



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
IFCHL - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

ROSANGELA DE FATIMA RIBEIRO COSTA

**A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO À SAÚDE DA
PESSOA IDOSA EM UM HOSPITAL DA ALTA COMPLEXIDADE:**
uma tríade de múltiplas determinações em Manaus, Amazonas.

Manaus/AM
2021

ROSANGELA DE FATIMA RIBEIRO COSTA

**A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA
EM UM HOSPITAL DA ALTA COMPLEXIDADE: uma tríade de múltiplas
determinações em Manaus, Amazonas.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia - PPGSS, da Universidade Federal do Amazonas – UFAM para obtenção do título de Mestra em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Yoshiko Sasaki

**MANAUS/AM
2021**

Ficha Catalográfica

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

C837e Costa, Rosangela de Fatima Ribeiro
A equipe multidisciplinar na atenção à saúde da pessoa idosa em um hospital de alta complexidade: uma tríade de múltiplas determinações em Manaus, Amazonas / Rosangela de Fatima Ribeiro Costa . 2021
119 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Yoshiko Sasaki
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Velhice. 2. Saúde. 3. Equipe multidisciplinar. 4. Amazonas. I. Sasaki, Yoshiko. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

ROSANGELA DE FATIMA RIBEIRO COSTA

**A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA
EM UM HOSPITAL DA ALTA COMPLEXIDADE: uma tríade de múltiplas
determinações em Manaus, Amazonas.**

Aprovada em 18 de Outubro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Yoshiko Sasaki – Presidente
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia
(PPGSS)

Profa. Dra. Hamida Assunção Pinheiro - Membro Interno
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia
(PPGSS)

Profa. Dra. Miriam da Silva Rocha – Membro Externo
Escola de Enfermagem de Manaus - UFAM

MANAUS-AM
2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Sr. Duda Felix (in memoriam) e Dona Didi (in memoriam), especialmente à minha mãe, mulher inspiradora que venceu as limitações do seu tempo ensinando aos seus filhos o valor da educação como forma de alcançar a liberdade. E a minha pequena Elisa fonte de amor inesgotável.

AGRADECIMENTOS

Não poderia começar meus agradecimentos de forma diferente, pois gratidão define esse momento que surgiu como uma grande utopia e hoje alcança uma conquista traduzida em empenho, compromisso, responsabilidade e sobre tudo confiança de que tudo pode ser conquistado com amor e respeito a todos que caminham a seu lado.

Todas as palavras são limitadas para agradecer a Deus e seus anjos por me conduzirem até aqui. Os momentos de angustia, de incertezas foram necessários e eles mostraram isso em cada etapa vencida abrindo novas esperanças na caminhada. Obrigada meu Deus!

Gratidão infinita a minha queridíssima orientadora, professora Dra. Yoshiko Sasaki que me acolheu e acreditou na minha capacidade em realizar esse trabalho incentivando com energias positivas, conhecimento e respeito as minhas limitações.

A minha família, em especial a minha mãe, mulher que deixou para cada um de seus oito filhos, valores de amor, respeito e educação para trilhar os caminhos da vida. Valores que trilhei como meta para meus filhos, Túllio Romão e Thiago Romão que sempre incentivaram e confiaram no meu potencial mostrando que nunca é tarde para começar.

Agradecer aos meus irmãos biológicos, Célia, Evilasio, Vera, Betânia, Walkyria, Gustavo e Luciano, que mesmo distante sempre estiveram na torcida e na comemoração de minhas conquistas, e aos irmãos que Manaus me presenteou, entre eles a assistente social Msc. Antônia Lúcia Silva de Almeida por toda força, encorajamento e confiança depositados em minha pessoa.

Aos amigos que o mestrado possibilitou conhecer e cativar, Shylen Cristiane, Maísa Amaral e Clívia Costa, gratidão pelo carinho e palavras de confiança nos momentos mais difíceis.

O mestrado também trouxe grades perdas que ficarão marcadas em meu coração como momentos de dor e fragilidade diante do inesperado. Gratidão por partilhar momentos de vitória ao lado de Mylena Alcantara, menina defensora das causas mais difíceis, cheia de sonhos que nos deixou em plena juventude

vítima da Covid-19.

De forma muito especial, meu agradecimento a Prof^a Dra Débora Rodrigues por quem tinha uma relação de amizade, carinho e respeito. Sua partida precoce, inesperada deixou em todos nós um misto de saudade, impotência, indignação e revolta que só o tempo fará apaziguar. Que sua caminhada continue com muita luz e paz!

Não poderia faltar meu agradecimento a Universidade Federal do Amazonas – UFAM por toda caminhada acadêmica que trilhei nesta instituição, graduação, especialização e mestrado no Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. UFAM que com suas trilhas encantou e despertou novos sonhos que pareciam inalcançáveis.

Meu muitíssimo obrigada pela oportunidade de conhecer professores como: Yoshiko Sasaki; Socorro Chaves; Cristiane Bonfim; Lucilene Ferreira; Roberta Costa; Heloisa Helena; Lidiany Cavalcante; Marcia Irene; Marinez Nogueira; Hamida Assunção; Simone Baçal, dentre outros.

Por fim, meu muito obrigada à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES que me acolheu como bolsista por todo período do mestrado.

