atenção Primária) até o limite de cadastro por município ou Distrito Federal.

Segundo Massuda (2020) o financiamento da APS para municípios trará impactos sobre o SUS e sobre a saúde da população, que precisam ser identificados e monitorados. E, para esse autor, apesar do verniz modernizador que cobre a nova política da Atenção Primária à Saúde, parece servir mais à propósitos restritivos do que a qualificação de serviços, devendo limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento e induzir a focalização das ações na APS no SUS. De forma que a nova política pode contribuir para reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e da Estratégia Saúde da Família.

O governo atual também aprovou o Programa *Médicos pelo Brasil*¹⁸, foi proposto via medida provisória para substituir o *Mais Médicos*¹⁹. O novo programa visa distribuir os médicos em municípios pequenos, distantes de grandes centros urbanos, distritos sanitários indígenas e comunidades ribeirinhas.

O *Médicos pelo Brasil* é a maior ação para reforçar o foco na atenção primária à saúde. Assim, foi lançado o programa *Saúde na Hora*, que aumenta o repasse mensal de recursos para os municípios que ampliarem o horário de funcionamento das unidades de saúde, e também reforçou a cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Sobre a “privatização do SUS”, a polêmica atual, partiu de um decreto assinado pelo Presidente Bolsonaro e pelo ministro Paulo Guedes (Economia). Eles previam estudos “de parcerias com a iniciativa privada para a construção, a modernização e a operação de unidades básicas de saúde”. Não havia estimativa de quantas das 44 mil unidades de saúde poderiam ser incluídas nessas parcerias.

¹⁸Lei n. 13.958/2019, institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) (BRASIL, 2019).

¹⁹ Uma das principais ações no Brasil para aumentar a cobertura de saúde equitativa e universal. O Programa Mais Médicos foi criado em 2013 pelo governo brasileiro para ampliar a atenção primária em saúde e suprir a carência de médicos. A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) colabora com a iniciativa ao articular acordos entre Brasil e Cuba para viabilizar a mobilização de médicos cubanos para atuar no setor de atenção primária em saúde, no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Entretanto, após a repercussão negativa, Bolsonaro revogou o Decreto e publicou uma mensagem intitulada “o SUS e sua falsa privatização”. E, justificou:

Temos atualmente mais de 4.000 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 168 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) inacabadas. Faltam recursos financeiros para conclusão das obras, aquisição de equipamentos e contratação de pessoal. O espírito do Decreto 10.530, já revogado, visava o término dessas obras, bem como permitir aos usuários buscar a rede privada com despesas pagas pela União.
(FOLHA.uol.com.brCotidiano/28/10/2020)

O CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) também saiu em defesa da revogação do decreto e disse que decisões relativas à gestão do SUS não podem ser tomadas de forma unilateral, mas em consenso entre as esferas federal, estadual e municipal.

Assim, temos mais uma vez sendo ameaçados os direitos conquistados por meio de lutas e movimentos, os quais tiveram reconhecimento pela Constituição Federal, que por hora, ela própria parece ameaçada pelo atual governo. Só nos resta torcer para que esses tempos sombrios de ameaça à todas as formas de liberdade sejam contidas e a democracia possa prevalecer nesse país.

2.2. A Política de Saúde voltada à Pessoa Idosa

A mudança do perfil demográfico e epidemiológico exigiu a implementação de novas políticas e novas formas de intervenção no campo da atenção à saúde com necessidade de reorganização dos sistemas de promoção e prevenção visando dar conta das novas demandas da população que envelhece.

As políticas públicas voltadas à saúde da pessoa idosa devem ter como maior objetivo a busca de um envelhecimento saudável, preservando ao máximo a autonomia e reduzindo-se sempre que possível as incapacidades e sequelas deixadas por doenças preveníveis e crônicas. (VERAS, 2003).

O estudo de Silva (2011)²⁰ aponta que o Brasil avançou na formulação e implementação de políticas públicas direcionadas para a população idosa, pelo fato de haver o reconhecimento da transformação demográfica ocasionada pelo aumento da expectativa de vida. De forma que traça um cronograma de algumas políticas e ações que imprimem conquistas no campo do envelhecimento.

Quadro 11- Algumas ações, leis e políticas públicas

²⁰ SILVA, Ademir A. Viver com mais de 60 anos: a propósito da política social para as pessoas idosas. Revista Serviço Social e Saúde, Campinas: Unicamp, v. 10, n. 11, p. 1-30, jul. 2011

1982 – Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento – Viena / ONU
 1988 – Promulgação da Constituição Federal Brasileira
 1993 – LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
 1994 – Política Nacional do Idoso
 1999 – Ano Internacional das Pessoas Idosas – *Uma sociedade para todas as idades* - ONU.
 2002 – Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento – Madri / ONU
 2002 – Declaração de Toronto – Plano Internacional de Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa
 2003 – Estatuto do Idoso
 2003 – Campanha da Fraternidade – *A fraternidade e os idosos: Vida, dignidade e esperança.*

Fonte: Silva (2011)

A Constituição de 1988 destinou alguns artigos que imprimem o dever do amparo às pessoas idosas. Assim, nos Artigos 203 e 204, a CF define que a proteção do idoso deve ir além da assistência previdenciária, estendendo-se à assistência social. No Art. 230, busca assegurar sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida, com apoio da família, da sociedade e do Estado.

Em decorrência da visibilidade de crescentes demandas da população idosa, por meio de mobilizações de organizações em defesa das pessoas idosas, foi criada a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842/94, assegurando direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994).

Entretanto, esses direitos expressados na PNI não são garantidos exclusivamente pelo Estado, uma vez que este conclama a sociedade e a família à assumir as responsabilidades de cuidado e proteção da pessoa idosa.

As ações para a área de saúde estão assim descritas na Política Nacional do Idoso, Art.10:

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

Souza (2016) levanta a questão da família como proteção social à pessoa idosa, e infere que a família tem importância inegável no âmbito de todas as esferas da vida, porém, a forma como vem sendo chamada a responsabilidade, faz com que seja definido seu lugar de atuação. E ainda, segundo esta autora, “as famílias cada vez mais prejudicadas pela desigualdade social, pobreza, riscos e vulnerabilidades, “não conseguem corresponder às expectativas dessa orientação” (p.64).

Campos e Teixeira (2010) inferem que desde os anos 2000, com o avanço do neoliberalismo, ganhou mais força esse conceito de família enquanto unidade protetora e provedora de serviços protagonizados pelo trabalho (doméstico) da mulher, impondo às famílias centralidade na proteção social dos seus membros.

No entanto, conforme Teixeira (2016, p. 29) “[...] a família não é uma instituição natural, mas social e histórica, podendo assumir configurações diversificadas em sociedades ou no interior de uma mesma sociedade, conforme as classes e os grupos sociais heterogêneos”.

Assim, há uma tentativa de transferir para a família a responsabilidade que seria do Estado, conforme aponta Teixeira, os criadores dessas políticas não levam em conta os grupos heterogêneos, baseiam-se no modelo de família nuclear, não considerando suas diferentes configurações, além de não considerar também, que nem sempre a família é um lugar seguro. (TEIXEIRA, 2016).

Em 1999 foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) pela Portaria 1395/99 GM/MS. A PNSI foi criada a partir da identificação da necessidade área da saúde ter regra específica no cuidado a saúde do idoso e determina a adequação e elaboração, por parte do Ministério da Saúde e seus órgãos, de projetos, programas e ações em conformidade com as diretrizes da política (BRASIL, 1999).

Essa política põe em evidência que a perda da capacidade funcional é o principal agravo que pode afetar o idoso. Portanto parte da concepção que promover o envelhecimento saudável significa, entre outros fatores, valorizar a autonomia e preservar a independência física e psíquica da população idosa, prevenindo a perda de capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem (BRASIL, 1999).

Com o reconhecimento da situação de fragilidade e vulnerabilidade das pessoas idosas, observada com a atuação da estratégia saúde da família,

promoveu-se a revisão e atualização da PNSI, resultando na aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria nº 2.528 em de 19 de outubro de 2006.

A PNSPI e a PNSI têm a mesma finalidade, qual seja, a manutenção, recuperação e promoção da autonomia e independência das pessoas idosas. A finalidade da PNSPI é “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2010).

Assim, essa política pautando-se no entendimento de que envelhecer não precisa estar atrelado à doença ou incapacidade, mas deve ocorrer de forma saudável e ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, definiu as seguintes diretrizes para o desenvolvimento as ações de saúde da população idosa:

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

Na PNSI assim como na PNSPI propõe a promoção do envelhecimento saudável, porém nesta última inclui o termo ativo, que significa levar em conta a manutenção da capacidade funcional e da autonomia, que vai desde o pré-natal até a velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto realização determinados pela Organização das Nações Unidas (BRASIL, 2006)

Outro importante instrumento é o documento que se refere ao segmento idoso é Pacto pela Saúde, que engloba o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS de 2006. Define que a saúde do idoso é uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

As diretrizes do Pacto pela Saúde, contemplando o Pacto pela Vida Inclui a saúde do idoso entre as seis prioridades pactuadas e apresenta as seguintes diretrizes:

Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; Manutenção e recuperação da capacidade funcional; Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Implantação dos serviços de atenção domiciliar; Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando critérios de risco; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e; Estímulo à participação e fortalecimento do controle social. (BRASIL, 2010).

A PNSPI determina que a atenção integral à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada a partir de uma linha de cuidados, com foco no usuário, com estabelecimento de fluxos de atendimento, de modo a facilitar o acesso em todos os níveis de atenção. Aponta ainda para a incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa – da reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, com vistas à integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de contra referência. As intervenções profissionais deverão visar à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa.

Em 2012, o documento *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais* publicado pelo ministério da saúde (BRASIL, 2012), Moraes (2012) propõe a organização da Rede de Atenção também denominada de linha de cuidados, conforme sinalizada pela PNSPI, que pressupõe a integralidade do cuidado, a vinculação e a responsabilização dos profissionais da saúde, do sistema de saúde e do usuário e família.

Assim, para Moraes, a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede de atenção e cabe ao gestor fazer a ligação entre todos os componentes da rede para garantir essa integralidade. Ressalta também que tem que haver comunicação entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social.

Em relação a todas as políticas relacionadas aos direitos das pessoas idosas, conclui-se que houve avanços que propiciaram melhorias, principalmente no que se refere a previdência, assistência social e saúde, apesar de ainda faltar muito a ser feito, principalmente na saúde, que na prática, os serviços ainda precisam se reorganizar para atendê-las de forma digna.

2. 3. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa em Manaus

Em Manaus a Política Municipal do Idoso criada pelo Decreto N° 5.482, de 7 de março de 2001, tem por objetivo definir não só ações e estratégias, como também 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, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável (SEMSA, 2001).

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

Composto de 14 artigos, dividido em três capítulos dentre os quais o último se subdivide em quatro seções, o decreto segue as diretrizes da lei federal da Política Nacional do Idoso nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. (OLIVEIRA, 2016)

De acordo com Oliveira (2016) o papel da família, da sociedade e do Estado, no sentido de assegurar ao idoso sua cidadania e participação comunitária, se dá quando da atuação de todos em defesa de sua dignidade, bem-estar direito à vida e entendendo que o processo de envelhecimento deve ser objeto de informação amplamente difundido entre todos os segmentos da sociedade.

As contradições entre o meio urbano e rural assim como as disparidades econômicas e sociais configuram, ainda, princípios a serem observados e considerados, tanto pelo poder público quanto pela sociedade em geral, na aplicação da Política Municipal do Idoso. (OLIVEIRA, 2016)

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

No Art. 1º, a Política Municipal do Idoso tem por objetivo definir não só ações e estratégias, bem como mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações que garantam os direitos sociais da população idosa do

Município de Manaus e assegurem a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Em relação à saúde o Art. 8º da PMI busca garantir a atenção integral à saúde do idoso, considerada como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, compete à Secretaria Municipal de Saúde:

- I. Ampliar e fortalecer os programas destinados aos idosos nos centros de saúde que possuam serviços básicos laboratoriais;
- II. Criar centros de referência em cada zona, com serviços especializados para todos os idosos;
- III. Cumprir as normas e diretrizes dos serviços geriátricos e hospitalares;
- IV. Sensibilizar as unidades hospitalares sobre a prioridade no atendimento ao idoso, de acordo com a gravidade do caso;
- V. promover e realizar cursos de aperfeiçoamento e especialização para os profissionais de geriatria e gerontologia;
- VI. Apoiar e incentivar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinados agravos à saúde do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação;
- VII. Capacitar agentes comunitários para o atendimento ao idoso;
- VIII. Ampliar serviços de reabilitação no Município de Manaus;
- IX. Manter e melhorar a capacidade funcional do idoso;
- X. elaborar normas de serviços geriátricos.

De acordo com a SEMSA, a Política Municipal de Saúde do Idoso segue as orientações da Política Nacional de Saúde do Idoso, do Estatuto do Idoso e tem a finalidade de garantir que todo idoso seja atendido de forma integral, promovendo a manutenção da capacidade funcional (que continue realizando suas atividades dentro e fora de casa) e da autonomia (que continue participando da sociedade, seja trabalhando ou dando sua opinião sobre determinadas situações), contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável (participando de grupo de idosos, adotando hábitos saudáveis, como parar de fumar e tomar bebida alcoólica, entre outros).

O núcleo da SEMSA que atende a Saúde do idoso desenvolve suas ações em consonância com o SUS, a Política Municipal, a Política Nacional e o Estatuto do Idoso. Além da atenção integral ao idoso, qualifica os familiares e comunitários como Cuidador Informal de Idoso para assisti-los com conhecimento e manejo adequado em relação ao processo de envelhecimento.

Ainda segundo divulgado na página da secretaria, foi implantada em Manaus em fevereiro de 2020, a linha de cuidado da Pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com a nota, para implementar a Linha de Cuidado a Prefeitura de Manaus reuniu mais de 200 gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), da Secretaria Municipal de Saúde.

O projeto qualifica as ações de saúde e busca propiciar assistência mais adequada voltada às pessoas idosas na capital do Estado.

Segundo secretário municipal de Saúde, Marcelo Magaldi,

O ganho nas ações políticas, a partir da implementação desse projeto, será grande no tocante à melhoria da assistência que hoje a SEMSA já oferece aos idosos. E, Manaus, foi uma das capitais brasileiras escolhidas pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Albert Einstein, por estarmos desenvolvendo ações de saúde preconizadas pelo Sistema Único de Saúde, o SUS.

Os desafios estão postos na vida das pessoas a partir do envelhecimento de homens e mulheres com reflexo direto nas famílias, governos e técnicos na área da saúde pública no país. Com foco aos desafios de melhorar a assistência, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, faz uso da política de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, definindo prioridades nas ações para implantação da Linha de Cuidado da Pessoa Idosa na rede de saúde.

A esse respeito explica a coordenadora de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, Elizabete Bonavigo,

Manaus é o 12º município a assumir a implementação do projeto do Ministério da Saúde. Nossa missão, portanto, é apoiar Estados e municípios, de forma a qualificar profissionais que abraçaram a ideia e as novas ações propostas, principalmente aos que trabalham na ponta no atendimento diário aos idosos.

A Rede de Saúde do município, no âmbito da assistência à saúde da pessoa idosa, recebeu destaque da coordenação ministerial por se encontrar em andamento as ações que criam o Protocolo da Saúde do Idoso. “Temos em execução, desde 2017, a adoção da Caderneta do Idoso, o que possibilita a avaliação multidimensional, segundo a funcionalidade da pessoa idosa e a qualificação dos profissionais no cuidado”, afirma a gerente da Rede de Cuidados Crônicos do município, a enfermeira Yonara Wanderley.

Segundo Bordoni (2019), a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) tem sob sua coordenação na capital 56 estabelecimentos de saúde, sendo: 16 Policlínicas, 08 ambulatórios de hospitais, 03 Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI), entre outros. Os CAIMIs destinam-se aos atendimentos ambulatoriais dos idosos, contribuindo para o envelhecimento ativo e saudável dessa população.

Nos CAIMIs as pessoas com 60 anos e mais encontram: consultas médicas em clínica geral, oftalmologia, cardiologia, geriatria, psicologia e

odontologia, serviços de nutrição e fisioterapia e atividades complementares de terapia ocupacional. Consultas por agendamento.

Estão localizados nas zonas sul, leste e norte de Manaus.

Zona Sul - CAIMI Paulo Lima

Zona Oeste - CAIMI Ada Rodrigues Viana

Zona Norte - CAIMI André Araújo

Referindo-se a municipalização de saúde ocorrida na atenção básica em 2003 na cidade de Manaus, conforme Sasaki et al (2010)²¹, ainda é precária e parcial. As autoras relatam que os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade – CAIMIs, e as UBSs e Saúde da Família do Município realizam os mesmos serviços.

Apontam também que, de acordo com pesquisa realizada, os idosos usuários das UBSs, procuram majoritariamente por consultas, encaminhamentos e remédios, centralizando a figura do médico e do enfermeiro, haja vista que os serviços oferecidos nas UBSs restringem-se a esses atendimentos rotineiros não existindo um trabalho em educação em saúde nas esferas de promoção e prevenção, como prescreve a Política de Atenção Básica.

Enquanto nos CAIMIs a maioria dos idosos procuram as atividades sociais, através do círculo de convivência. Portanto, os CAIMIs constituem-se em espaço de integração, nem todos os idosos o procuram porque estão doentes. Essa capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que ele possa conquistar e manter as redes de apoio social e garantir maior qualidade de vida.

Ao fazermos comparação entre os dois serviços de saúde que as pessoas idosas acessam, observamos que, conforme citado por Sasaki et al, nas UBSs os idosos procuram somente quando estão doentes, ou para pegar medicação, enquanto nos CAIMIs, eles referem que vão em busca de interagir socialmente.

Não existe integralidade entre as duas unidades de saúde, de forma que trabalham com encaminhamentos, fragmentando os serviços que poderiam ser

²¹ Política de saúde na atenção básica voltada ao idoso em Manaus. IV Jornada Internacional de Políticas públicas. Este artigo faz parte da pesquisa “Estudo avaliativo dos serviços de atenção à saúde dos idosos nas Unidades Básicas e Centros de Atenção Integral à Melhor Idade na cidade de Manaus” iniciada em 2007 envolvendo bolsistas PIBIC/ CNPq/FAPEAM e, a partir de 2009 envolvendo mestrandas do PPGSS da UFAM e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas. SASSAKI et al (2010).

integrados, se fossem superados alguns entraves, como a falta de espaço e interesse dos profissionais envolvidos. (SASSAKI et al, 2010).

Dessa forma concluímos que as ações de saúde desenvolvidas na atenção primária, ainda continuam voltadas unicamente para a cura de doenças, uma vez que não há por parte de gestores e demais profissionais iniciativas que se proponham a modificar a forma de atendimento fragmentado para ações de integralidade.

Há, portanto, que se modificar a cultura que se tem de que a unidade básica é um serviço que apenas trata doença e dá remédio. Destacamos, que não é a população que tem a cultura de procurar o serviço só em busca de remédio. Ela só vai buscar remédio porque sabe que encontrará somente isso. São os profissionais quem tem a cultura de pensar a Unidade Básica somente para esse fim.

Em Manaus foi implantada em fevereiro de 2020 a linha de cuidado da Pessoa Idosa na Atenção Primária, como estratégia de reorganização das ações de saúde previstas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. De forma que a legislação já existe e a implantação já ocorreu, importa saber se sairá do papel realmente, ou será apenas mais uma a constar no rol dos programas que embelezam o arcabouço legal do SUS, que aliás, nunca, em nenhuma conjuntura esteve tão ameaçado.

Enfim, concluímos este capítulo, e, assim como uma viagem de trem na serra que se aprecia a paisagem, mas no final ele perde o freio. Esse o sentimento agora, medo. Iniciamos mostrando a conquista da saúde pública e universal para milhares de seres humanos, finalizamos com uma estranha sensação de que tudo que foi escrito no início poderá vir a desmoronar em decorrência da gestão do atual governo.

CAPÍTULO III - ASPECTOS DA VELHICE E SAÚDE ANALISADOS NAS DISSERTAÇÕES DO PPGSS UFAM DE 2010 a 2019

Do ciclo da vida humana fazem parte a infância, a juventude, a vida adulta e a velhice. Na hipótese de não haver a interrupção precoce da vida, por qualquer razão, todas as pessoas passarão por todos esses momentos ao longo de sua existência. (NERI, 2006)

O Serviço Social é uma atividade profissional inscrita na divisão social do trabalho e inserida nas instituições de Políticas Públicas, principalmente nas de saúde, foco do nosso estudo.

O embasamento legal da profissão de Serviço Social se dá pela Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93), pelo Código de Ética Profissional de 1993 e pelas Diretrizes Curriculares da Formação Profissional, que implica capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa (ABEPSS, 1996). Essas legislações garantem a autonomia profissional, ainda que relativa, possibilitando ao profissional desenvolver estratégias de atendimento comprometida com os usuários.

Na área de saúde quatorze profissões são reconhecidas como profissionais de saúde (Res.MS. Nº 218/97)²², entre eles o Assistente Social. E no Serviço Social seu reconhecimento se deu pela Resolução CEFESS Nº 383/99²³.

E para melhor orientar seu exercício profissional no Sistema Único de Saúde foi criado pelo Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2010), o Parâmetro de Atuação para o Assistente Social na Política de Saúde, portanto recente. Tendo como principal parâmetro de atuação o seu Projeto Ético-político Profissional, desenvolvendo seu trabalho pautado na perspectiva na totalidade social, lutando pela construção de uma nova ordem societária, comprometida com a classe trabalhadora e com a garantia de seus direitos.

Neste capítulo primeiramente refletimos sobre a inserção do Assistente Social na área de saúde e a problemática da velhice e saúde. Em seguida mapeamos as temáticas trabalhadas nas dissertações produzidas no período de

²² Resolução Ministério da Saúde: Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: Assistentes Sociais; Biólogos; Profissionais de Educação Física; enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais.

²³ CEFESS Nº 383/99: Art. 1º - Caracterizar o assistente social como profissional de saúde. Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções

2010 a 2019 no Programa de Pós Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

3.1. O Serviço Social na área da Saúde e a problemática da velhice e saúde

O Serviço Social é uma profissão de formação generalista, que ocupa diversos espaços sócio-ocupacionais, entre eles, a área da saúde, na qual a profissão possui historicamente uma relação de proximidade.

Desde o caráter curativo centrado na intervenção médica até as mudanças ocorridas com a Reforma Sanitária, e, posteriormente, a expansão do acesso com a Constituição Federal de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Assistente Social sempre esteve inserido nesta área, a qual é imbuída das mais diversas expressões da questão social, apresentando aos profissionais grandes desafios e possibilidades de intervenção.

Bravo (2007) afirma que a saúde emerge como questão social no Brasil no início do século XX no bojo da economia capitalista, onde evidenciava o avanço da divisão do trabalho e a emergência do trabalho assalariado. Nesse período as ações de saúde eram centralizadas apenas na criação de condições sanitárias mínimas com ênfase nas campanhas, não existia qualquer vestígio do conceito de promoção da saúde, o que só ocorreu após a implantação do SUS, em 1990.

Entretanto, há de se considerar que com a implantação do Sistema Único de Saúde, aprofunda-se no Brasil a política neoliberal e com ela, consolida-se também, segundo a autora supracitada, o projeto de saúde voltado para o mercado, ou seja, o papel do Estado é redirecionado pela influência da política de ajuste neoliberal e, isso irá interferir na efetividade das ações de saúde enquanto política social.

Esse novo direcionamento do Estado vai ameaçar a efetividade do SUS, ou seja, sua contrarreforma, uma vez que a saúde fica vinculada ao mercado e se observa a omissão do governo na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral (idem).

Neste contexto, se amplia o trabalho precarizado na área da saúde, e dessa forma, os profissionais precisam desenvolver uma atuação competente e crítica no sentido de lutar junto aos usuários pela efetivação do SUS, assegurando o acesso de todos aos serviços de saúde, e, ainda, conforme

recomendação do CFESS, buscando a atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde (CFESS, 2010).

Na sua atuação o Assistente Social busca basear-se no código de ética profissional, na lei de regulamentação da profissão e nas diretrizes curriculares. Especificamente na área da saúde, desenvolve suas ações pautadas, ainda, nos parâmetros de atuação na área da saúde desenvolvidos pelo Conselho Federal de Serviço Social - CFESS.

Segundo os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, a nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do Assistente Social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais.

Junto ao usuário, o Assistente Social embasado no seu compromisso profissional com a participação social de forma emancipatória, tem como contribuição especial prestar atendimento de forma integral e realizar estudo socioeconômico para fins de ampliação das oportunidades de inclusão aos diversos serviços e benefícios sociais como direitos assegurados legalmente.

As ações a serem desenvolvidas pelos Assistentes Sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como, ter uma direção socioeducativa através da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde (CFESS, 2010).

As transformações na prática profissional do Assistente Social foram concretizadas através da luta por melhores condições de saúde à população, atrelada a um movimento da categoria profissional em busca de ruptura com as práticas de intervenções conservadoras das instituições, como a burocratização das atividades e a psicologização das relações sociais (BRAVO; MATOS, 2007).

Esse luta contra o conservadorismo esteve alinhada ao projeto de Reforma Sanitária, que tinha como objetivo a defesa da universalização da saúde pública, em que todos tivessem acesso independente de contribuição. No entanto, sabemos que no cotidiano, ainda é possível verificar uma prática profissional ainda permeada pela burocratização das relações sociais nas instituições, as quais dificultam a aproximação com o Projeto Ético-Político profissional

comprometido com à “defesa intransigente dos direitos humanos” (NETTO, 2006, p.110).

Importante frisar que esse projeto profissional, apesar de hegemônico na categoria, é construído por seres diferentes, ou seja indivíduos de diferentes origens, condições e opções teóricas, ideológicas e políticas, portanto, haverá sempre uma certa heterogeneidade nas ações.

Como discorre Netto (1999, p. 96),

[...]mais exatamente, toda categoria profissional é um campo de tensões de lutas. A afirmação, no seu interior, de um projeto profissional não suprime as divergências e contradições. Tal afirmação deve fazer-se pelo debate, pela discussão, pela persuasão – enfim, pelo confronto de ideias e não por mecanismos excludentes. Mas sempre existirão segmentos profissionais que proporão projetos alternativos; por consequência, mesmo um projeto que conquiste hegemonia nunca será exclusivo.

Assim, justifica-se o trabalho do Assistente Social na área da saúde, e, afirma-se diante da necessidade de atuar de forma interdisciplinar junto com a equipe de saúde para melhor atender a população no que se relaciona à prevenção de agravos, a promoção e a atenção à saúde dos indivíduos e da coletividade. Sua intervenção é respaldada pela especificidade da profissão e pelo compromisso social com os usuários dos serviços, como participantes ativos do processo de desenvolvimento das ações de saúde, possibilitando a eles o acesso às informações e saberes como mecanismo de reivindicação dos seus direitos.

Em relação à população idosa, o Serviço Social tem tido papel relevante no atendimento às suas demandas. Estando presente nos movimentos sociais e nas frentes de luta pelos seus direitos, bem como nas instituições em que trabalha, podendo desenvolver, juntamente à outros profissionais, ações que busquem o cumprimento de leis garantindo a prestação de atendimentos e serviços necessários para que essa população idosa possa envelhecer e viver seu tempo de velhice de forma digna e saudável.

A velhice e as pessoas idosas sempre foram objeto de intervenção do Serviço Social, desde o período de legitimação da profissão junto às instituições assistenciais do Estado, do empresariado e da Igreja Católica.

Nas décadas de 1960 e 1970, os Assistentes Sociais atuavam nos programas de asilamento e centros de convivência e as ações do Estado eram referendadas por uma visão negativa do idoso, que era visto como pobre, carente, doente e marginalizado da sociedade. No Serviço Social do Comércio (SESC) o

Assistente Social buscava desenvolver trabalho com grupos de convivência de idosos, com objetivo de dar um significado mais positivo à velhice, resgatando a autoestima dos mesmos através de atividades de lazer (Lobato, 2007).

Dessa forma, foi assim que, segundo Lobato (2007), através de uma ação educativa e doutrinária, os Assistentes Sociais foram inseridos em instituições pioneiras no cuidado assistencial aos velhos, quando o envelhecimento deixa de ser uma questão do âmbito privado e passa a exigir a mediação do Estado nos seus cuidados, para além das ações de cunho médico, exigindo atuação pública diante do abandono e negligência que sofriam os trabalhadores das indústrias.

A atuação profissional possuía um viés caritativo e aproximava o profissional da realidade de vida dos idosos, nessa época não se previa que a velhice se tornaria uma questão e preocupação mundial, a qual só acontece a partir do momento em que aumenta consideravelmente o número de pessoas idosas na sociedades.

Nas décadas seguintes, segundo Lobato (2007), o profissional de Serviço Social ficou em evidência no trabalho com o idoso devido o desenvolvimento de programas como a universidade da terceira idade e os conselhos de idosos e, também na área da saúde, inserindo-se em programas de saúde do idoso intervindo nos níveis de atenção primária, secundária e terciária (idem).

A articulação da profissão com a temática do envelhecimento tem sido intensificada na medida em que o Serviço Social passa a sistematizar uma produção de conhecimento própria, que expressa as inquietações profissionais ante questões que se colocam como demandas desde a década de 1970.

No interior da categoria profissional é reconhecida como início da produção teórica própria a obra de Yamamoto em 1982, a qual, segundo Netto (2010), buscou romper de vez com o conservadorismo na profissão aproximando-se dos interesses da classe explorada pelo capital, dando um passo para construção do projeto ético-político profissional do Serviço Social. E, afirma que essa produção de conhecimento e as atividades de pesquisa foram inseridas tardiamente no Serviço Social, em meio às novas demandas postas à profissão no lastro da modernização conservadora. Após 1968, com o estímulo à pesquisa em Serviço Social e o surgimento e expansão da pós-graduação, a profissão foi desenvolvendo caráter investigativo e ganhando expressão acadêmica através de uma produção própria.

E no final dos anos 1980, de acordo com Guerra (2009), o Serviço Social recebe o reconhecimento pelas agências de fomento como área de produção de conhecimento. Para o Serviço Social, esse momento foi marcado pela aproximação com o referencial marxista, o qual é referência como o momento de alcance da maturidade intelectual através uma direção teórico-metodológica crítica, caracterizando sua dimensão investigativa.

Dessa forma, segundo Guerra (2009) a pesquisa garantiu o Estatuto de Maioridade Intelectual para a profissão, permitindo ao Serviço Social contribuir efetivamente com as diversas áreas do conhecimento e conectar-se com as demandas da classe trabalhadora. Então, para esta autora, a pesquisa assume um papel decisivo na conquista de um estatuto acadêmico que possibilita aliar formação com capacitação, condições indispensáveis para uma intervenção profissional qualificada e ampliação do patrimônio intelectual e bibliográfico da profissão que vem ocorrendo no âmbito da pós-graduação *stricto sensu*.