*Só eu sei cada passo por mim dado
nessa estrada esburacada que é a vida, passei
coisas que até mesmo Deus duvida, fiquei triste,
capiongo, aperreado, porém nunca me senti
desmotivado, me agarrava sempre numa mão
amiga, e de forças minha alma era munida pois
do céu a voz de Deus dizia assim: Suba o queixo,
meta os pés, confie em mim, vá pra luta que eu
cuido das feridas.*

Bráulio Bessa

RESUMO

Partimos do pressuposto de que o envelhecimento é um processo irreversível da população, sendo que no Brasil, se dá de modo acelerado e, cada vez mais a expectativa de vida se alonga em anos, o que é uma vitória para a humanidade, porém traz sequelas pessoais, em muitos casos, desafios e demandas ao Estado, neste caso na saúde pública. A pesquisa objetivou analisar os serviços profissionais da equipe multidisciplinar na atenção à saúde da pessoa idosa em um hospital da alta complexidade, uma tríade de múltiplas determinações em Manaus, Amazonas. E como objetivos específicos: Identificar os agravos de saúde demandados pelas pessoas idosas hospitalizadas e a utilização da rede sócio assistencial de saúde no referido hospital; verificar os serviços profissionais da equipe multidisciplinar de saúde destinadas à pessoa idosa hospitalizada; refletir sobre os avanços e desafios na oferta de serviços frente às necessidades de saúde das pessoas idosas atendidas no Hospital e Pronto Socorro João Lucio na cidade de Manaus. O processo metodológico da pesquisa foi o estudo de caso, realizado por meio de levantamentos de dados e informações: revisão bibliográfica, análise documental e pesquisa de campo online por meio de um questionário construído na plataforma Google Forms. A abordagem teórica foi explicativa crítica com informações qualitativas e dados quantitativos primário, bem como de fonte secundárias da Secretaria Estadual de Saúde (SES/AM) Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre outros. O lócus da pesquisa foi o Hospital e Pronto Socorro João Lúcio (HPSJL) por ser este um hospital de alta complexidade e referência no atendimento de todos os pacientes vindos dos sessenta e dois municípios do estado do Amazonas e que conta com profissionais especializados nas diversas áreas da saúde. Neste sentido, os sujeitos da pesquisa foram 11 profissionais: assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionistas, psicólogo e médico, todos entrevistados por formulário encaminhado na forma online como determina a anuência do CEP. Quanto aos resultados, a pesquisa concluiu que os desafios na implementação de princípios do SUS, como a integralidade das ações de saúde, permanecem sendo uma realidade sem perspectivas de mudanças a curto prazo. As redes de saúde do estado oferecem pouca ou nenhuma resposta aos serviços de referência e contrarreferência, e a equipe multiprofissional, destaque nas políticas intersetoriais como forma de oferecer saúde a pessoa idosa dentro das suas especificidades, ainda permanece fragmentada e sem o devido conhecimento das políticas. Por fim, prospectamos que a gestão da saúde pública intensifique formas de conhecimento das políticas direcionadas a esse segmento que na instituição abrançam grande número de internação.

Palavras Chaves: Velhice; Saúde; Equipe Multidisciplinar; Amazonas.

ABSTRACT

We assume that aging is an irreversible process of the population, and in Brazil, it happens in an accelerated way and, increasingly, a life expectancy over the years, which is a victory for humanity, but it brings sequelae, in many cases, challenges and demands on the State, in this case in public health. This research aimed to analyze the professional services of the multidisciplinary team in healthcare for the elderly in a high complexity hospital, a triad of multiple determinations in Manaus, Amazonas. And as specific objectives: Identify the health problems demanded by hospitalized elderly people and the use of the social health care network in that hospital; And as specific objectives: Identifying the health problems demanded by hospitalized elderly people and the use of the social health care network in that hospital; To check the professional services of the multidisciplinary health team for the hospitalized elderly person; To reflect on the advances and challenges in the provision of services in view of the health needs of elderly people attended at the João Lucio Hospital and Emergency Room in the city of Manaus. The methodological process of the research was the case study, carried out through data and information surveys: literature review, document analysis and online field research using a quiz built on the Google Forms platform. The theoretical approach was critical explanatory with qualitative information and primary quantitative data, as well as secondary sources from the State Health Department (SES / AM), the Municipal Health Department (SEMSA), the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) among others. The locus of the research was the João Lúcio Hospital and Emergency Room (HPSJL) as this is a highly complex hospital and a reference in the care of all patients coming from the sixty-two municipalities of the state of Amazonas and which has specialized professionals in different areas of health. In this sense, the research subjects were 11 professionals: social workers, nurses, physiotherapists, nutritionists, psychologists and physicians, all interviewed through a form sent online to determine the CEP's consent. As for the results, the research carried out shows that the challenges in the implementation of SUS principles, such as the integrality of health actions, remain a reality with no prospects for changes in the short term. The state's health networks offer little or no support to referral and counter-referral services, and to multidisciplinary teams, highlighted in intersectoral policies as a way to offer health to the elderly within their specificities, still existing fragmented and without proper knowledge of policies. Finally, we expect public health management to intensify forms of knowledge of policies aimed at this segment, which in the institution covers a large number of hospitalizations.

Keywords: Old age; Health; Multidisciplinary team; Amazon.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Crescimento populacional 1980/2017/2006.....	40
Gráfico 2 -	Índice de Envelhecimento da população, por região e ano 2000/2016.....	42
Gráfico 3 -	Projeção da proporção de idosos na população, Amazonas e Brasil, 2019 a 2028.....	44
Gráfico 4 -	Monitoramento da Covid-19 em Idosos no Estado do Amazonas.....	70
Gráfico 5 -	Tempo de Função no HPSJL.....	80
Gráfico 6 -	Participação no Planejamento das ações – HPSJL.....	87
Gráfico 7 -	Apoio da Rede Socioassistencial – HPSJL.....	90
Gráfico 8 -	Desafios para oferta de serviços – HPSJL.....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Expectativa de vida no Brasil- 1940/2017.....	43
-		
Tabela 2	Unidade Básica de Saúde – Brasil.....	60
-		
Tabela 3	Comparativo de procedimentos nos três níveis de Complexidade na Gestão Municipal/Estadual.....	63
-		
Tabela 4	COVID -19 em Manaus/AM – 2021.....	70
-		
Tabela 5	Quantitativo de leitos no HPSJL – SUS.....	78
-		
Tabela 6	Atendimento de urgência e Atendimento cirúrgico no HPSJL – No período de 2018/2019/2020.....	79
-		

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Resumo histórico das ações de saúde no Brasil –	
	1500 – 1989.....	48.

TABELAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ATLAS BR	Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança
CAIMI	Centro de Atenção Integral da Melhor Idade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CF/88	Constituição Federal Brasileira de 1988
CID	Classificação Internacional de Doenças
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada da Assistência Social
COVID-19	Corona Vírus Disease – 19
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FVS	Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas
GEPSSAM	Grupo de Estudos e Pesquisa em Políticas Sociais e Seguridade Social na Amazônia
HPSJL	Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado
HPSC	Hospital e Pronto Socorro da Criança
HPSA	Hospital e Pronto Socorro de Adulto
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFCHS	Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais

IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PSF	Programa de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia
PROADESS	Avaliação do Desempenho de Sistema de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Assistência à Saúde
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalar
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO I - A VELHICE E AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL EM MANAUS, AMAZONAS.....	22
1.1 Envelhecimento e velhice: terminologias, conceitos e definições	23
1.2 Alguns aspectos da velhice no contexto Amazônico.....	33
1.3 Determinantes demográficos, sociais, econômicos e de saúde na velhice em Manaus, Amazonas.....	38
CAPÍTULO II - A SAÚDE PÚBLICA E A PESSOA IDOSA NO AMAZONAS.....	45
2.1 Situando a Saúde no Estado Brasileiro antes da Constituição Federal de 1988.....	46
2.2 – Sistema Único de Saúde – SUS como Sistema Universal?.....	52
2.2.1- O processo de descentralização, regionalização e gestão da saúde em cada nível de atenção	56
2.3 – A integralidade, Referência, Contrarreferência e Rede de Saúde do SUS	64
2.3.1- A Alta Complexidade e a oferta de serviços à pessoa idosa em Manaus em tempos de COVID – 19.	67
CAPÍTULO III A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ALTA COMPLEXIDADE: UM ESTUDO DE CASO NO HPSJL	73
3.1 Desafiando a alta complexidade: caracterização do HPSJL e os serviços especializados demandados à pessoa idosa	74
3.2 A equipe multiprofissional do hospital e a rede assistencial da saúde no Amazonas.....	84
3.3 Os signos da atenção à saúde pela equipe multiprofissional: desafios e avanços possíveis.....	92
CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Mudar é a lei da vida, assim Beauvoir (1990) nos anos 1970 na França, coloca as mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento que acompanha o ser humano no seu caminhar ao longo da vida e que têm como fase final de mudança a velhice, com suas possíveis fragilidades, limitações e necessidades específicas.

Velhice que é resultado do processo de envelhecimento humano e que não acontece de forma linear para todos que chegam a essa fase da vida. Os determinantes sociais, econômicos e culturais, influenciam diretamente o declínio biológico do ser humano, com uma maior propensão a desencadear doenças crônicas como, por exemplo, doenças respiratórias, doenças circulatórias e diabetes, aumentando a demanda por vários serviços assistenciais na saúde.

É necessário deixar claro que velhice não é doença como a OMS deseja colocar em prática na Classificação Internacional de Doenças – CID em 2022, e que devemos contestar, uma vez que esta é uma fase da vida e deve ser entendida como novas demandas para o Estado, para a família e para sociedade.

Dentro desse contexto, o tema dessa pesquisa é de maior relevância na atualidade e está relacionado com a equipe multiprofissional de saúde, cujo objeto de estudo são os serviços profissionais oferecidos à pessoa idosa em um hospital de alta complexidade.

A delimitação da pesquisa está direcionada ao estudo dos serviços profissionais da equipe multidisciplinar oferecidos à pessoa idosa, tendo como lócus o Hospital e Pronto Socorro João Lucio, localizado na cidade de Manaus.

O caminho para escolha desse tema sofreu modificações no transcorrer do mestrado com a chegada inesperada da pandemia do Covid - 19 no início de 2020. A possibilidade de desenvolver uma pesquisa de campo com a pessoa idosa internada no HPSJL tornou-se inviável, então trilhamos novos desafios, acolhendo sugestões da banca no Exame de Qualificação.

Vale destacar que a velhice sempre foi nosso objeto maior de estudo na graduação, seguindo com especialização no campo da gerontologia e agora continuando com indagações na saúde pública junto à equipe multidisciplinar,

levando em consideração os serviços que são oferecidos a essa população e que faz uso expressivo dos serviços de saúde.

Desta forma, a questão norteadora central que conduziu este trabalho foi como a equipe multidisciplinar de saúde, imbricada possivelmente nas relações de poder dentro do espaço institucional de um hospital de alta complexidade trabalha, tendo ou não, a rede de atenção à saúde como suporte para alcançar as necessidades de saúde da pessoa idosa? Como desmembramento trazemos: como a equipe multidisciplinar trabalha as necessidades de saúde da pessoa idosa que procura o hospital como porta de entrada da saúde pública? A equipe multidisciplinar tem acesso, bem como utiliza, a rede de referência e a contrarreferência no processo de saúde da pessoa idosa? Como os agravos de saúde da pessoa idosa são trabalhados a partir do olhar da equipe multidisciplinar? Como se constitui a política institucional frente a demanda das necessidades de saúde da pessoa idosa?

Com tais questionamentos, a pesquisa apresenta como objetivo geral: Analisar os serviços profissionais da equipe multidisciplinar na atenção à saúde da pessoa idosa em um hospital de alta complexidade, uma tríade de múltiplas determinações em Manaus, Amazonas. E como objetivos específicos: Identificar os agravos de saúde demandados pelas pessoas idosas hospitalizadas e a utilização da rede sócio assistencial de saúde no referido hospital; verificar os serviços profissionais da equipe multidisciplinar de saúde destinadas à pessoa idosa hospitalizada; refletir sobre os avanços e desafios na oferta de serviços frente às necessidades de saúde das pessoas idosas atendidas no Hospital e Pronto Socorro João Lúcio na cidade de Manaus.

O processo metodológico de pesquisa partiu do estudo de caso realizado por meio de levantamentos de dados e informações com revisão bibliográfica, análise documental e pesquisa de campo online, sendo utilizado um questionário construído na plataforma Google Forms. A abordagem teórica foi explicativa crítica com informações qualitativas e dados quantitativos primário, bem como de fonte secundárias da Secretaria Estadual de Saúde (SES/AM), Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre outros.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos teve, então, seus procedimentos metodológicos embasados na Resolução 446/2012, do

Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Conselho de Ética da UFAM, CAAE: 44925221.5.0000.5020, disponível para consulta no sítio eletrônico da Plataforma Brasil. A pesquisa também contou com autorização da Secretaria Estadual de Saúde – SES, antiga SUSAM (vide anexos A e B).

Ressaltamos que esta pesquisa faz parte do projeto guarda-chuva “Políticas Públicas de Saúde e a Rede Socioassistencial Voltadas à Pessoa Idosa em seu tempo de envelhecer na cidade de Manaus, Amazonas” do grupo de pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, GEPPSSAM, vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq que busca analisar a saúde da população idosa de Manaus, envolvendo vários subtemas, do qual este faz parte.

O lócus da pesquisa foi o Hospital e Pronto Socorro João Lucio Pereira Machado (HPSJL) por ser este um hospital de alta complexidade e referência no atendimento dos usuários vindos dos sessenta e dois municípios do estado do Amazonas e que conta com profissionais especializados, nas diversas áreas da saúde, com formação de uma possível equipe multidisciplinar.

Nossa amostra foi intencional com um total de 12 profissionais que atendem pessoas idosas no HPSJL, sendo 02 profissionais de cada especialidade: assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionistas, psicólogos e médicos. Todos os participantes responderam a um formulário com perguntas abertas e fechadas, encaminhado na forma online, como determina a anuência do CEP.

Ressaltamos que as dificuldades da pesquisa foram muitas, pois o momento exigia o distanciamento social, o que transformou a pesquisa em uma peregrinação de forma virtual, com objetivo de alcançar o aceite dos profissionais que teve uma alta recusa em participar, mesmo com o apoio do diretor do hospital, o que justifica a ausência de um profissional da fisioterapia.

Mesmo entendendo as dificuldades do momento com a pandemia, a super lotação dos leitos, o excesso de trabalho dos profissionais da saúde e todas as contingências impostas, questionamo-nos sobre o compromisso profissional com a pesquisa por parte dos profissionais.

A estrutura do trabalho a ser apresentado foi delineada em três capítulos. No primeiro capítulo procuramos trazer uma reflexão sobre a velhice e as expressões

da questão social com suas transformações e impactos na vida familiar, social e do Estado com suas novas demandas.

Para tanto, a estrutura segue em três pontos interligados: envelhecimento e velhice: terminologias, conceitos e definições, alguns aspectos da velhice no contexto amazônico e, assim, fechamos o capítulo com os determinantes demográficos, sociais, econômicos e de saúde na velhice, em Manaus.

No segundo capítulo fazemos uma abordagem sobre a saúde pública e a pessoa idosa no Amazonas, na perspectiva de saúde pública, enquanto direito constitucional.

Desse modo, os itens que se seguem são: Situando a saúde no Estado brasileiro antes da Constituição Federal de 1988; Sistema Único de Saúde – SUS como sistema universal? o processo de descentralização, regionalização e gestão da saúde em cada nível de atenção; a integralidade, a referência, a contrarreferência e a rede de saúde do SUS, finalizando o capítulo com o contexto atual da saúde frente à pandemia com o tópico: a alta complexidade e a oferta de serviços à pessoa idosa em Manaus em tempos de covid-19.

O terceiro capítulo apresenta uma análise sobre a equipe multidisciplinar e os serviços de saúde na alta complexidade que, por certo, permanecem no imaginário social como símbolo de tratamento e cura das doenças e, não como processo saúde-doença numa dimensão sanitária preconizada pelo SUS.

Desse modo, nossa análise foi pautada em dados do referencial teórico adotado e das categorias teóricas e empíricas que subsidiaram a pesquisa de campo junto equipe multiprofissional.

Assim, o terceiro capítulo segue da seguinte forma: desafiando a alta complexidade: caracterização do HPSJL e os serviços especializados demandadas à pessoa idosa; A equipe multiprofissional e a rede assistencial da saúde no Amazonas; e Os signos da atenção à saúde pela equipe multiprofissional: desafios e avanços possíveis.

Por fim, finalizamos com algumas considerações.

CAPITULO I

A VELHICE E AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL EM MANAUS, AMAZONAS

Neste capítulo, analisamos o processo de envelhecimento humano e seu impacto nas transformações que acompanham as fases da vida, especificamente na velhice.

A importância da construção social dos espaços da velhice, segundo Teixeira (2008), implica em perceber as múltiplas particularidades do envelhecimento, construídas ao longo dos anos vividos, levando em consideração o espaço social, de família, de trabalho, de cultura e de política, capazes de determinar regras e comportamentos, não só da pessoa idosa, mas de toda sociedade.

Não se pode negar que o tempo da velhice era visto como uma etapa de amadurecimento e, sobretudo, de experiências e conhecimentos acumulados, adquiridos ao longo da vida. Com o surgimento do capitalismo, o mundo sofreu transformações e a concentração de renda passou a determinar as desigualdades sociais. A velhice e suas expressões passam a ser reconhecidas como questão social pelo Estado, com grande peso nos déficits da previdência, assistência social e a alta na demanda da saúde pública.

Para Camarano e Kanso (2013), a velhice também é marcada pelas desigualdades sociais, regionais e raciais presentes na sociedade, traduzindo-se em uma fase da vida com índices de vulnerabilidades e fragilidades incalculáveis, refletindo, dessa forma, nas expressões da questão social. A Amazônia também faz parte desse contexto, visto que já alcançou significativo envelhecimento de sua população.

Assim, para alcançar essas reflexões e essas análises, o capítulo foi estruturado em três subitens: envelhecimento e velhice: terminologias, conceitos e definições; alguns aspectos da velhice no contexto amazônico; e determinantes demográficos, sociais, econômicos e de saúde na velhice em Manaus, Amazonas.