Assim, através da intervenção profissional, da produção de conhecimento e da participação política, os profissionais do Serviço Social vêm se apropriando das questões que dizem respeito à condição de velhice dos sujeitos trabalhadores. Nos últimos anos, com a promulgação de legislações que versam sobre direitos dos idosos e com a ampliação de espaços sócio-ocupacionais que atendem esse segmento da população, fica evidenciado o interesse de assistentes sociais em compreender o processo de envelhecimento, inserindo-o na realidade cotidiana, no intuito de pensar novas estratégias, criativas e propositivas, para o exercício profissional nesse campo.

Portanto, podemos considerar que partir da década de 1990, com a criação dessas legislações direcionadas ao atendimento da velhice, nos âmbitos federal, estadual e municipal, se intensificou a intervenção do Assistente social frente a essa demanda. Assim temos, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS/1993), a Política Nacional do Idoso (PNI/1995), assim como a promulgação do Estatuto do Idoso em 2003, a implantação do Sistema Único de Assistência Social, em 2005, as quais vieram favorecer a interlocução entre Serviço Social e velhice, tanto no atendimento em busca de assegurar direitos, quanto na produção do conhecimento.

No âmbito do CFESS é possível visualizar o interesse da categoria em divulgar pesquisas realizadas sobre a temática envelhecimento. Através do

CFESS Manifesta o Conselho tem se posicionado em relação à questão do velho, unindo-se à luta pela valorização da pessoa idosa e pela sua participação na sociedade e no controle social da política do idoso, mantendo-se coerente com os princípios do código de ética profissional (CFESS, 2009).

Neste quadro apresentamos os documentos do CFESS Manifesta publicados no site do CFESS cuja temática refere-se à pessoa idosa, os quais é possível se encontrar na íntegra no referido site²⁴.

Quadro - 12 CFESS manifesta

II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e desafios da rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa	19 de Março de 2009
Dia Mundial de Conscientização da Violência Contra a Pessoa Idosa	15 de Junho de 2009
Dia Nacional do Idoso	01 de outubro de 2009
Dia Mundial de Conscientização da Violência Contra a Pessoa Idosa: Um não à violência contra o Idoso	15 de Junho de 2010
Dia Nacional do Idoso: Para valorizar a pessoa idosa	01 de Outubro de 2010
Dia Mundial de Conscientização da Violência Contra a Pessoa Idosa: Pessoa idosa é sujeito de direitos!	16 de Junho de 2011
3ª Conferência Nacional dos direitos da Pessoa Idosa: O Serviço Social afirma: envelhecer com dignidade é direito!	23 de Novembro de 2011
Pessoa Idosa e Pessoa com Deficiência: Assistentes sociais dizem não aos retrocessos nos direitos e nas políticas sociais das pessoas com deficiência e da pessoa idosa	02 de Outubro de 2017

Fonte: VASCONCELOS (2019) TCC - UFOP

Analisando os títulos dos documentos é possível perceber que a categoria profissional vem sempre lutando em defesa dos direitos da população idosa. Nos relatórios é enfatizada a importância da presença do Serviço Social nos espaços de debate, diante dos princípios éticos que regem a profissão, dentre eles a defesa dos direitos humanos e ampliação da cidadania para todos. Eis o grande desafio posto a categoria profissional, não somente no que se refere a esta demanda populacional, mas em todas as esferas de atuação.

Portanto, constatamos que os assistentes sociais têm marcado presença nos espaços públicos de debate e deliberação sobre envelhecimento no Brasil, como as Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais dos Direitos da Pessoa

²⁴www.cfess.org.br

Idosa. Citamos também o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), o qual também tem trazido bastantes discussões sobre velhice, demonstrando assim, o compromisso da categoria profissional com a defesa dos direitos.

Assim, o Serviço Social se configura como um espaço de análise do fenômeno do envelhecimento da classe trabalhadora no que se refere a ampliação de direitos, no exercício profissional e na divulgação de pesquisas sobre as questões da velhice em nossa sociedade.

3.2. Localizando o Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UFAM

O Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS) foi criado no ano de 2007²⁵ vinculado ao antigo Instituto de Ciências Humanas e Letras (ICHL), hoje com nova denominação de Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais (IFCHS da Universidade Federal do Amazonas. (PINHEIRO et al. 2019)

O mestrado desenvolvido no PPGSS é de natureza acadêmica, e tem fomentado a produção de conhecimento científico sobre a questão social na Amazônia, o que exige pensar a realidade local sem perder a visão de totalidade da realidade social, no âmbito de uma discussão crítica sobre a sustentabilidade socioambiental. (IDEM).

A área de concentração do PPGSS abrange o Serviço Social, as Políticas Públicas, e a discussão sobre Trabalho e Sustentabilidade na Amazônia, visando o conhecimento das múltiplas expressões da questão social na Amazônia. Assim, a Sustentabilidade Socioambiental é uma temática transversal na proposta do programa, por isso, o mesmo é intitulado “Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia”.

De acordo como divulgado na página do programa²⁶ o PPGSS é dividido em duas linhas de pesquisa:

QUADRO 13: Linhas de pesquisa PPGSS

Linha 1	Ementa	Objetivos da linha
Questão social, políticas sociais, lutas sociais e formação profissional.	-A Questão Social e suas múltiplas manifestações na Amazônia. -Políticas sociais, direitos	1 - Analisar as múltiplas manifestações da questão social no contexto Amazônico, a partir de uma visão de

²⁵ ANDRADE et al. Serviço Social, trabalho e sustentabilidade, Hamida Assunção Pinheiro, Lidiany de Lima Cavalcante, Marinez Gil Nogueira Cunha e Roberta Ferreira Coelho de Andrade, Alexa Cultural: São Paulo / Edua: Manaus, 2019

²⁶ <https://ppgss.ufam.edu.br/apresentação>

	<p>sociais e o sistema de proteção social brasileiro.</p> <p>-Trabalho e Lutas Sociais no contexto nacional e regional. - Questões socioambientais relativas às questões: urbana, campo, ambiente e populações tradicionais indígenas e não indígenas.</p> <p>- A formação e o trabalho profissional do assistente social e as interfaces com as demandas e necessidades dos povos amazônicos.</p>	<p>totalidade do contexto nacional e global;</p> <p>2 - Discutir as políticas sociais, o trabalho e as lutas sociais no âmbito nacional e suas especificidades na Amazônia;</p> <p>3 - Desvelar questões socioambientais relativas às questões: urbana, campo, direitos sociais, trabalho, ambiente, populações tradicionais indígenas e não indígenas;</p> <p>4 - Analisar a formação e o trabalho profissional do Assistente Social e suas interfaces com as demandas e necessidades dos povos amazônicos.</p>
Linha 2	Ementa	Objetivos da linha:
Gestão Social, Desenvolvimento, Ambiente, Direitos Humanos, Cultura e Diversidade Socioambiental.	<p>A Gestão Social no âmbito público governamental e não governamental e seus impactos socioambientais na Amazônia.</p> <p>Desenvolvimento, Ambiente e a relação Sociedade-Natureza. Desenvolvimento Regional, Mundo do trabalho e Tecnologias voltadas para Sustentabilidade.</p> <p>Violações de Direitos humanos e Serviço Social. Cultura, Subjetividade, Sexualidade e Gênero. As culturas e os conhecimentos tradicionais associados ao uso da biodiversidade. Modo de vida das populações tradicionais indígenas e não indígenas. Formas de preservação e conservação da diversidade socioambiental na Amazônia.</p>	<p>1 - Estudar a Gestão Social no âmbito público governamental e não governamental e seus impactos socioambientais na Amazônia, com ênfase na discussão sobre desenvolvimento, tecnologia, ambiente e a relação sociedade-natureza;</p> <p>2 - Analisar os impactos das Políticas Públicas na defesa e garantia de Direitos Humanos e Sociais, no mundo do trabalho, nas modificações dos territórios e dos modos de vida das populações tradicionais indígenas e não indígenas;</p> <p>3 - Discutir as formas de preservação e/ou conservação das culturas e dos conhecimentos tradicionais associados ao uso da biodiversidade;</p> <p>4 - Realizar reflexões sobre a diversidade socioambiental, o uso de tecnologias sociais e a busca de sustentabilidade na Amazônia.</p>
<p>As linhas de pesquisa do PPGSS contemplam questões que se relacionam às mais diversas formas de vivências e contextos. Estão ancoradas e respaldadas pelo compromisso ético e político profissional e buscam fomentar e produzir conhecimentos que contribuam para o enfrentamento das diferenças entre as classes, e, também para o reconhecimento da pesquisa científica enquanto instrumento que promove discussões e debates sobre temas relevantes na sociedade.</p>		

Fonte: PPGSS/UFAM. Elaborado pela pesquisadora.

A concepção crítica sobre sustentabilidade socioambiental tem seu suporte na matriz discursiva da equidade, em que se articulam princípios de ecologia e de justiça social, o que exige redistribuição mais equânime das riquezas da sociedade, levando em conta os princípios ecológicos de limites do potencial de produção dos ecossistemas, para garantir a sobrevivência das futuras gerações, o que se contrapõe ao modelo de desenvolvimento capitalista autofágico.

A racionalidade ambiental implícita na noção de sustentabilidade socioambiental traz à discussão a necessidade de o Estado promover uma gestão social efetiva, voltada para o enfrentamento dos problemas públicos sociais e ambientais, o que exige a promoção de inovação na formulação de políticas públicas e arranjos institucionais, visando um desenvolvimento que seja realmente sustentável.

É no quadro contextual da realidade amazônica do Estado do Amazonas que se inscreve a proposta pedagógica do PPGSS. A criação deste Programa é decorrente do necessário investimento na formação de recursos humanos com competência técnica e científica para propor e implementar políticas públicas que sejam coerentes com o contexto regional, sem desconsiderar o âmbito nacional e internacional.

3.2.1. Produção dissertativa sobre velhice do PPGSS de 2010 a 2019

As dissertações que apresentamos a seguir são todas as produções com a temática velhice realizadas pelo PPGSS desde a primeira turma em 2010 até o último ano 2019:

Quadro 14. Dados referenciais das dissertações

Autor/ Orientador/ Data	Dissertação
Ângela Emília Gama da Silva Yoshiko Sasaki 2011	Política de Saúde Voltada ao Idoso - Uma Análise das Ações no Âmbito da Atenção Básica na Cidade de Manaus
Simone Moraes Lisboa Yoshiko Sasaki 2011	A Política Pública para Idosos na Cidade de Manaus: Avanços e Desafios para sua efetivação
Valmiene Florindo F. Sousa Cristiane Bomfim Fernandes 2012	Cidadania e Envelhecimento em Parintins: um enfoque para o programa de atenção integral ao idoso
Alice Alves Menezes Ponce de Leão Cristiane Bonfim Fernandez 2012	Serviço Social e Velhice: perspectivas do trabalho do Assistente Social na articulação entre as Políticas de Saúde e Assistência Social em Manaus
Úrsula Castro Lapa	A Participação do Idoso nas Associações

Yoshiko Sasaki 2012	da Sociedade Civil em Manaus
Nathalie Santana de Melo Yoshiko Sasaki 2012	Trabalho e Condições de Envelhecimento em Manaus: estudo com os idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde da Zona Sul e com os participantes do Parque Municipal do Idoso
Walderez Maria Lemos de Mattos Yoshiko Sasaki 2012	O processo de envelhecimento e a questão de institucionalização do idoso em Manaus: Um estudo na instituição de apoio à Pessoa Idosa Fundação Dr. Thomas
Marlene de Deus Lima Yoshiko Sasaki 2015	O Cotidiano das Pessoas Idosas com Insuficiência Renal Crônica (IRC), participantes do Programa SOS Vida, e atendidas nas Unidades de Saúde de Manaus
Leiliane Amazonas da Silva Yoshiko Sasaki 2016	Cotidiano da velhice em Parintins/AM: concepções de participantes do Centro de Convivência do Idoso "Pastor Lessa
Jessica Marinho Martins Sakuta Yoshiko Sasaki 2017	A gestão do Trabalho em Saúde: as implicações no cuidado da População Idosa do Distrito Leste de Manaus

Fonte: PPGSS/UFAM. Acesso 2020. Elaborada pela pesquisadora.

O Serviço Social é uma profissão que se pauta pela garantia de direitos em todos os âmbitos. Desta forma, é importante que haja pesquisas com abordagens em diversos aspectos que envolvem a vida da pessoa idosa, como saúde, cotidiano, participação, serviços de saúde, gestão, etc.

No presente estudo propomos fazer uma análise sobre as produções dissertativas que abordam a questão da velhice e saúde. Entretanto, a partir da leitura dos resumos, decidimos que todos os 10 (dez) trabalhos serão citados na nossa análise, visto que, mesmo que alguns dos trabalhos (50%) não se refira exclusivamente a temática saúde, suas discussões acerca de temáticas como Políticas Públicas, participação social e trabalho possuem alguma relação com a saúde das pessoas idosas.

Autor e temática trabalhada:

Silva (2011) - Política de Saúde voltada ao Idoso: Uma Análise das Ações no Âmbito da Atenção Básica na Cidade de Manaus, buscou identificar os serviços oferecidos aos idosos e os tipos de agravos que os acometem. Discutiu questões sobre o perfil do idoso na sociedade capitalista, migração e condições de trabalho, identificou que os serviços de saúde ainda estão aquém do que é preconizado nas legislações destinadas a esse segmento populacional.

Lisboa (2011) - A Política Pública para Idosos na Cidade de Manaus: Avanços e Desafios para sua efetivação. Analisou a efetivação da política pública para Idosos, os avanços e os desafios enfrentados junto à rede social de proteção. Trouxe problematizações como a velhice pobre e migração. Concluiu que as especificidades regionais interferem no processo de envelhecimento e nas condições e história de vida dos trabalhadores. Cita a necessidade da articulação das redes sociais de atendimento e o empoderamento dos idosos como necessário para garantia de seus direitos.

Souza (2011) - Cidadania e Envelhecimento em Parintins: um enfoque para o programa de atenção integral ao idoso. Propôs analisar a Política Municipal do Idoso em Parintins, bem como ações de atendimento e se estas contribuem para promover cidadania para os idosos. O estudo partiu de concepções de cidadania e da noção de direitos relativos à população idosa. Concluiu que ainda persiste a ideia de que o programa é fruto de um Estado paternalista e provedor, e, seus usuários o percebem como uma contribuição para elevação da autoestima, possibilidades de convivência, lazer, informações e conhecimentos relevantes, conseqüentemente, garante a diminuição da demanda por saúde.

Ponce de leão (2012) - Serviço Social e Velhice: perspectivas do trabalho do Assistente Social na articulação entre as Políticas de Saúde e Assistência Social em Manaus. Buscou analisar o trabalho do Serviço Social frente às demandas dos idosos no âmbito das políticas de saúde e assistência social, trouxe questionamentos sobre a compreensão do assistente social sobre a velhice e concluiu que este tema se apresenta como um desafio ao Serviço Social. As ações dos Assistentes Sociais ainda mantêm-se rotineiras e pragmáticas.

Lapa (2012) - A Participação do Idoso nas Associações da Sociedade Civil em Manaus. Analisou a participação dos idosos nas associações da sociedade civil em Manaus. Aprofundou discussões sobre a participação do idoso e apontou que há idosos que participam ativamente das atividades sociais, esporte e lazer, mas há também muitos idosos que não precisam estar vinculados a uma associação de idosos para participarem, e que os mesmos participam dos

debates e das Conferências quando estimulados a fazer como exercício de cidadania.

Melo (2012) - Trabalho e Condições de Envelhecimento em Manaus: estudo com os idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde da Zona Sul e com os participantes do Parque Municipal do Idoso. Analisou as condições de envelhecimento em Manaus, dando ênfase à trajetória de trabalho percorrida pelos idosos. Tratou o envelhecimento como um fenômeno heterogêneo, atingindo as camadas sociais de maneira distinta, o modo de vivenciá-la varia em cada uma delas de acordo com a inserção no processo produtivo. Concluiu que os idosos debilitados são os idosos usuários das unidades básicas, enquanto os idosos do Parque Municipal que tiveram acesso uma vida produtiva mais satisfatória, tem um envelhecimento mais ativo e saudável.

Matos (2011) - O processo de envelhecimento e a questão de institucionalização do idoso em Manaus: Um estudo na instituição de apoio à Pessoa Idosa Fundação Dr. Thomas. Buscou desvelar a institucionalização dos idosos em uma Instituição de Longa Permanência em Manaus. Realizou levantamento sobre Política de Institucionalização/Desinstitucionalização. Discorreu sobre a origem dessas instituições, bem como os motivos que levam a institucionalização do idoso. Em relação às suas condições de vida verificou que os idosos antes se encontravam em uma situação de precariedade, são migrantes de outras regiões do Brasil. Conclui que a sociedade, a família e o próprio Estado ainda não estão preparados para atender esta demanda.

Lima (2015) O Cotidiano das Pessoas Idosas com Insuficiência Renal Crônica (IRC), participantes do Programa SOS Vida, e atendidas nas Unidades de Saúde de Manaus. Teve como objetivo analisar o cotidiano das pessoas idosas com IRC, bem como o cotidiano entre o viver, cuidar e tratar a doença. Tratou questões como vulnerabilidade social contextualizando na sociedade capitalista. Conclui que a atenção a saúde deve estender-se a todos os níveis e que não há como dissociar os indicadores de saúde do processo de envelhecimento dos indivíduos.

Silva (2016) - Cotidiano na velhice em Parintins/AM: concepções de participantes do Centro de Convivência do Idoso “Pastor Lessa”. Buscou desvelar o cotidiano de idosos (as) participantes do Centro de Convivência do Idoso. Apontou como as pessoas idosas conseguem viver de forma satisfatória a velhice em Parintins, bem como, a concepção a respeito da velhice. Conclui ressaltando a importância de implementação e continuidade de ações e serviços de assistência social aos idosos para fins da vivência da boa velhice.

Sakuta (2017) - A Gestão do Trabalho em Saúde: as implicações no cuidado da população idosa do Distrito Leste de Manaus. O estudo propôs avaliar a gestão do trabalho em saúde e de que forma interfere na saúde da população, traz debates sobre gestão, condições de trabalho, trabalho em equipe e controle social, conclui que há uma multiplicidade de fatores para pensar propositura e ações de superação de desafios no setor saúde.

3.2.2. Objeto, sujeitos da pesquisa e questão norteadora

Quadro- 15 Objeto, sujeitos da pesquisa e questão norteadora

Dissertações	Objeto	Sujeito	Questão norteadora
Silva (2011)	Política de Saúde	Idoso; Profissionais	Como os idosos enfrentam as adversidades encontradas para solucionar seus problemas de saúde?
Lisboa (2011)	Políticas Públicas	Profissionais	Como se dá a efetivação da política pública para idosos no cenário local?
Souza (2011)	Assistência Social	Gestores; Idosos	Como a Política Municipal do Idoso em Parintins contribui para promover cidadania para os idosos?
Ponce de Leão (2012)	Serviço Social e velhice	Assistente Social	Como o Serviço Social atua frente às demandas dos idosos no âmbito das Políticas de Saúde e Assistência Social?
Lapa (2012)	Participação e Políticas Públicas	Gestores; Idosos	Qual a importância da participação dos idosos nas associações de idosos em Manaus?
Melo (2012)	Trabalho e envelhecimento	Idoso	O que é preciso fazer para que o idoso desfrute os anos acrescidos à vida de forma satisfatória e saudável?
Matos (2011)	Políticas Públicas	Idoso	Como se dá o processo de institucionalização do idoso pobre em Instituições de Longa Permanência?
Lima (2015)	Saúde e Velhice	Idoso	Como pessoas idosas com IRC são atendidas nas unidades de saúde?
Silva (2016)	Cotidiano e velhice	Idoso	Como é viver a velhice numa cidade como Parintins?
Sakuta (2017)	Gestão e Saúde	Gestores, Idosos	Quais as implicações da gestão do trabalho sobre o cuidado de saúde da população idosa?

Fonte: PPGSS. Acesso 2020. Elaborada pela pesquisadora.

Após esse levantamento encontramos que os sujeitos das pesquisas foram diversos. Sendo a maioria dos trabalhos (80%) cujo sujeitos eram os idosos, destes, 40% os sujeitos eram somente os idosos e outros 40%, idosos e profissionais, e, 20% tiveram como sujeito de pesquisa apenas profissionais, estes profissionais, incluindo todos os trabalhos, são: assistentes sociais, coordenadores e conselheiros municipais, enfermeiro, técnico de enfermagem, gestor de unidade e médico.

No decorrer do trabalho a forma de identificar o objeto de estudo eram modificados de acordo com a opção conceitual de cada uma. Notamos também que, em algumas vezes, eram utilizados mais de um termo pela mesma autora, o que parece terem sido utilizados indistintamente, não tinham a intenção de conceituar de forma rígida seu objeto. De forma que para referir-se ao seu objeto de estudo nominavam idoso ou pessoa idosa.

As pesquisas trazem em comum abordagem sobre a velhice situando-a na sociedade capitalista, a qual é permeada pela contradição de classes, no quadro em que o envelhecimento da população deixa de ser uma questão do âmbito privado e passa a exigir a mediação do Estado por meio de políticas públicas. É nesse contexto que as reflexões trazidas por elas nos instigam a pensar em propostas de mudanças efetivas nas políticas públicas destinadas ao cuidado da população idosa.

Lisboa (2012)²⁷ destaca que a efetivação da política pública para Idosos em Manaus, apesar de alguns avanços, encontrou entraves devido à pouca articulação das redes sociais de atendimento. O processo para a municipalização da Política do Idoso se deu com a participação da chamada sociedade civil, organizada através de suas entidades representativa, porém com uma forte influência e interferência da sociedade política vigente.

Desta forma, a partir de interesses políticos, criou-se programas para idosos que apesar da aparente inclusão, possuía caráter seletivo: “*o ser velho pobre, carente de vínculos afetivo-familiares e de abrigo, perde a visibilidade para os idosos componentes dos grupos da melhor idade, ou da idade ativa (terceira idade)*”²⁸ (LISBOA, 2011, p.89).

²⁷ LISBÔA. Simone Moraes. A Política Pública para Idosos na Cidade de Manaus: avanços e desafios para sua efetivação. Dissertação de Mestrado PPGSS UFAM (2011).

²⁸ Programa Conviver, previsto na PNI, e garantido pela PMI (Lei nº. 5.482/01).

Teixeira (2008) diz que a velhice denominada “terceira idade”, é impossível se estender a todos os idosos e de caracterizar o envelhecimento que cada um vivencia, uma vez que a sociedade é permeada por desigualdades sociais e regionais, e, que para o trabalhador pobre essa fase denominada terceira idade, como sinônimo de idade do lazer, está longe de ser alcançada. Essa realidade é constatado na dissertação de Lisboa (2011),

[...] Assim como no cenário nacional, Manaus passará a priorizar a população idosa ativa, que assumirá o discurso do envelhecimento saudável e buscará no ativismo cultural e esportivo a garantia de qualidade aos dias prolongado de vida. Ocorre que, como já foi dito anteriormente, o processo de envelhecimento na região norte-nordeste é totalmente diferenciada a realidade sul-sudeste. As condições de vida e de trabalho, a exposição diária ao sol, a alimentação inadequada, devido aos hábitos e costumes, contribuem para um envelhecimento precoce. (p.90).

Sobre Política Pública, assim como Lisboa (2011), Souza (2011)²⁹, traz reflexões sobre os embates, entraves e as possibilidades de efetivação das ações e serviços no âmbito dos espaços de atuação profissional, o qual é permeado por interesses sociais, políticos e ideológicos, que interferem diretamente na condução das ações, as vezes de forma positiva, mas, muitas vezes, negativas. Observa-se também que estas questões perpassam a todas as regiões.

Dessa forma, Souza (2011) identifica uma certa interferência de cunho político na construção da Política Municipal do Idoso em Parintins,

[...] quando a primeira dama chegou no município de Parintins, no final de 2005, ela entrou de cabeça no programa do idoso, o qual ela abraçou desde o primeiro momento, e até hoje ela tem um carisma com o idosos. Nessas discussões sobre a política municipal, o prefeito apoiou muito, teve também a participação de alguns vereadores, pois tudo era muito novo e eles estavam querendo mostrar trabalho. (ARAÇATUBA, pesquisa de campo, 2010). (SOUZA, 2011).

Souza (2011) infere que o protagonismo das ações da primeira-dama na área social é destacado na fala de muitos entrevistados, sejam eles idosos ou profissionais, quando se trata do Programa de Atenção Integral ao Idoso.

O que reflete a constatação de que a assistência social no município está vinculada, até mesmo imbricada, com a questão do fenômeno do primeiro-damismo no Brasil, que remonta aos idos da criação da Legião Brasileira da Assistência (LBA), em que as primeiras-damas eram sucessivamente as responsáveis por sua gestão e coordenação.

²⁹ SOUZA, Valmiene Florindo Farias. Cidadania e Envelhecimento em Parintins: um enfoque para o Programa de Atenção Integral ao Idoso. Dissertação Mestrado PPGSS UFAM 2011.

A autora destaca que apesar de existirem políticas públicas de atenção aos diversos segmentos sociais, a desigualdade e o atraso mostram-se como elementos emblemáticos na vida da população brasileira, uma vez que a sociedade é regida pelo capitalismo, o qual condena a grande maioria da população à vivenciar as mais diversas mazelas sociais, devido à falta de trabalho, educação, moradia, saúde, etc., e quando se é idoso a situação é bem mais complexa.

Ainda sobre as políticas públicas, Lima (2015)³⁰ assim refere,

[...] os direitos assegurados pela legislação específica avançam à medida que a sociedade civil envolvida se organiza para debater sobre a proteção social junto ao Estado. Essa a participação se dá através das Conferências, Encontros e Fóruns que envolvem as políticas públicas de atenção ao idoso. Nesse sentido, a pesquisa aponta que há idosos que participam ativamente das atividades sociais, esporte e lazer, oferecidas pelas associações, mas há também muitos idosos que não precisam estar vinculados a uma associação de idosos para participarem, e mesmo assim participam dos debates e das Conferências quando estimulados a fazer como exercício de cidadania.

Desta forma, notamos que a autora destaca a participação da sociedade civil como meio imprescindível para o controle social das políticas públicas. Souza (2010) entende por controle social a participação da população na elaboração e fiscalização das políticas públicas. E, chama atenção para o fato de que o termo “participação” segue uma dupla tendência: “ora exerce o controle social, ora colabora na gestão dos serviços sociais via voluntariado” (p.178).

O tema participação é amplamente tratada por Gohn (2011) que diz que a principal função da participação deve ser o caráter educativo, e para que esse processo ocorra é necessário que haja abertura à participação, assim,

O conceito de participação não é encontrado de maneira isolada, mas sim articulado a duas outras categorias de análise: lutas e movimentos sociais. A análise dos movimentos sociais, sob o prisma do marxismo, refere-se a processos de lutas sociais voltadas para a transformação das condições existentes na realidade social, de carências econômicas e/ou opressão sociopolítica e cultura (p.27).

Teixeira (2002) diz que a participação é um instrumento de controle do Estado pela sociedade, e entende a participação cidadã como um processo social em construção.

A Constituição Federal de 88 nos art. 194 e 204, discorre sobre a participação popular e de democracia participativa, as quais foram implementadas

³⁰ LIMA, Marlene de Deus. O cotidiano das pessoas idosas com insuficiência renal crônica (IRC), participantes do programa SOS vida, e atendidas nas unidades de saúde de Manaus. Dissertação mestrado PPGSS UFAM 2015.

por meio de lutas por parte da sociedade civil em busca de acesso a gestão dos serviços públicos, através da criação de mecanismos de controle – conselhos e conferências – , porém, ao mesmo tempo em que foram legalmente formalizados, esbarraram na lógica de fragmentação dos direitos sociais, com a instauração do neoliberalismo, aprofundando ainda mais as desigualdades sociais na sociedade.

No âmbito da assistência social, o controle social é visto como forma de participação da população na elaboração, fiscalização e controle, além da capacidade de orientar e fiscalizar os recursos na gestão pública (RAICHELIS, 2005).

Nas dissertações aqui analisadas³¹ a participação e o controle social são vistos como estratégias, tanto de implementação, controle e gestão dos serviços, como um meio de inserção das pessoas idosas nos espaços de convivência e lazer, embora, segundo Lapa (2012), grande parte dos idosos que participam dos grupos e associações ainda não têm uma cultura de participar do debate político, ocupam os espaços em busca de esportes e lazer, de convivência com outras pessoas da mesma idade.

Quadro 16- fala das pessoas idosas sobre os centros de convivência.

Dissertação	Fala das pessoas idosas
Souza (2011)	- “Eu venho mais pra cá para me divertir, fazer amigos” - “Entre ficar em casa sem fazer nada, sentindo dores, e ter alguma atividade física, é bem melhor ir para a atividade”
Lapa (2012)	- “...nós gostamos mesmo é de fazer umas caminhadas, fazer ginástica, fazer natação, fazer esporte, dançar, porque muita gente gosta de ir dançar e isso é gostoso e faz bem pra saúde. Além de tudo isso, temos que ter uma alimentação saudável”.
Silva (2016)	“...Muita alegria por nós ter onde se divertir. O idoso teve sua vez aqui”

Fonte: Souza, 2011; Lapa, 2012; Silva, 2016. Elaborado pela pesquisadora.

Assim, confirma-se nessas falas o que apontado anteriormente, muitas das pessoas idosas veem nesses espaços de convivência uma oportunidade de se relacionar, ocupar seu tempo e sentir-se bem.

Os centros de convivência consistem em atividades que visam o fortalecimento de atividades associativas, produtivas e de promoção da sociabilidade. Visam contribuir para a autonomia, o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção do isolamento social e geração de renda”. (CAMARANO e PASINATO, 2004, citado por SOUZA, 2016, p.69).

³¹ LAPA (2012); SOUZA (2011); SILVA (2016)

3.3. Velhice e saúde tratadas pelas autoras

Levando-se em conta a data de conclusão das dissertações, é possível identificar que as pesquisas de campo foram realizadas entre os anos de 2010 a 2017, período em que houve um acentuado crescimento de pessoas idosas no país, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Entre 2012 e 2017, a quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação, sendo os Estados com maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambas com 18,6% de suas populações dentro do grupo de 60 anos ou mais. O Amapá, por sua vez, é o Estado com menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população. No Amazonas a população acima de 60 anos cresceu 9,2%, passando de 282 mil para 308 mil pessoas entre os anos de 2012 e 2016 (IBGE 2018).