1.1 Envelhecimento e velhice: terminologias, conceitos e definições

Analisar o entendimento de envelhecimento enquanto fenômeno processual que acompanha o ser humano em todas as fases da vida e também a velhice que se constitui biologicamente como última fase da vida, torna-se um grande desafio. De certo, esses dois conceitos são complexos e envolvem fatores que vão além da questão social, econômica e cultural, incluindo, porquanto, o modo de vida e a subjetividade, não só do indivíduo, mas de toda sociedade da qual ele faz parte.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) aponta que o envelhecimento deve ser compreendido como um processo complexo, não podendo ser entendido de forma linear, visto que implica mudanças que vão além do aspecto biológico do ser, como, por exemplo, as questões psicossociais que envolvem o ser humano.

Assim, destaca-se que no nível biológico:

O envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos (OMS, 2015, p.12).

Muitos autores se voltaram à temática da velhice, sendo uma das pioneiras Simone de Beauvoir, que publicou a obra “A Velhice”¹, em 1970, na França. No Brasil, temos os estudos de Bosi (1979), Salgado (1980), Swaim (1985), Haddad (1985), Debert (1999), Veras, Nery, entre outros. A partir dos anos 2000, podemos citar autores como Faleiros (2007) e Teixeira (2008).

Ao se voltar à história da humanidade, Beauvoir (1990), aponta que nas sociedades primitivas, como os *chukchees* e os *nartas*, a velhice não podia ser vista de forma simplificada. Ademais, segundo a autora, tanto nas sociedades agrícolas consideradas ricas, quanto nas sociedades nômades com recursos escassos, os

¹ Publicada em 1972 e reeditada em 1990 no Brasil.

velhos eram relegados a morte por inanição, por abandono, ou simplesmente por descaso com a sua condição limitante de ser velho.

A autora observa, ainda, que tal abandono não era uma regra entre os povos antigos, com relatos de sociedades como os *Koriaks*, que permaneciam com seus velhos até o fim da vida. Esses não perdiam sua posição social, pois tinham uma forte ligação familiar e o poder econômico era mantido pelo patriarca até a morte, que mesmo idoso, permanecia exercendo seu papel com o respeito dos jovens que temiam sua condição de velhice no futuro.

Nesse contexto, podemos observar que a velhice não é um fenômeno novo e passa a ser considerada de acordo com costumes ancestrais, os quais podem ser vistos dentro do aspecto cultural de cada sociedade, ultrapassando, portanto, a condição econômica, uma vez que o que prevalecem são as necessidades impostas pela sociedade, em prol da continuação da comunidade, assim, adquirindo uma justificativa ideológica.

Beauvoir (1990) aponta que o processo de envelhecimento é marcado pelo declínio da capacidade funcional, que ocorre de forma gradual no ser humano, sendo fisiologicamente marcado pela diminuição da capacidade de regeneração celular. Sem dúvida, as transformações físicas sofridas pelo indivíduo ao longo da vida, constituem-se como um fenômeno irreversível até a finitude do corpo físico.

Quando se fala de “bela velhice”, de “velhice vigorosa” significa que o homem idoso encontrou seu equilíbrio moral e físico, e não que seu organismo, sua memória, suas capacidades de adaptação psicomotora sejam de um homem jovem. Nenhum homem que vive muito tempo escapa à velhice; é um fenômeno inelutável e irreversível (IDEM, p.46).

O envelhecimento enquanto processo é o resultado de vários pontos considerados por Mascaro (2004) como um conjunto amplo de fatores relacionados entre si: biológico, social, psicológico, ambiental, cultural e econômico.

Segundo Zimerman (2000), o envelhecimento pressupõe alterações que são gradativas e naturais, sendo um processo individual, pois as características genéticas e a forma de vida de cada indivíduo irão determinar a sua velocidade, podendo se apresentar precocemente ou temporizado.

A construção do conhecimento sobre o processo de envelhecimento nos

conduz a gerontologia² que, de acordo com Neri (2001), trata o estudo do envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais de forma multidisciplinar, envolvendo conhecimento de áreas diversas como medicina, fisioterapia, serviço social, enfermagem, antropologia, entre outras que estudam a velhice a partir do conhecimento de cada área.

Gerontologia, enquanto ciência que estuda o envelhecimento, segundo Papaléo Netto (2013), traz também desmembramentos que englobam a gerontologia social e a geriatria, tratando dos aspectos não orgânicos e orgânicos dentro de suas especialidades de conhecimento, com objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida as pessoas nessa fase da velhice.

Nos estudos de Neri (2001), no âmbito da gerontologia, são apresentadas mudanças nas teorias que, ao longo dos séculos, envolveram os estudos da velhice. Tais teorias marcam estudos, talvez descartados aos olhos da contemporaneidade, como, por exemplo, a “infinitude da vida humana” e outros defendidos ainda nos dias atuais, como o que atesta que “velhice não é doença”, e sim uma condição da vida humana.

Ademais, a velhice é entendida de acordo com a percepção de cada indivíduo em seu contexto histórico de vida. Sendo assim, Beauvoir (1990) alude que a velhice é um além da vida, não sendo possível nenhuma experiência anterior. Para Mascaro (2004, p.08), a velhice é uma fase natural do desenvolvimento humano e não há como fugir deste ciclo: nascimento, crescimento, amadurecimento, velhice e morte.

Veras (1994, p.25) considera que a velhice é um termo impreciso, sendo difícil se perceber o momento exato que acontece, sinalizando que:

Quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 65 ou 70? Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social. Uma pessoa é tão velha quanto suas artérias, seu cérebro, seu coração, sua moral ou sua situação civil? Ou é a maneira pela qual outras pessoas passam a encarar certas características que classifica as pessoas como velhas?

Torna-se relevante ressaltar o levantamento histórico realizado por

² Palavra derivada do grego em que “gero” significa “velho” e “logia” significa estudo

Simone de Beauvoir, em seu clássico livro “A Velhice”, de 1970, sobre o avanço do conhecimento biológico pelo mundo científico que, a partir de Galeno no século II, entendia a velhice como um período entre a doença e a saúde com seus conselhos de higiene, os quais foram considerados por um longo período nos estudos da humanidade.