Falar sobre a velhice não é uma tarefa fácil, pois levantam questões que não condizem com a realidade vivenciada por todos. Existem realidades bem perversas em relação às condições de vida, de saúde, de aposentadoria, de violência, dentre outras, apesar de a mídia, as vezes, tentar passar a imagem de um ser ativo, lúcido, participante, e que só depende dele querer viver essa fase da vida de forma feliz e saudável.

Debert (2004) diz que os signos do envelhecimento assumem novas designações; 'nova juventude', 'idade do lazer', o envelhecimento perde as suas características tradicionais, de uma fase de recolhimento para o retorno à juventude. Nessa visão tem-se que o idoso para viver bem a sua velhice tem que conservar-se jovem, sendo esta a forma adequada para o envelhecimento saudável.

As autoras das dissertações assim traduzem a velhice:

Silva (2011) afirma que 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. Diz que esse fato ocorre devido às características de dependência atribuída ao idoso na sociedade. A dependência do idoso se dá primeiro com a família, ela que intermedeia as relações do idoso com o Estado. A autora faz também uma correlação entre envelhecimento e questões regionais ao afirmar que o processo de

envelhecimento na região Amazônica se diferencia do resto do país, e, que as condições climáticas, os hábitos culturais, alimentares e sociais determinam a forma como se envelhece, em quanto tempo e de que forma ocorrerá.

Assim, existe, segundo Silva (2011), peculiaridades na região amazônica que levam a situação de envelhecimento precário, como: “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” (p.44).

Da mesma forma, Lisboa (2011) levanta a questão do envelhecimento na região amazônica e atribui esse fenômeno às péssimas condições de vida da população que se deslocou de seu local de origem em busca de condições melhores de vida e acabaram se submetendo a todo e qualquer tipo de “trabalho”, sem segurança, abrigo e proteção.

Assim, estas populações ainda nem estão em estado de velhice, ou seja, ainda não alcançaram a idade considerada avançada, mas vivenciam um processo acelerado de envelhecimento, acrescido de uma forte carga de patologias, decorrentes de suas condições de vida. Dessa forma, Silva (2011) denomina de *ser velho* estas pessoas que vivenciam as mais diversas formas de privação como saúde, moradia, alimentação, dentre outras.

A Política nacional de saúde da pessoa idosa traz em suas diretrizes uma afirmação definida no Plano de Madri que diz: Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias (BRASIL, 2006).

O envelhecimento da população se manifesta de diferentes formas num mesmo país, e a situação de desamparo em que se encontra grande parte das pessoas idosas no Brasil está associada, segundo Veras (2003), às desigualdades sociais.

Sobre esta questão, Teixeira (2008) faz uma crítica às políticas de atenção ao idoso que, abordam a questão do envelhecimento numa perspectiva universal, que não levam em conta as condições de classe, bem como as condições

materiais de sobrevivência na sociedade capitalista, a qual é permeada por desigualdades sociais e não oferece condições de vida a todos de igual modo.

Souza (2011) traz em sua dissertação, uma abordagem sobre velhice a partir da percepção dos próprios idosos de sua pesquisa, e conclui que essa fase deve ser compreendida em sua totalidade, considerando não somente como fato biológico, mas também como fato cultural. Assim, a autora vê a velhice como “categoria construída socialmente e tratada de maneira diferente, de acordo com períodos históricos e com a estrutura social, cultural, econômica e política de cada povo” (p.37).

Dessa forma, podemos inferir, a partir da ideia da autora, que são diversos os fatores que influem diretamente no processo de envelhecimento e na vivência da velhice de cada pessoa, assim temos os fatores social, econômico, político, cultural, religioso, etc., como condicionantes desse processo.

Nesta linha de raciocínio, Ponce de leão (2012)³², concordando com Beauvoir (1990), afirma que pessoas envelhecem de maneiras diferentes. E, quanto a velhice, não existe exatamente uma marcação cronológica que indique a sua chegada,

[...] há quem diga que envelhecemos desde o momento em que somos concebidos no ventre materno –, geralmente as pessoas sentem que a velhice chegou pelos sinais aparentes que o corpo apresenta e também pelo declínio da capacidade fisiológica com o aparecimento e/ou agravamento de doenças (p.43).

Beauvoir (1990) buscou em seus estudos sobre envelhecimento na década de 1970³³, caracterizar a velhice apontando as diferenças latentes entre a velhice dos trabalhadores explorados e a velhice da classe exploradora, e, sinalizava em suas críticas que dependendo da classe social à qual pertence, “um homem pode ser velho aos 50 anos ou apenas aos 80”

Iniciado mais cedo, o declínio do trabalhador será também muito mais rápido. [...] Ao envelhecer, os explorados são condenados, senão a miséria, pelo menos a uma grande pobreza, a moradias desconfortáveis e à solidão. O que acarreta neles um sentimento de decadência e uma ansiedade generalizada. Mergulham numa bestificação que repercute no organismo; mesmo as doenças mentais que os afetam são em grande parte produto do sistema (BEAUVOIR, 1990:662).

Essa reflexão é compartilhada também por Lisboa (2012), quando refere-se ao *ser velho*, como a expressão materializada de um indivíduo que possui uma

³² PONCE DE LEÃO. Alice Alves Menezes. Serviço Social e Velhice: Perspectivas do trabalho do Assistente Social na articulação entre as Políticas de Saúde e Assistência Social em Manaus. Dissertação Mestrado PPGSS UFAM 2012.

³³ BEAUVOIR, Simone de. A velhice. (Editado na França em 1970 e no Brasil em 1972 e reeditado em 1990).

história de vida, Alguém que produziu e que de alguma forma contribuiu para o processo produtivo e vivenciou todas as faces perversas do capital.

Melo (2012) desenvolve seu trabalho relacionando a velhice ao trabalho. Segundo ela, além do caráter multidimensional, a velhice é também um fenômeno heterogêneo, pois atinge todas as camadas sociais de maneira distinta e o modo de vivenciá-la e percebê-la varia em cada uma delas de acordo com a inserção no processo produtivo.

Em sua pesquisa Melo (2012) comprovou que o trabalho ocupa um importante papel para os indivíduos, e a perda dele representa para o idoso o questionamento da própria existência e de sua utilidade, pois para muitos idosos o desemprego ocasiona sua marginalização social e a perda de sua identidade de trabalhador. Assim, para os idosos sujeitos de sua pesquisa, o trabalho é concebido como algo essencial, ligado à: *Autonomia financeira; Identidade; Preenchimento do tempo; Meio de Sobrevivência e Sociabilidade.*

Lima (2015) também discorre sobre a velhice enquanto processo heterogêneo e inerente à sociedade, ou seja, intrínseca à própria vida do ser humano, na qual além dos anos acrescidos conta-se também com inúmeras variáveis e condições de existência, tais como: econômica, social, política, cultural, geográfica, e outras. O conceito de velhice possui um caráter dinâmico e multifacetado, portanto, difícil de definir. Porém, em seu estudo sinaliza que:

As categorias idoso e velhice serão pensadas enquanto construções históricas, biológicas, psíquicas, sociais, econômicas e culturais que vão além do indivíduo, abrangendo toda uma construção social, multidimensional e interrelacional vivenciadas de forma diferenciada ao da história oficial em cada sociedade (LIMA,2015, p.66).

Dessa forma, Lima (2015) compreende que o envelhecimento populacional não é um dado natural, mas se configura como resultado da reprodução do sistema do Capital, onde o empobrecimento dos trabalhadores é acirrado diante do desenvolvimento das forças produtivas e da riqueza social por eles produzida, a qual tem como consequência uma população precocemente envelhecida e desproporcional a idade cronológica. Assim, considera que os termos velhice e idoso são conceitos construídos sócio historicamente (p.240).

Silva (2016)³⁴ discorreu sobre a velhice a partir das relações estabelecidas no cotidiano das pessoas idosas e relatadas por elas mesmas. Buscou

³⁴ SILVA. Leiliane Amazonas. Cotidiano na Velhice em Parintins/AM: concepções de participantes do Centro de Convivência do Idoso "Pastor Lessa". Dissertação Mestrado UFAM 2016.

compreender a dinâmica de vida dessa população, concluiu que conseguem viver de forma satisfatória, além de possuírem uma vasta concepção a respeito da velhice.

Quadro 17 - concepção das pessoas idosas sobre a velhice

O que mais é preciso para se ter uma boa velhice?	
Mulheres	Subcategoria
- É preciso mais saúde (Idosa 03); - Tem que cuidar da saúde (Idosa 09); - Ter uma boa saúde (Idosa 12); -Boa alimentação, porque tudo tem limite (dosa 05); - Um pouco de paz, carinho, amor, união da família e saúde (Idosa 08).	Saúde
	Alimentação
	Afetividade
Homens	
-Cuidar da saúde, não beber cachaça porque isso estraga o corpo da pessoa (Idoso 02); -Saúde em primeiro lugar (Idoso 03); -Cuidado com a vida, saúde, lazer (Idoso 04); -Ter pessoas pra gente conversar; tem que ter boa saúde. Não adiante ter dinheiro se não tem outras coisas que precisamos (Idoso 06).	Saúde
	Lazer
	Socialização

Fonte: SILVA, 2016.

Estudos mostram que há diferentes modos de envelhecer e viver a velhice, de forma que não há como atribuir características ao idoso de forma universal, pois como vimos é necessário compreender a velhice na sua complexidade. Um desses estudos refere-se ao de Silva (2011), no qual o autor faz uma abordagem acerca dos princípios da Política Social Brasileira para as pessoas idosas, segundo ele,

[...] Há diferentes modos de envelhecer e de ser idoso. Apesar de certas características atribuídas ao idoso em geral, não há um idoso universal. As inserções territoriais, etárias, raciais, étnicas, de gênero e de classe social constituem referências identitárias que precedem, transcendem e sobredeterminam a condição biológica do idoso. (p.2).

Outra questão levantada por Silva (2011) é a feminilização da velhice. “A velhice é feminina”. De fato, é crescente o protagonismo da mulher idosa, trabalhadora, chefe de família, cuidadora, aposentada, pensionista ou beneficiária do BPC, típica usuária da Assistência Social, cidadã” (p.4).

Camarano (1999) diz que as mulheres predominam na população idosa devido a menor mortalidade feminina. Fato comprovado também por Veras

(2003), o qual apontou em seus estudos que as mulheres vivem mais do que os homens, assim, a tendência é ficarem sozinhas, na fase da velhice, sem usufruir de um sistema previdenciário que lhes garanta segurança, no caso de se tornarem dependentes (VERAS, 2003).

Nas dissertações analisadas neste trabalho a questão da feminilização não foi tratada pelas autoras pois não era objeto de pesquisa, embora, em alguns momentos a questão de gênero tenha sido destacada afim de organizar as questões relacionadas aos objetivos específicos de cada estudo.

Voltando-nos agora para a questão da saúde tratada pelas autoras. Assim, nos reportamos à alguns conceitos já estabelecidos na sociedade: A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 definiu “a saúde é o completo bem estar físico, mental e social e, não somente a ausência de doenças”. A constituição de 88 determina: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. E o Estatuto do Idoso afirma: “cabe ao Estado assegurar a atenção integral à saúde do idoso por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS”.

As autoras das dissertações que abordaram mais especificamente a questão da saúde³⁵ consideraram que existem vários aspectos que necessitam ser superados na atenção à saúde população, e em especial, das pessoas idosas. Silva (2011) destaca a escassez de medicações, recursos humanos e materiais como um entrave para a concretização do atendimento da saúde das pessoas idosas que procuram pelos serviços nas unidades básicas de saúde. Ressalta que “reverter essa situação é dever de todos: usuários, gestores de saúde, políticos, profissionais do setor, todos compromissados com a saúde e o bem-estar do idoso e de toda população” (p.102).

Sobre a atenção básica, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) indica que é dever das unidades de atenção básica, promoverem a responsabilização entre as equipes e a população para que seja possível garantir a continuidade do cuidado.

Ponce de Leão (2012) ressalta que é necessário haver a integração entre os serviços socioassistenciais oferecidos em uma mesma área de abrangência, dessa forma seria possível a transversalidade da política de saúde em relação às demais políticas públicas e, assim, a prestação de um atendimento totalitário às

³⁵LIMA (2015); MELO (2012); PONCE DE LEÃO (2012); SAKUTA (2017); SILVA(2011);

necessidades da população idosa para a garantia de sua qualidade de vida (p.106).

Mas seria possível existir um atendimento totalitário na atenção básica? Melo (2012) traz essa questão sobre a saúde na velhice: utopia ou possível realidade? Sua sugestão é a prevenção em longo prazo, ou seja, começar ainda na juventude.

Seria necessário estimular os jovens de hoje à prática de exercícios, leitura – pois estimula a memória, e diminuir as probabilidades de perdas cognitivas - criar condições para que tenham acesso a boa alimentação, desestimular o consumo de drogas lícitas e ilícitas, pois favorecerá a diminuição dos gastos com o setor saúde futuramente (p.56).

A autora supracitada defende essa ideia partindo da concepção de que as condições de saúde dos idosos têm relação com a trajetória de vida e de trabalho que estes percorreram, e com o ambiente e o acesso aos serviços de saúde. Destaca também que em nossa sociedade não existe a cultura de se pensar na longevidade. Enquanto se é jovem e saudável dificilmente pensa-se em prevenção em longo prazo, não há preocupação com o futuro, com precaução ou cuidados, daí a maior propensão para o aparecimento de doenças crônicas na velhice.

Outro ponto em comum nas pesquisas que abordam a questão da saúde, é a prevalência de doenças crônico-degenerativas nas pessoas idosas, o que as leva a dependência de medicações contínuas. Assim destaca-se, principalmente na atenção básica a hipertensão arterial, a diabetes e as patologias decorrentes da HAS, como o colesterol, problemas de visão e os problemas cardíacos (Silva 2011).

Assim, as autoras destacam que há necessidade de reorganização do setor saúde, a fim de adaptar-se à realidade 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 (Silva 2011).

Veras (2008) fala da importância da operacionalização de um modelo preventivo e diz que embora os conceitos de prevenção de saúde serem conhecidos pelos profissionais da área, ainda existe uma grande dificuldade de operacionalização, principalmente quando se trata do grupo etário idosos. Assim,

apesar do discurso de prevenção, os serviços em sua maioria são curativos e tradicionais.

A pesquisa de Silva (2011) constatou que as pessoas idosas não tem credibilidade nas políticas públicas voltadas a elas, mas esperam que o setor saúde seja capaz de responder adequadamente aos seus problemas de saúde, assim como um acolhimento humanizado da equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar. E, acrescenta esta autora, que o processo de adoecimento destas pessoas é resultado da incapacidade do Estado de gerir e fazer valer as normas legais que ele mesmo cria.

Lima (2015) ressalta que a atenção à saúde da pessoa idosa para que seja eficiente, deve estender-se a todos os níveis de cuidado, ou seja, possuir um fluxo de ações educativas, promoção da saúde, prevenção, assistência precoce e reabilitação de agravos.

[...] Essa linha de cuidados se inicia na captação e no monitoramento do idoso e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos. Assim, é imprescindível que haja a superação da cisão entre a pessoa usuária adoecida e seu atendimento junto às unidades de saúde, passando a relação sujeito/sujeito a voltar-se para a prática de cuidados, representando assim, também, melhoria na qualidade de vida das pessoas idosas com IRC. (LIMA, 2015, p.250).

Estas questões deveriam ser simples de resolver, uma vez que já existem legislações que regem todos esses serviços. O que falta então?

Sakuta (2017) traz alguns questionamentos sobre a gestão na saúde,

[...] A questão é que mesmo após 27 anos de SUS, cabe ainda questionar se os seus princípios estão sendo efetivados, de modo a assegurar a saúde como direito a todos os cidadãos e se o Estado vem cumprindo o dever de operacionalizar esses princípios (p.35).

Dessa forma, cita a gestão do trabalho como ferramenta indispensável para o fortalecimento do SUS enquanto direito e, aponta,

[...] para que a gestão em trabalho aconteça de modo mais compartilhada e em equipe, é necessário que se implemente o que rege o SUS e trabalhe a cogestão com elementos de articulação, transversalidade, acolhimento, vínculos, descentralização e corresponsabilização (p.123).

Assim, em relação ao contexto da saúde as autoras consideram como primordial para o atendimento da população idosa a integralidade do acesso aos serviços, a articulação entre as redes socioassistenciais, a transversalidade entre as políticas e a gestão do trabalho, com propostas e estratégias voltados para uma atuação interdisciplinar que propiciem melhorias da qualidade dos serviços que são prestados à população idosa.

As autoras identificam também que é necessário e urgente que os profissionais da saúde, assim como as academias possam continuar desenvolvendo estudos no campo da garantia dos direitos, identificando e propondo estratégias para a ruptura da cisão entre o direito assegurado no aporte legal e o concreto acesso dos cidadãos aos mesmos.

3.3.1. Temática e categorias tratadas

A partir da leitura das dissertações elegemos algumas categorias para análise. Bardin (1977) afirma que a “caracterização tem como primeiro objetivo fornecer condensação, uma representação simplificada dos dados brutos” (p.141), e na análise de conteúdo essa caracterização, não implica em “desvios do material” (idem).

As categorias criadas são:

1. Trabalho e envelhecimento
2. Participação e cidadania
3. Políticas sociais e envelhecimento
4. Saúde e envelhecimento

Estas categorias foram elaboradas a partir da leitura dos trabalhos, onde iniciamos pelos resumos, em seguida o sumário, introdução e conclusão. Após a identificação de pontos chaves seguíamos a leitura dos capítulos para uma visão completa do trabalho.

1. Categoria Trabalho e envelhecimento

Nessa categoria inserimos as dissertações que têm em comum algum tipo de abordagem ou relação com trabalho e envelhecimento. As autoras que trataram a questão do trabalho concordam que a trajetória de trabalho percorrida pelas pessoas idosas é determinante para as condições materiais, subjetivas e de saúde nessa fase do envelhecimento. Melo (2012) assim relata,

[...] diante da ruptura com o trabalho e da incerteza sobre que papel desempenhar, os idosos das unidades básicas encontram nas atividades domésticas e na televisão os principais meios de ocupar o tempo, já para os idosos do Parque, a participação em grupos de convivência para terceira idade possui grande significado e aparece como solução para reinvenção do tempo livre. Em outros termos, os idosos do Parque Municipal que tiveram acesso uma vida produtiva mais satisfatória, por conseguinte, um envelhecimento mais ativo, saudável e uma melhor percepção sobre essa fase. (p.7).

Embora com enfoques teóricos e opções metodológicas diversas, as autoras das dissertações trazem em comum a abordagem da realidade inserida no sistema capitalista, destacando as particularidades da exploração do trabalhador na região amazônica. Assim, apontam que após anos de trabalho, o trabalhador vivencia uma nova fase da vida como aposentado, ou não e, agora que tem a possibilidade de dispor de descanso e lazer, ele não consegue, uma vez que o trabalho significava mais que uma ocupação ou fonte de renda, mas também a sua afirmação como sujeito, como provedor e como chefe de família com identidade própria.

Lisboa (2011) relata: “[...] os trabalhadores envelhecidos ficavam e, hoje ainda ficam pelas ruas, em busca de algo para fazer e para ocupar o tempo livre, uma vez que perderam sua referência enquanto trabalhador, enquanto produtor” (p.33). Sendo assim, para a referida autora, o grande desafio das sociedades modernas será ressignificar a *velhice* e o *envelhecimento* uma vez que as relações foram construídas num contexto de produtividade associado ao entendimento de utilidade.

Observamos neste contexto o descarte do idoso do mercado de trabalho, expressando a face cruel do sistema excludente e contraditório, que incentiva o trabalho, produção e consumo e depois descarta a mão de obra quando a julga ineficiente.

Para Melo (2012) o trabalho representou importante papel na vida dos idosos, “as principais concepções sobre ele estão relacionadas à *identidade*, meio de *sobrevivência*, *preenchimento do tempo* e *sociabilidade*” (p.96).

O processo de envelhecimento se manifesta de maneira diferenciada em cada sociedade, de acordo com o contexto histórico e com o desenvolvimento econômico. E, infelizmente, na sociedade capitalista o que se presencia é a supervalorização da juventude, ao considerar a velhice como período de perdas, associada muitas vezes, à doença, invalidez, ou apenas um período que se vive à espera da morte.

Melo (2012) diz que decorrente do somatório das perdas com que o idoso na sociedade industrial teve de se confrontar, perda de sua representação simbólica, do seu espaço na família e no mundo do trabalho, a sua desvalorização social conduziu a uma perda da sua “inscrição” como cidadão na sociedade e singularizou-se por criar um novo determinante social na relação do

idoso com a sociedade. Para esta autora, “relacionar envelhecimento com produtividade se tornou uma hipótese ilusória ou impossível de ser concretizável” (p.17).

Completa ainda, que as mudanças advindas com a globalização interferem diretamente nos processos de trabalho, as características dos trabalhadores mais velhos passaram a ser incompatíveis com as exigências do mercado de trabalho. Beauvoir (1990) também infere que quando o funcionário envelhece, perde sua força e rapidez, além de não se adaptarem facilmente a novas situações, defeitos que não são compensados pela experiência e qualificação profissional.

Assim, Melo (2012) destaca a importância do Parque do Idoso, uma vez que o afastamento do mercado de trabalho tem um grande impacto na vida de qualquer trabalhador. Diz que participação dos idosos nas atividades oferecidas, além de propiciar ocupação saudável do tempo, o fortalecimento dos laços sociais traz inúmeros benefícios para a saúde física e emocional deles.

Outra questão referente ao trabalho versam sobre a situação do idoso que retornam ao mercado de trabalho mesmo depois de aposentado ou de receber benefício assistencial³⁶. Há também aqueles que nunca pararam de trabalhar ou exercer alguma atividade remunerada. Segundo resultado da pesquisa de Silva (2011), os idosos afirmam que estão inseridos no mercado informal de trabalho para contribuir na sua renda e manter a família.

Refletindo sobre esta categoria, percebemos que além dos enfoques teóricos sobre trabalho e envelhecimento, as autoras das dissertações buscaram explicitar a realidade vivenciada pelas pessoas idosas que saíram do mercado de trabalho e passaram a buscar novos sentidos para a vida.

Teixeira (2008) diz que quando o trabalhador se encontra na condição de velhice é descartado pelo capital, que não lhe oferece condições de sobrevivência nesses sistema, então esse trabalhador sente que perdeu sua própria identidade, suas necessidades aumentam e já não tem mais como satisfazê-las.

De forma que, nesse sistema capitalista os direitos adquiridos por longos anos de trabalho deixam de ser direitos e transformam-se em benefícios, uma vez que não podendo mais permanecer no mercado de trabalho a fim de conseguir se manter, o trabalhador, agora envelhecido, fica à mercê do Estado, que através de

³⁶ As dissertações que abordam sobre o retorno do idoso ao mercado de trabalho são: SILVA (2011) e MELO (2012).

políticas mínimas, “possibilita” ao idoso a falsa ilusão de pertencimento na sociedade.

2. Participação e Envelhecimento

Incluimos nessa categoria as dissertações que abordam assuntos relacionados a participação social da pessoa idosa tanto nos espaços de debate e controle social quanto nas associações e centros de convivência³⁷.

A propagação sobre o fenômeno do envelhecimento da população foi inicialmente promovida pela Organização Mundial da Saúde e Organização das Nações Unidas, as quais, podemos considerar como as primeiras manifestações sociais com intuito de chamar atenção da sociedade para o enfrentamento dessa realidade.

A partir daí, segundo Camarano (2004), no final da década de 1980, acontece a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, resultando num grande avanço em políticas de proteção ao idoso. Os princípios e diretrizes firmados nesse encontro foram mais tarde incorporados no texto constitucional de 1988, através do protagonismo da sociedade civil organizada em prol da reivindicação dos direitos sociais da pessoa idosa.

Lapa (2012) infere que a emergência da velhice como expressão da questão social, trouxe para a cena pública as múltiplas dimensões do envelhecer, e uma das reflexões sobre estas mudanças são a participação do idoso “ativo” na sociedade capitalista, a partir dos idosos que estão inseridos em atividades socializantes como a participação em grupos comunitários e nas associações de idosos, como uma alternativa de ações que possibilitem novas experiências.

Nesse contexto, Souza (2011) assim resume as experiências das pessoas idosas integradas a um espaço de convivência:

[..] A inserção dos idosos no programa garante uma série de mudanças que indiscutivelmente podem ser potencializadoras de uma vida mais ativa, menos solitária, com elevação da autoestima, de alegria de viver, de sentimento de valorização, aumento de amizades e até mesmo mobilização quando um dos idosos chama a atenção para a necessidade de aglutinar outras pessoas para que o programa não chegue ao término. É inegável que esses fatores são indispensáveis para respaldar não somente os idosos, mas qualquer segmento das classes subalternas, no exercício da cidadania e na participação de atividades de socialização (p.124).

³⁷ As dissertações que falam da participação social da pessoa idosa são: LAPA (2012) e SOUZA (2011).

Assim, citamos Gohn (2001), que discorre sobre as possibilidades da participação e a importância da autoestima, da autoimagem e das representações sobre sua própria vida nos espaços de convivência para idosos:

[...] Há participação quando há um sentimento de que os indivíduos têm valor e são necessários para alguém, quando percebem sua própria contribuição, e que tem um lugar na sociedade, que são úteis, que são valorizados por alguém. Para tal, os indivíduos necessitam de um meio ambiente consistente do ponto de vista de relacionamento, contratos e laços sociais. Para participar, os indivíduos têm de desenvolver autoestima, mudar sua própria imagem e as representações sobre sua vida (p. 28).

Lapa (2012) relata que no Brasil o processo de participação se deu nos meados do século XX ao século XXI, períodos em que há o reconhecimento da participação enquanto mobilização social. Assim, destaca Paz (2006) que afirma que as décadas de 1980/1990 formam um período fértil voltado para criação de leis voltadas aos idosos.

Lapa (2012) fala também sobre a participação democrática por parte da sociedade civil organizada, e especificamente, no que se refere ao idoso, que cada vez mais pode fortalecer e fiscalizar, a partir do controle social, dos fóruns e dos conselhos. Destaca também que sobre essa participação em conselhos não é interesse de todos os idosos, pois ainda há muitos idosos que não participam diretamente do processo de mobilização, seja por limitações variadas que os deixam alijados deste processo, ou mesmo por não ter interesse em participar diretamente.

Em sua pesquisa observou que há idosos que não se percebem enquanto sujeitos sociais da sua própria história, e ainda há idosos que precisam de narradores ou de representantes para esse ato tão importante na construção da participação, conforme expresso na fala desse idoso,

[...] O idoso não quer lutar diretamente, ele próprio, pelos seus direitos e precisa de uma terceira pessoa que tenha conhecimento para falar, ser porta-voz e lutar pelos direitos dos idosos, mais o coordenador do grupo fala pros idosos, são vocês que têm que participar, porque são vocês que sentem as privações ou as dificuldades, mas acaba que não falam nada! (IRAJA, 65 anos).

As dissertações que abordam a participação do idoso, trazem em comum a concepção de participação como instrumento de socialização, inclusão, pertencimento, afetividade, saúde, dentre outros fatores, os quais foram comprovados nas entrevistas. Nos trabalhos foi possível perceber a importância

dos programas de atendimento aos idosos como o único espaço de participação ativa na sociedade, onde se sentem amparados e ouvidos.

3. Políticas sociais e envelhecimento

É unânime em todas as dissertações a abordagem sobre as políticas sociais e envelhecimento, uma vez ser impossível fazer essa dissociação. As Políticas Públicas têm o papel de atender às demandas e as necessidades sociais da população enquanto direitos sociais garantidos constitucionalmente, devem ser executadas pelo Estado nas diferentes esferas do governo. Entendemos os direitos sociais a partir da concepção de Estado Social de Direito, o qual é tratado por Vieira (2009) como espaço onde prevalece a garantia dos direitos e das liberdades fundamentais (p.133).

Assim, para que haja um Estado Social de Direitos é imprescindível que os direitos sociais sejam assegurados em sua plenitude. Esse Estado Social de Direitos que se configurou como o Estado de Bem-Estar Social, podemos então deduzir que nunca existiu de fato no Brasil, mas apenas em países de capitalismo desenvolvido.

Isto porque no Brasil o mais próximo que já se esteve de se alcançar um Estado de Bem-Estar Social se deu com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual trouxe a garantia de uma série de direitos de cidadania. No entanto, logo em seguida o neoliberalismo instalou-se no Brasil e com ele a ameaça aos direitos sociais e ampliação da cidadania. Como afirma Coutinho (1999), o neoliberalismo propugna o fim dos direitos sociais e o desmonte do Estado de Bem-Estar Social, uma vez que a lógica capitalista não se interessa por direitos sociais.

Assim, diante dos desmonte dos direitos sociais, as Políticas Sociais ficam cada vez mais restritas e focalizadas e não conseguem atender as necessidades sociais da população. Importante neste contexto lembrar que as Políticas Sociais não decorreram exclusivamente do Estado. Para Almeida e Alencar (2008), elas são produto histórico de uma luta entre projetos societários distintos, e, dessa forma assumem um significado estratégico nos processos de reconhecimento dos direitos das classes subalternizadas (p. 65).

Lisboa (2011)³⁸ traz uma abordagem ampla sobre as políticas públicas e diz que estas foram construídas ao longo da história brasileira e são reflexos do processo de colonização, exploração, e, posteriormente do longo período de ditadura militar.

E, após esse período tivemos a promulgação da Constituição Federal de 88 e com ela alguns avanços no que se refere as Políticas Públicas de proteção aos idosos, como a Seguridade Social, Política Nacional da Assistência Social-PNAS, Política Nacional do Idoso- PNI, Estatuto do Idoso, e na área saúde: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e Política Nacional da Atenção Básica.

Em seu trabalho Lisboa (2011) reconhece os avanços nas políticas de apoio à pessoa idosa como importantes conquistas da sociedade civil, incluindo os próprios idosos, que através das associações e sindicatos de aposentados e pensionistas se fortaleceram ao longo da história da Previdência Social no Brasil.

Constatou que apesar dos avanços nas políticas públicas para idosos, que tiveram no marco da Constituinte, e posteriormente da Política Nacional de Assistência Social, o estabelecimento de sistemas integrados de proteção ao idoso e às famílias, a realidade tem demonstrado que o sistema não tem dado conta de atender as demandas específicas do público local, devido à falta de integralização das políticas, bem como pelas condições subalternizadas de trabalho na assistência social.

Silva (2011); Lima (2015) e Sakuta (2017) tratam especificamente da política de saúde voltada ao idoso, sinalizam que apesar dos avanços na política e ações de saúde, o acesso do idoso à consultas, à medicação, à programas mais específicos, ainda é precário. Destacam que as diretrizes da Política de saúde do idoso é um desafio para os profissionais que estão nas instituições.