Até o fim do século XV, todas as obras sobre a velhice são tratadas de higiene. No século XVI (...) o homem é um “composto químico” e a velhice resulta de uma autointoxicação. No século XVIII, Galeno ainda conserva discípulos, entre os quais Gerard Van Swieten. Este considera a velhice como uma espécie de doença incurável. No século XIX, (...) a medicina começa a se beneficiar do progresso da fisiologia e de todas as ciências experimentais. Os estudos sobre a velhice tornaram-se precisos e sistemáticos. A medicina moderna não pretende mais atribuir uma causa ao envelhecimento biológico: ela o considera inerente ao processo da vida (p, 25-32).

Camarano (2004) destaca esse processo biológico como sendo um declínio da capacidade física e que está diretamente relacionado às fragilidades psicológicas e comportamentais de cada indivíduo, não sendo exclusivo da pessoa idosa, mesmo sabendo que a condição de velhice proporciona de forma mais intensiva limitações, que não podem ser consideradas como incapacidades.

Nessa perspectiva, o corpo passa a sofrer um processo de mutações e transformações biológicas que são consideradas como perdas orgânicas e funcionais, sendo algo natural no desenvolvimento humano. Dessa forma, segundo Mercadante (2003), o envelhecer enquanto processo se dá no tempo, não sendo percebido, e a velhice chega ao indivíduo como um grande susto.

Além disso, a velhice é considerada por Mercadante (2003) como algo natural e ao mesmo tempo cultural. Natural, pois é uma condição inerente ao ser humano e acontece de forma universal a todos os indivíduos. E cultural, porque é percebida sempre no outro, excluindo a categoria velhice da sua própria identidade como bem trata a autora:

A mudança no corpo, no rosto, certamente se opera de maneira contínua e é essa continuidade que faz com que as pessoas não percebam o envelhecimento. Assim o envelhecimento que é um processo que se dá no tempo não é percebido. O que se vê, com uma grande surpresa, na verdade um grande susto, é a velhice. (MERCADANTE, 2003, p.62)

Partindo desse entendimento amplo e complexo, percebe-se que o envelhecimento se constitui em um caminhar da vida humana, não podendo ser

alterado, e vai se apresentando nas fases vividas pelo indivíduo com mudanças contínuas e irreversíveis, marcando seu início na fase embrionária e perpassando por todas as idades da vida, nascimento, infância, adolescência, adulto, velhice e a finitude do corpo físico com a morte (SALGADO, 1980; RIBEIRO, 2018).

Mascaro (2004, p.54) destaca a importância de entender o processo de envelhecimento sem confundir com senescência, que é inexorável na velhice, já a senilidade acompanha uma ou mais patologias da velhice. Nesse sentido, o envelhecimento ou a senescência caracterizam-se por uma série de alterações biológicas, psíquicas e também sociais, que acontecem de forma diferenciada para cada pessoa, como afirma Salgado (1980).

Para Neri (2001), a partir da análise de Birren e Schoroots (1996), as definições de senescência e senilidade mais aceitas atualmente são classificadas em padrões, sendo a senescência apontada como envelhecimento normal ou primário, e não como doença. Já a senilidade é considerada como envelhecimento secundário ou patológico, normalmente acometido por alguma doença, como as demências senis. E por último, a senilidade terciária ou terminal, caracterizada por grandes perdas, uma vez que configura a morte física.

É consenso entre alguns autores (BEAUVOIR, 1990; NERI, 2001; DEBERT, 2004) que a idade biológica e a idade cronológica do indivíduo nem sempre se equivalem, pois dependem de vários fatores, tais como as condições sociais, as ambientais, as econômicas e as culturais de cada pessoa.

Para Neri (2001, p.63), a “idade biológica é um indicador do tempo que resta a um indivíduo para viver, num dado momento de sua vida”. Segundo a autora, na Idade Média, a idade era marcada levando em conta as idades da vida: infância e puerilidade, juventude e adolescência, adulto, velhice e senilidade. Todas essas fases possuem períodos definidos.

Mascaro (2004) destaca, a partir do conhecimento da psicóloga e gerontóloga Elvira C. Abreu e Mello Wagner, que o ser humano pode ser entendido por meio de várias idades, citando o conceito de: idade cronológica, biológica, social e psicológica.

A idade cronológica é marcada pela data de nascimento da pessoa e nem sempre caminha junto com a idade biológica. A idade biológica é determinada pela herança genética e pelo ambiente, e diz respeito às mudanças fisiológicas, anatômicas, hormonais e bioquímicas do

organismo. A idade social relaciona-se às normas, crenças, estereótipos e eventos sociais que controlam através dos critérios de idade o desempenho dos idosos. A idade psicológica, bastante abrangente, envolve as mudanças de comportamento decorrentes das transformações biológicas do envelhecimento, é influenciada pelas normas e expectativas sociais e por componentes de personalidade, sendo, portanto, extremamente individual (MASCARO, 2014, p.39- 40).

Assim sendo, a idade cronológica não pode ser avaliada como único critério de definição do que vem a ser uma pessoa idosa, se assim o for, segundo Camarano e Kanso (2013, p.134), é atestar que pessoas de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneas, simétricas, iguais, acrescentando que “esta heterogeneidade é acentuada pela constatação de que este segmento experimentou trajetórias diferenciadas que vão afetar suas condições de vida”.

Classificar cronologicamente a vida do ser humano é não considerar e destacar as diferenças em seus diversos aspectos, pois as experiências e a forma de viver de cada pessoa é única, com suas aceitações e suas negações, dentro do seu espaço de convivência social e de sentido, como afirmou Beauvoir (1990, p. 11) nada é mais imprevisível que a velhice.

Debert (2004) coloca que a idade cronológica é própria da modernidade e passa a ser fundamental para a organização das sociedades, destacando, por sua vez, as sociedades ocidentais que determinaram seus critérios e suas normas de idade independente do fator biológico, como forma de promover direitos e deveres do cidadão.

Para a OMS (2015), a idade cronológica é que determina a idade da velhice e deve ser considerada diferente entre as nações, tendo como sugestão 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos de idade para os países em desenvolvimento. No Brasil, a Política Nacional do Idoso – PNI segue esse entendimento e considera 60 anos de vida a idade de transição da fase adulta para a velhice do indivíduo.