Lapa (2012), Souza (2011) e Melo (2012), abordam sobre as políticas municipais, destacam sua importância a partir do envolvimento da sociedade civil no debate sobre a proteção social junto ao Estado. Relatam como essas políticas contribuem para a criação de condições que promovam a cidadania para as pessoas idosas. E concluem que é dever da sociedade e do poder público, através das políticas sociais, realizarem ações que promovam uma velhice menos debilitada, mais saudável e com condições dignas de sobrevivência.

³⁸ LISBÔA. Simone Moraes. A Política Pública para Idosos na Cidade de Manaus: avanços e desafios para sua efetivação. Dissertação de mestrado PPGSS UFAM 2011.

4. Saúde e envelhecimento

Nas dissertações que tratam da relação saúde e envelhecimento trouxeram em comum análises relacionadas à integralidade do acesso e a prevenção dos agravos.

O Estatuto do Idoso preconiza a necessidade de prevenir e manter a saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário que visem a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde – OMS - vem chamando a sociedade à lutar por Políticas Públicas de atendimento mais eficazes para as pessoas idosas através de medidas que evitem o declínio nas suas capacidades físicas e mentais. É necessário que se desenvolva um novo paradigma de saúde pautado na prevenção dos agravos e das debilidades físicas que interferem na capacidade funcional das pessoas.

Uma das maiores conquistas no campo da saúde referente ao segmento idoso é a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cuja finalidade primordial é a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

A Constituição de 88, incorpora uma concepção ampliada de saúde, entendida como direito de cidadania:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196).

A Lei Orgânica da Saúde (8080/90) no seu art. 7º também explicita o caráter integral da assistência à saúde. Mendes (2011) sinaliza que a integralidade do cuidado está inserido na proposta de reorganização da rede de atenção, também conhecida como linha de cuidado. Assim, o conceito de integralidade abarca todos os níveis da assistência evitando a fragmentação do atendimento.

As dissertações que abordam a saúde destacam, entre outros: a necessidade de reorganização do setor saúde; ações voltadas à prevenção; reverter a baixa resolutividade; educação permanente e valorização do trabalhador.

A “melhora” da condição de saúde da população idosa, para Silva (2011) e Melo (2012) está basicamente associada ao acesso à consulta médica e medicamentos. Uma vez que nas unidades de saúde “não existem ações de prevenção, dão ênfase a uma assistência de baixo custo e de caráter curativo, não investindo tanto na dimensão sanitária e preventiva prevista para atenção primária”. (MELO 2012, p. 57)

Já para Souza (2011) a melhora na saúde das pessoas idosas (segundo relato delas mesmas), aparece como uma das mudanças provocadas a partir da inserção no programa de convivência, através de atividades de lazer.

Assim,

[...] O conceito de saúde se reatualiza, sendo entendido não como um dado, mas como uma tarefa; saúde não é definida por um estado, e sim por um conjunto de comportamentos, como vemos em umas das falas que associa a saúde a ter uma vida mais ativa. (p. 124)

Lima (2015) ressalta que no caso das pessoas idosas acometidas de doenças crônicas, a atenção à saúde para que seja eficiente, deve estender-se a todos os níveis de cuidado:

[...]possuir um fluxo bem desenhado de ações educativas, promoção da saúde, prevenção e postergação de moléstia, assistência precoce e reabilitação de agravos. Essa linha de cuidados se inicia na captação e no monitoramento do idoso e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos. (p. 250)

No decorrer de seu trabalho Lima (2015) destaca também que as dificuldades encontradas por essas pessoas idosas são duplas, por serem idosas e por serem renais crônicos, o que exige que o sentido da integralidade das ações sejam realmente obedecidos.

Dessa forma, observamos que nos diferentes espaços, as questões relacionadas ao acesso à serviços de saúde ainda apresentam falhas quanto a organização e atendimento, as ações desenvolvidas são fragmentadas, uma vez que não há articulação entre os demais níveis, ou em rede, conforme sinaliza Mendes (2019), assim, o princípio da integralidade do cuidado não é posto em prática nos serviços de saúde.

3.3.2 Reflexões sobre a produção dissertativas sobre velhice e saúde

Chegando ao final deste trabalho convém tecermos algumas reflexões acerca do que foi tratado. Assim, partindo das conclusões feitas pelas

pesquisadoras das dissertações, observamos que os serviços de saúde analisados não atendem de forma satisfatória a população idosa, a partir do que preveem as legislações, portarias, normas, etc., criadas para assegurar os direitos relativos à saúde.

Observações das pesquisadoras sobre os serviços de saúde, como se apresentam e sugestões de melhorias.

Quadro 16- Serviços de Saúde

Como se apresenta - UBS³⁹ (SILVA 2011; MELO, 2012; SAKUTA, 2017)
<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de doenças crônico-degenerativas em idosos; - Escassez de medicamentos, recursos humanos e materiais; - Ênfase a uma assistência de baixo custo e de caráter curativo; - Não investimento em prevenção como prevista para atenção primária; - Visão “biomédica” onde o foco é a relação saúde/doença; - Quadro de trabalhadores insuficiente para a abrangência da área de sua cobertura;
Propostas de mudanças nas UBS
<ul style="list-style-type: none"> - Reorganização dos serviços, adaptando-se à realidade de saúde das pessoas idosas; - Promover ações voltadas à prevenção e recuperação de sua saúde; - Recursos humanos qualificados e comprometidos com a promoção da saúde dessa população; - Fortalecimento da dimensão de integralidade cobrando mais cobertura nas demais esferas responsáveis pela média e alta complexidade em saúde;
Como se apresenta Média e alta Complexidade⁴⁰ (LIMA, 2015)
<ul style="list-style-type: none"> - Demanda superior ao número de vagas disponíveis no sistema de saúde; - Falhas na integração entre o sistema de referência e contra referência; - Estado é incapaz de gerir e cumprir as normas legais que ele mesmo cria; - No Amazonas e em seus municípios há um processo histórico de negligência quanto aos direitos das pessoas com IRC em todos os níveis de atendimentos;
-Sugestões de melhorias:
<ul style="list-style-type: none"> - atenção à saúde da pessoa idosa deve estender-se a todos os níveis de cuidado. (linha de cuidado);

³⁹ Unidades Básicas de Saúde das zonas norte, oeste, sul, leste, e unidades de saúde dos bairros do distrito leste de Manaus.

⁴⁰ Programa SOS vida.

- criação e a manutenção de um sistema nacional de informações com registro, análise e divulgação de dados epidemiológicos de pacientes com IRC para melhor planejamento da assistência e melhor efetividade do tratamento;

- Investimento quanti-qualitativo na principal rede de atenção à saúde através de ações preventivas e promocionais, quanto na garantia do tratamento via diálise.

A porta de entrada do sistema é preferencialmente a unidade básica de saúde ou a estratégia saúde da família e as ações desenvolvidas devem buscar a integralidade da atenção. O modelo de saúde preconizado pelo SUS é pautado na equipe interdisciplinar e propicia um atendimento integral, com impacto na qualidade de vida da população idosa e na saúde pública em geral.

Entretanto, apesar de todas as legislações existentes para proteção à saúde da pessoa idosa, ainda há falhas em sua efetivação. Sakuta (2017) analisou a gestão do trabalho em saúde, o qual é uma estratégia para a gestão do próprio Sistema Único de Saúde que visa o desenvolvimento de atendimento integral, descentralizado político-administrativamente e com participação social. Observou que apesar de alguns avanços na questão da gestão participativa, ainda há dificuldades em desenvolver ações integrais e interdisciplinares.

De forma que detectou também acerca da gestão nos serviços de saúde: o quadro de trabalhadores é pequeno para a abrangência da área de sua cobertura; há necessidade de Educação permanente para os trabalhadores; há necessidade de valorização do trabalhador da saúde; há fragilidades no desenvolvimento de trabalho em equipe, dentre outros;

Como vimos os serviços de saúde em qualquer nível apresentam desafios para a efetivação plena de saúde das pessoas idosas. O embate está basicamente localizada na dificuldade que profissionais e gestores têm em desenvolver as ações de serviços já previstos, seja por falta de investimentos por parte do Estado em serviço complexos, que prejudica o atendimento, seja pela falta de recursos humanos e investimentos em capacitação, conforme aponta Sakuta.

A partir do que vimos neste trabalho, as ações de saúde desenvolvidas nas unidades de saúde pesquisadas são basicamente voltadas para ações paliativas e fragmentadas, não havendo de fato ações integradas nem com os demais níveis de atenção, nem tampouco com os demais serviços assistenciais que compõem a rede de proteção à pessoa idosa.

Compreendemos a saúde não como ausência de doenças, entendemos o conceito defendido por Moraes (2011), enquanto medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades dos indivíduos.

Este autor afirma, assim como Veras (2003), que a maioria das pessoas idosas possuem doenças crônicas, ou seja, não tem cura, mas nem sempre essas doenças estão associadas às limitações, de forma que não impedem essas pessoas de viverem normalmente.

A portaria que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz pela sua condição de autonomia e independência (BRASIL, 2006), que estão relacionados ao funcionamento das capacidades de *cognição* (compreender e resolver problemas); *humor* (motivação para participação social); *mobilidade* (capacidade de deslocamento e manipulação do meio que está inserido); e *comunicação* (habilidade de comunicar, relacionar com o meio, expressar sentimentos, etc.). (MORAES, 2011).

É esse declínio funcional que deve ser evitado, Moraes (2011) explica de que forma pode ser evitado e conceitua cada etapa.

- A avaliação multidimensional, segundo o autor, é a melhor metodologia para avaliação integral do idoso e para o direcionamento das intervenções a serem propostas.

- O plano de cuidados é estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde as intervenções podem ser classificadas em ações preventivas/promocionais, curativas/paliativas ou reabilitadoras

- A perspectiva de organização da rede de atenção ou linha de cuidado, pressupõe a integralidade do cuidado, a vinculação e a responsabilidade dos profissionais de saúde, do sistema de saúde e do usuário/família.

- A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede e não deve haver hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde. O sistema deve funcionar sob a forma de uma rede horizontal, com distintas densidades tecnológicas, mas sem grau de importância entre elas.

Concluimos, a partir da produção sobre velhice e saúde e fazendo um comparativo com o que determinam as legislações direcionadas às pessoas idosas, que, é necessário mais estudos acerca da saúde dessa população, tendo em vista que é um tema repleto de contradições, pois de um lado existem

diversas garantias de direitos legalmente assegurados, mas de outro, a pessoa idosa continua lutando pelo direito de viver sua velhice e seus últimos anos de vida com dignidade.

A questão da velhice e saúde é tratada pelas pesquisadoras numa perspectiva crítica. Quando analisadas as motivações que tiveram para realização da pesquisa, era sempre na perspectiva de assegurar direitos, a partir de inquietações diante de condições de negação de direitos que vivenciavam.

Se buscarmos retrospectivamente o trabalho do Assistente Social, encontraríamos que a velhice sempre foi objeto de intervenção do serviço social. O Assistente social é chamado a intervir e dar respostas às demandas postas pela população idosa nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, e o tem feito com muito comprometimento, mesmo diante de todos os desafios provenientes de políticas públicas ineficientes e serviços precários.

Diante dos resultados, observações e inquietações, podemos inferir que há muitos desafios a serem buscados por todos os profissionais envolvidos no atendimento das pessoas idosas nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais na tentativa de superação do atual modelo de políticas sociais fragmentadas e excludentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, o aumento da longevidade é reflexo da redução das taxas de natalidade e mortalidade, que vem ocorrendo desde a década de 1960 (VERAS, 2003), dentre outros fatores.

Nos últimos anos o desenvolvimento de estudos sobre o envelhecimento e a velhice tornou-se relevante, principalmente, pela preocupação de alguns profissionais com o aumento das demandas das pessoas às políticas setoriais como as de saúde e previdência.

O Serviço Social como profissão alinhada às expressões da questão social, também tem contribuído para a produção de conhecimento na área da velhice e envelhecimento. O assistente social no seu dia a dia vivencia as mais diversas formas de negação de direitos, não somente contra pessoas idosas, mas a população em geral.

No PPGSS as produções sobre envelhecimento equivalem à uma produção a cada ano, assim temos num período de 10 anos, o total de 10 dissertações produzidas, ou seja, uma por ano, e está em segundo lugar entre os temas pesquisados, estando em primeiro o tema Assistência Social.

Neste trabalho buscamos conhecer as produções acadêmicas do Serviço Social no âmbito da Pós Graduação, e assim verificar como tem sido tratada a velhice pelas pesquisadoras do PPGSS.

Ao debruçar-nos sobre as dissertações percebemos que o interesse das pesquisadoras sobre velhice aconteceu a partir de suas inquietações com as questões que vivenciam ou vivenciaram em algum momento da vida acadêmica ou profissional. Demonstrando assim, o compromisso político em intervir nas questões relacionadas aos direitos e garantias das pessoas que envelhecem.

Iniciamos este trabalho tecendo considerações sobre velhice e envelhecimento na sociedade brasileira a partir de autores que se dedicam a estudar sobre o tema.

Fizemos um retrospecto sobre as políticas sociais e de saúde no Brasil, destacando as conquistas e os desafios a partir do Sistema Único de Saúde-SUS. Além de diversas leis, normas, etc., que tem a finalidade de tornar o SUS mais resolutivo.

Quanto às pessoas idosas, observamos que existe uma infinidade de portarias e documentos que visam aprimorar os serviços de saúde voltadas a elas. A novidade é a linha de cuidados ou rede de atenção, que pressupõe a integralidade no cuidado, envolvendo profissionais de saúde, sistemas de saúde, usuários e famílias.

Observamos na área da saúde um maior número de insatisfação das pesquisadoras com o resultado encontrado em suas pesquisas, os quais apontaram que os serviços de saúde ainda não conseguem atender toda a demanda de pessoas idosas. O maior entrave em relação aos serviços de saúde é a falta de ações de promoção à saúde, falta de articulação entre os níveis de atenção, a baixa resolutividade dos serviços prestados, o número reduzido de profissionais e a dificuldade na gestão do trabalho.

As reflexões trazidas pelas autoras sinalizam que ainda falta muito a ser feito pela população idosa, no que se refere a efetivação realmente de seus direitos.

É inadmissível que pessoas idosas ainda não tenham acesso a medicamentos básicos, a consultas médicas, a atividades de lazer e convívio social quando desejarem. Portanto, devemos assumir o compromisso de lutar pela efetivação dos direitos que já estão previstos.

As autoras demonstram compromisso ético-político no desenvolvimento de sua pesquisa, fazem leituras críticas da realidade e é perceptível o engajamento em defender e lutar pelos direitos das pessoas idosas.

Este trabalho realizou uma pesquisa documental e, não teve a intenção de julgar ou atribuir qualquer conceituação acerca das obras analisadas.

E como pesquisadora deste estudo, foi de grande desafios e superações, uma vez ser desenvolvido num período marcado por medos e apreensões decorrentes do mal que assola o mundo todo, a pandemia de covid 19.