Dessa forma, a institucionalização do curso da vida da pessoa idosa pode ser entendida de forma positiva ou negativa. Positiva, quando o limite etário é identificado como o reconhecimento social para implantação de políticas públicas, como a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94) e Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), que passam a normatizar direitos sociais.

E negativa, quando passa a ser usada como forma de “coesão”, termo

usado por Camarano e Kanso (2013) para impor a aposentadoria compulsória por limite etário e também como forma socialmente estereotipada de mudança de categoria social, uma vez que a pessoa passa a ser reconhecida como velha, dependente, anciã e, muitas vezes, é considerada como peso social, especialmente no âmbito familiar e no âmbito previdenciário.

Conforme Debert (2004) tais estereótipos marcam as formas de integração social de uma população já tida como marginalizada. Ademais, a aposentadoria é o ponto gatilho para preconceitos e para estereótipos da sociedade capitalista em torno da velhice, pois, conforme esse sistema econômico, as pessoas durante essa fase da vida param de produzir e de gerar riquezas no mundo do trabalho. Tal condição, de acordo com Salgado (1980), acaba se tornando um estigma social, quando, na verdade, deveria ser o coroamento de uma vida de trabalho.

Nesse sentido, a questão econômica passa a ser um divisor de águas para a pessoa idosa, que geralmente sofre grandes perdas salariais com a aposentadoria, e passa a sofrer com possíveis limitações, não só econômicas, mas também de convivência social com seus grupos. Isso acaba gerando fragilidades e doenças físicas e mentais, como aponta Paiva (2014), quando diz que para algumas delas a aposentadoria pode ser considerada como a antessala da morte prevista e imediata.

Debert (2004) aponta, ainda, que a pobreza e o preconceito marcam a velhice nos tempos atuais, e também afirmam Camarano e Kanso (2013), que essa fase da vida é fortemente marcada e destacada pelas desigualdades sociais, regionais e raciais presentes na sociedade, o que se traduz em índices de vulnerabilidade e fragilidade incalculáveis.

Para a sociedade contemporânea, a velhice tem assumido várias conotações ao longo do tempo, que podem ser percebidas quando o indivíduo passa a ser identificado como ancião, velho, idoso, terceira idade, melhor idade, idade do lucro, constituindo-se como termos carregados de estereótipos e de preconceitos.

Neste sentido, Debert (2004) afirma que, em nossa sociedade, a velhice tende a ser vista como um período dramático, pois está associada à perda de

autonomia pessoal e familiar, ou seja, é uma etapa de dependência e submissão que a maioria das pessoas idosas passam a vivenciar.

Dessa forma, falar do lugar da pessoa idosa na sociedade nos remete a gênese da família brasileira que também está imbricada nas transformações econômicas e sociais, demonstrando, portanto, que a nossa construção social vem sofrendo alterações ao longo do tempo, em sua concepção básica de formação, ocasionando perdas e ganhos para toda família, não somente ao idoso.

Outrossim, não se pode falar sobre a constituição familiar no Brasil sem citar o sociólogo pernambucano Gilberto Freire (1900 – 1987) que, em seus estudos a respeito da colonização brasileira, trouxe a miscigenação e a mistura de raças na origem e formação da família brasileira, destacando o respeito, a reverência e a autoridade patriarcal na figura da pessoa idosa.

Para Freire (2003), a estrutura social da família teve sua formação nuclear marcada por antagonismos culturais com sua mistura de raças e costumes. Nesse contexto, os espanhóis, os portugueses, os índios e os africanos influenciaram e formaram a família brasileira, e a figura do patriarca é compreendida como máxima autoridade, senhor soberano, estendendo-se até sua finitude humana.

Faleiros (2007) coloca que, em primeiro plano, a posição de comando familiar era destinada a pessoa idosa, visto que gozava de autonomia e de poder de decisão sempre, ou seja, o homem quando alcançava a fase da velhice continuava mantendo o prestígio, o respeito e a posição hierárquica na família. E em um segundo plano, completando o núcleo familiar principal, havia a presença da esposa, dos filhos e dos netos que eram obrigatórias.

Além disso, a formação familiar era expandida incluindo os filhos ilegítimos, amantes e escravos da era colonial brasileira, o que não diminuía a condição soberana do patriarca da família, pois a ele cabia o papel de comando, altivez, respeito, autoridade, arrogância, sempre com o objetivo de defender a honra da família patriarcal, preservando, assim, “os bons costumes da época”.

A nossa verdadeira formação social se processa de 1532 em diante, tendo a família rural ou semi rural por unidade, quer através de gente casada vinda do reino, quer das famílias aqui constituídas pela união de colonos com mulheres caboclas ou com moças órfãs ou mesmo a toa, mandadas vir de Portugal pelos padres casamenteiros (FREIRE, 2003, p. 85).

Seguindo essa linha, a família nuclear brasileira foi preservada no meio rural até as primeiras décadas do século XX, uma vez que o avanço da urbanização era pouco considerado e o capitalismo monopolista ainda não dominava a sociedade.

A estrutura territorial e a familiar patriarcal eram demarcadas como espaço de moradia, trabalho e poder, demonstrando a capacidade familiar de liderança exercida pelos senhores idosos que, segundo Salgado (1980), é uma forma de poder conhecida por gerontocracia, designada pelo controle de toda ordem familiar de forma vitalícia.

(...) nessa estrutura social, o idoso tinha muito poder. Não precisava de aposentadoria. Ele tinha seu negócio vitalício, que seria passado aos filhos só quando ele e a mulher morressem. A família ampliada girava em torno de um venerável casal de velhos, que reinava soberano, merecendo cuidados especiais da parte dos filhos, noras e genros (WHITAKER, 2007, p.56).

A autora menciona, ainda, que a década de 1970, no Brasil, marca o início da mudança de sua população do campo para os grandes centros urbanos, com impactos marcantes para o processo demográfico da população brasileira.