REFERENCIAS

ABESS / CEDEPSS. Diretrizes gerais para o curso de Serviço social (com base no currículo mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de nov. 1996. Cadernos ABESS n. 7. São Paulo: Cortez, 1997, p. 58-76 (Edição Especial);

ALBUQUERQUE. Sandra Marcia Lins de. Envelhecimento ativo: desafio do século/ Sandra Marcia Lins de Albuquerque. São Paulo: Andreoli, 2008;

ALVES. José Eustáquio Diniz. Envelhecimento Populacional no Brasil e no mundo segundo projeções da ONU. Portal do Envelhecimento, São Paulo, 17/06/2019. Disponível em <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/envelhecimento-populacional-no-brasil-e-no-mundo-segundo-as-novas-projecoes-da-onu/>. Acessado em 12/02/2020

ANDRADE et al. Serviço Social, trabalho e sustentabilidade, Hamida Assunção Pinheiro, Lidiany de Lima Cavalcante, Marinez Gil Nogueira Cunha e Roberta Ferreira Coelho de Andrade, Alexa Cultural: São Paulo / Edua: Manaus, 2019;

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições, 1977;

BEAUVOIR, Simone de. A velhice. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990;

BELATO, Dinarte. História da velhice. In: Dallepiane, Loiva Beatriz (Org). Envelhecimento Humano: campos de saberes e práticas de saúde coletiva. Ijuí: Ed. Uijuí, 2009;

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. IN: Revista Quadrimestral de Serviço Social - Especial Velhice e Envelhecimento. Ano XXIV, nº75, Setembro, 2003;

BORDONI. Mérida Zilanda Barbosa. Avaliação institucional para atenção às condições crônicas nos serviços de saúde especializados em idosos na cidade de Manaus- AM. Dissertação de Mestrado em saúde. Sociedade e Endemias na Amazônia- UFAM. Manaus/AM, 2019;

BRANDÃO, Vera Maria Antonieta T.; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. Envelhecimento ou longevidade? Questões Fundamentais do Ser Humano. 8. ed. São Paulo: Paulus, 2009;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br>;

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em

2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019;

_____. LEI Nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso;

_____. Portaria 1.395/GM em 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso;

_____. Portaria Nº. 648, de 28 de março de 2006 - Política Nacional de Atenção Básica;

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Projeção da população do Brasil por sexo e idade: revisão 2008. Instituto brasileiro de geografia e estatística: Rio de Janeiro, 2008;

_____. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde: Brasília, 2010;

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Instituto brasileiro de geografia e estatística: Rio de Janeiro, 2011;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007;

_____. Ministério da Saúde. O que é covid 19. Disponível em <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em 12/02/2021;

_____. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm;

_____. SUS: a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011;

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. I. Disponível em: Acesso em: 07 jun. 2018;

_____. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle democrático do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013;

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

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

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

_____. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em 16/11/2020;

_____. Planalto. Lei n. 13. 958/2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm. Acesso em 12/01/2021;

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996;

_____. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a reforma Sanitária: Elementos para o debate. In: Serviço Social e Saúde/Ana Elizabete Mota. [Et al.], (orgs). -2. Ed.- São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007;

_____. Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012. BRAVO, M.I. S. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. IN: Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. 2009;

_____. (Orgs). Política social e democracia. 3ª ed. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2007;

_____. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde / Ana Elizabete Mota. [Et al.], (orgs). -2. Ed.- São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007;

BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social: fundamentos e História/Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. – 9. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011;

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO. Maria Tereza. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. Ana Amélia Camarano e Maria Tereza Pasinato. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Organizado por Ana Amélia Camarano. - Rio de Janeiro: IPEA, 2004;

_____. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. IN: NERI, Anita Liberalesso (Org.). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Perseu Abramo - SESC, 2007;

_____. Como vai o idoso brasileiro? Ana Amélia Camarano (coordenadora) et al. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Ipea. ISSN 1415-4765. Rio de Janeiro, dezembro de 1999;

CANCIAN, Natalia. Governo Federal diz buscar modelos de negócios. Folha de São Paulo, São Paulo, 27/10/2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/10/governo-federal-diz-buscar-modelos-de-negocios-para-unidades-basicas-do-sus-em-plano-de-concessoes.shtml>>. Acesso em 15/11/2020;

Carvalho, Maria. (2013). Serviço Social no Envelhecimento;

COHN et al. A saúde como direito e como serviço/ Edilson Nunes, Pedro Jacobi, Úrsula S. Karsch, Amélia Cohn. - 2. Edição – São Paulo: Cortez, 1990;

_____. A saúde como direito e como serviço/ Edilson Nunes, Pedro Jacobi, Úrsula S. Karsch, Amélia Cohn. - 7. Edição – São Paulo: Cortez, 2015;

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília, DF, 2010;

COUTINHO, Carlos Nelson. Cidadania e modernidade. Perspectivas. São Paulo. 1990;

DEBERT, G. G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: FAPESP, 2004;

_____. (Org.). Textos Didáticos/Antropologia e Velhice. Campinas: IFCH/UNICAMP, 1994;

DEZAN, Stéfani Zanovello. O Envelhecimento na Contemporaneidade: reflexões sobre o cuidado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. Revista de Psicologia da UNESP 14(2), 2015;

FALEIROS, Vicente de Paula. Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos. IN: NERI, Anita Liberalesso (Org.). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Perseu Abramo - SESC, 2007^a;

GOLDMAN, Sara Nigri. As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: PY, Lígia; et al (org.) Tempos de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. 2. ed. São Paulo: editora Holambra, 2006;

GOLDMAN, S. Velhice e direitos sociais. In GOLDMAN, S. Et al. (orgs.). Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia? Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/Seção Rio de Janeiro, 2000. (pp. 13-42). Aposentadoria, Trabalho e Cidadania In GOLDMAN, S. e PAZ, S. F, (orgs.) Cabelos de Néon, Niterói, RJ: Talento Brasileiro, 2001. (pp.13-31);

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. In. CFESS/ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais, p. 701-738. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009;

LAPA. Úrsula Castro. A Participação do Idoso nas Associações da Sociedade Civil em Manaus. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Serviço Social, da Universidade Federal do Amazonas. Manaus- AM 2012;

LEÃO. Sarah Moreira Arêa; TEIXEIRA. Solange Maria. Proteção Social e Envelhecimento no Brasil e em Portugal: crítica à (re) novada função da família na proteção social das pessoas idosas. In. Serviço Social e envelhecimento/ organizadora, Solange Maria Teixeira. – Teresina: EDUFPI, 2020;

LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; SANTOS, Jair Lício Ferreira; Laurenti, Ruy. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do Município de São Paulo. Revista São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 2, p. 30-45, jul./dez. 2008;

LIMA, Marlene de Deus. O Cotidiano das pessoas idosas com insuficiência renal crônica (IRC), participantes do programa SOS VIDA e atendidas nas unidades de saúde de Manaus. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Serviço Social, da Universidade Federal do Amazonas. Manaus- AM 2015;

LISBÔA. Simone Moraes. A Política Pública para Idosos na Cidade de Manaus: avanços e desafios para sua efetivação. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Serviço Social, da Universidade Federal do Amazonas. Manaus- AM, 2011;

LOBATO, Serviço Social e Envelhecimento: perspectiva do trabalho do Assistente Social na área da saúde. In Maria Inês Bravo...et al, (orgs): Saúde e Serviço Social. 3. Ed.- São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007;

MASSUDA. Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração do Estado de São Paulo, Av. 9 de Julho 2029/11º/FGV saúde, Bela Vista. 01313-902 São Paulo SP Brasil;

MATTOS. Walderez Maria Lemos de. O processo de envelhecimento e a questão da institucionalização do idoso em Manaus: um estudo na instituição de apoio à pessoa idosa fundação Dr. Thomas. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Serviço Social, da Universidade Federal do Amazonas. Manaus- AM, 2011;

MELO. Nathalie Santana de. Trabalho e Condições de Envelhecimento em Manaus: Estudo com os idosos usuários das unidades básicas de saúde da zona sul e com os participantes do Parque Municipal do Idoso. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Serviço Social, da Universidade Federal do Amazonas. Manaus- AM, 2012;

MENDES. Eugenio Vilaça. Uma Agenda para a Saúde - Eugênio Vilaça Mendes. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996;

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR, Carlos E. A. Entre a liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Antropologia, saúde e envelhecimento. RJ: Fiocruz, 2002;

_____. COIMBRA JR., Carlos E. A. (Orgs.). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002;

_____. Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010;

MORAES, Edgar Nunes. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012;

NERI, Anita Liberalesso. As múltiplas faces da Velhice no Brasil/ Olga Rodrigues de Moraes Von Simon; Anita Liberalesso Neri; Meire Cachioni, organizadoras. Campinas, SP: editora Alínea, 2006. (Coleção velhice e sociedade) 2. Edição;

NETO, Paulo José. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea IN Módulo I de capacitação em Serviço Social e Política Social – Brasília – CFESS, ABEPSS, CEAD/UnB – 1999.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In Serviço Social e Saúde/ /Ana Elizabete Mota...[et al], (orgs). – 2. Ed. – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007;

OLIVEIRA, Ana Paula de Souza. A Política de Atenção aos/às Idosos(as) vítimas de violência intrafamiliar de uma Instituição Pública de Manaus. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Serviço Social, da Universidade Federal do Amazonas. Manaus- AM, 2011;

PACHECO, Jaime Lisandro. As Universidades Abertas à terceira Idade como Espaço de Convivência entre Gerações. In As múltiplas faces da Velhice no Brasil/ Olga Rodrigues de Moraes Von Simon; Anita Liberalesso Neri; Meire Cachioni, organizadoras. Campinas, SP: editora Alínea, 2006. (Coleção velhice e sociedade) 2. Edição;

PEIXOTO, Clarice Ehlers (Org.). Família e Envelhecimento. Rio de Janeiro: FGV, 2004;

_____. Envelhecimento e Imagem: as políticas em Paris e Rio de Janeiro. São Paulo: Aurablime, 2000;

_____. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. IN: BARROS, Lins de (Org.). Velhice ou Terceira Idade. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998;

PEREIRA, Potyara A. P. Assistência Social à Pessoa Idosa. IN: I Conferência Nacional de Direitos do Idoso “Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa - RENADI”. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, 2006;

_____. Potyara A. P. Política social: temas & questões/ Potyara A. P. Pereira. – 3. Ed.- São Paulo: Cortez, 2011;

PERISSÉ, Camile; MARLI, Monica. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. Agência IBGE notícias, 19/03/2019. Disponível em <<https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>. Acesso em 13/10/2020;

PINHEIRO, Jose Elias Soares; FREITAS, Elizabete Viana. Promoção da Saúde. In: Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. PY, Ligia et al (orgs). Holambra, SP: Edit. Setembro, 2006;

PONCE DE LEÃO. Alice Alves Menezes. Serviço Social e Velhice: Perspectivas do trabalho do Assistente Social na articulação entre as Políticas de Saúde e Assistência Social em Manaus. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Serviço Social, da Universidade Federal do Amazonas. Manaus-AM, 2012;

PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017;

PRATES, Jane Cruz. Curso de curta duração Teoria e Método em Marx e pesquisa social. GTEMPP PGSS – PUCRS, Manaus, novembro de 2018- UFAM PPGSS;

PROJEÇÃO da população 2018: número de habitantes do país deverá parar de crescer em 2018. Agencia IBGE notícias, 25/07/2018. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acessado em 14/02/2020;

RAICHELIS, R. Esfera pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2005;

REDAÇÃO, IBGE: População idosa no AM, no grupo de risco do coronavírus soma mais de 390 mil pessoas. 18horas, Amazonas, 24/03/2020. Disponível em <<https://18horas.com.br/amazonas/ibge-populacao-idosa-no-am-no-grupo-de-risco-do-coronavirus-soma-mais-de-390-mil-pessoas>>;

ROCHA, Gilmar. Sob o Signo de Saturno: Reflexões antropológicas em torno da velhice. Caderno Serviço Social, Belo Horizonte, 1998;

SAKUTA. Jéssica Marinho Martins. A Gestão do Trabalho em Saúde: As implicações no cuidado da População Idosa do Distrito Sanitário leste de Manaus;

SALES. Miome Apolinário. Política social, família e juventude: uma questão de direitos/ Mione Apolinário Sales, Mauricio Castro de Matos, Maria Cristina Leal, (organizadores). 6. Ed. – São Paulo: Cortez, 2010;

SANTOS & ARRUDA. Política Nacional de Atenção Básica e Serviço Social: Prevenção, acompanhamento e notificação De violência contra a pessoa idosa *Ana Maria gomes dos santos Fernanda Tavares arruda Michelli Barbosa do nascimento* Serviço Social e envelhecimento / organizadora, Solange Maria Teixeira. – Teresina: EDUFPI, 2020;

SASSAKI et al. Política de saúde na atenção básica voltada ao idoso em Manaus. IV Jornada Internacional de Políticas públicas; Scherer. Elenise Farias. Desemprego, trabalho precário e des-cidadanização na Zona Franca de Manaus. Revista Somanlu v. 4 n. 1 (2004). Ol: <https://doi.org/10.17563/somanlu.v4i1>. Publicado: 2012-06-05. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/somanlu/article/view/213>. Acessado em 16/01/2021;

SEMSA. https://semsa.manaus.am.gov.br/servico_acoes_saude/?t=saude-do-idoso SES-AM <http://www.amazonas.am.gov.br/servicos/saude/#centros-de-atencao-integral-a-melhor-idade-caimis>;

SILVA, Ademir A. Viver com mais de 60 anos: a propósito da política social para as pessoas idosas. Revista Serviço Social e Saúde, Campinas: Unicamp, v. 10, n. 11, p. 1-30, jul. 2011;

SILVA. Ângela Emília Gama da. Política 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, Manaus-AM, 2011;

SILVA. Leiliane Amazonas. Cotidiano na velhice em Parintins/AM: concepções de participantes do Centro de Convivência do Idoso “Pastor Lessa”. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, Manaus-AM, 2016;

SILVA. Luna Rodrigues Freitas. Hist. cienc. Saúde-Manguinhos vol.15 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000100009>. Acessado em 14/05/2019;

SILVESTRE JA, Da Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad. Saúde Pública. 2003; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15887.pdf>. Acessado em 25/08/2019 as 22:45h;

SOUZA. Valmiene Florindo Farias. Cidadania e Envelhecimento em Parintins: um enfoque para o Programa de Atenção Integral ao Idoso. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, Manaus-AM, 2011;

SPOSATI et al. Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise/ Aldaíza de Oliveira Sposati... [et al.] - 12. Edição- São Paulo: Cortez, 2014;

TEIXEIRA, Solange M. Envelhecimento e Trabalho no tempo do Capital: implicações para a proteção social no Brasil. 1. Edição. São Paulo: Cortez, 2008;

VASCONCELOS, Luiz Felipe de Almeida Martins de. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP. 2019. Disponível

https://www.monografias.ufop.br/bitstream/35400000/1876/1/MONOGRAFIA_Servi%C3%A7oSocialPessoa.pdf. Acessado em 01/11/2020;

VERAS, Renato. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(10):1834-1840, out, 2012;

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: Desafios e inovações. In: *Revista de saúde pública*. Universidade Aberta da terceira idade. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008;

_____. A aprendizagem continuada e a função social das UNATIs. IN: BRASIL, Cristiane (org.) *Viver é a melhor opção: envelhecer faz parte*. Rio de Janeiro: Quartet, 2012;

_____. Longevidade da população: desafios e conquistas. *Serviço Social e Sociedade Velhice e Envelhecimento*. São Paulo: Cortez, n. 75, p. 5-18, 2003;

VIEIRA, Evaldo. Política Social na América Latina. In: VIEIRA, Evaldo. *Os direitos e Política Social*. São Paulo: Cortez, 2009. (Capítulo 2);

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acessado em 14/11/2020;