Nesse contexto, Whitaker (2007) cita que, com a industrialização e a chegada de novas tecnologias, a vida no campo sofre com as mudanças impostas no mundo do trabalho, liberando mão de obra para as cidades, como resultado a estrutura familiar também sofre alterações em sua composição nuclear.

A redução da família ampliada e as mudanças no mundo do trabalho exigem que a mulher saia do âmbito familiar para trabalhar e a presença da pessoa idosa, que já não possui o poder de domínio familiar, passa a ser de cuidadora dos netos e de dependente economicamente da família, uma vez que o Estado somente oferece ações de forma focalizadas e fragmentadas, sem considerar as necessidades básicas dessa população.

Debert (2004, p.201), a esse respeito aponta que,

A modernização nos países de capitalismo avançado foi acompanhada de um declínio da família extensa, mas correspondeu à criação do *Welfare State*. No Brasil, o declínio da família extensa, combinado com um Estado incapaz de resolver os problemas básicos da maioria da população, deixa os idosos em situação de extrema vulnerabilidade.

Não se pode negar a importância da convivência familiar para a pessoa idosa, contudo, Debert (2004) coloca que a convivência familiar não é uma garantia

de “velhice bem-sucedida”. Sabemos que questões como a classe social, o desemprego, a dependência de drogas e a forma como a pessoa idosa construiu seus vínculos familiares podem suscitar uma invisibilidade com conflitos permanentes, que irão gerar violência diversas, com negligência, abandono, mágoas, tristeza e muita dor, ocasionando o isolamento social da pessoa idosa e sua negação pela vida.

É necessário entender que a velhice não acontece de forma homogênea, considerando que existem condições diferenciadas na classe social, ou seja, pessoas idosas dotadas de poder econômico elevado, e para elas a velhice é vista como um momento de conforto, de realizações pessoais e de cuidados diferenciados.

No entanto, essa não é a realidade da grande maioria dos idosos que apenas sobrevivem e, na maioria das vezes, são responsáveis pelo sustento da família. Desse modo, o idoso acaba submetendo seu benefício previdenciário para a subsistência de toda a família ou até mesmo se sujeita ao papel de trabalhador em subempregos.

A velhice da classe trabalhadora é penosa, sofrida e se agrava quando há a negação de seus direitos sociais ou quando eles são insuficientes para lhes assegurar bem-estar, revelando, portanto, uma extensa desigualdade expressa nos índices crescente de vulnerabilidade social.

Embora haja avanços na contemporaneidade sobre o entendimento do que vem a ser o termo “velhice”, percebe-se que historicamente o idoso carrega um peso social com mudanças de acordo com os conceitos culturais e econômicos de cada sociedade denominada por princípios e valores próprios.

No momento atual, percebemos uma contradição desses princípios e valores na sociedade brasileira, que busca uma longevidade e ao mesmo tempo nega a velhice, seu papel social e sua condição de cidadão de direitos.

Dessa forma, a temática sobre a velhice mostra-se complexa e só pode ser analisada se considerarmos suas múltiplas dimensões.

1.2 Alguns aspectos da velhice no contexto Amazônico

Trabalhar as múltiplas determinações que envolvem o contexto amazônico exige um recorte de territorialidade em face da sua dimensão espacial gigantesca. O IBGE (2019) define a Amazônia legal em duas partes: Ocidental, composta por quatro estados (Amazonas, Acre, Rondônia e Roraima) e a parte Oriental, formada também por quatro estados (Pará, Maranhão, Amapá, Tocantins e Mato Grosso), totalizando uma superfície de aproximadamente 5.015.067,749 km², ou cerca de 58,9% de todo território brasileiro.

A Amazônia tem o poder de encantar a todos com sua beleza e com seus mistérios expressos por meio de sua imensa bacia hidrográfica, exuberância da fauna e flora, em cada recanto, além disso, é evidente a sabedoria do seu povo que carrega o conhecimento por gerações, como forma de sobrevivência em espaços remotos e de difícil acesso.

Em toda sua plenitude, como bem aponta Silva (2000, p.04) “a Amazônia tanto é um território dotado e situado como é uma ideia, uma fábula, uma utopia” que desperta cobiça e carrega em suas entranhas a dor da exploração pelos meios de produção que expropria não só as riquezas naturais da terra, como também retira os sonhos dos povos que habitam em seu território.

Teixeira (2009) aponta que a Amazônia tem vocação para a abundância; a escassez, pobreza, carência foram introduzidas a partir do sistema capitalista e sua forma de opressão aos povos e a sua cultura em um processo permanente de expropriação de sua identidade intensificando as desigualdades sociais com políticas públicas fragmentadas que não consideram a realidade amazônica com sua diversidade de povos, acesso e cultura.

A vida na Amazônia tem especificidades que não podem ser negligenciadas. O homem amazônico constrói sua história de vida com uma profunda ligação de respeito pela natureza por meio da qual são criadas estratégias de sobrevivência e proteção a ambos.

Pinheiro (2013) assinala que a cultura do homem amazônico traz o trabalho como forma de suprir às necessidades da família, sem a preocupação com acúmulo material de produção, ou seja, a sobrevivência familiar é o objetivo primário do homem e do caboclo trabalhador da Amazônia.

Dados apresentados no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – Atlas Br (2020) mostram que o país alcançou o índice de 0,778 pontos percentuais para o ano de 2017, o que é considerado um nível alto de desenvolvimento humano. Esses índices não refletem de forma equalitária a todas as regiões, pois ainda se observa a ausência do Estado nas regiões mais longínquas e quase esquecidas nessa imensidão chamada amazônia do Brasil.

É importante destacar que o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH de um território leva em consideração alguns indicadores que refletem as condições de vida do ser humano, considerando três dimensões: educação, renda e longevidade. Tais dimensões trazem os indicadores de saúde, de participação política, de habitação, de cultura, de religião, de meio ambiente, entre outros, que irão impactar diretamente na qualidade de vida da população e na construção de políticas públicas.

A Amazônia, considerado a região norte do país, formada por sete estados, acompanha o IDH nacional com índices de 0,730. O estado do Amazonas que, em 2010, ocupava a 18ª posição, sofreu uma queda ficando em 2017 na 15ª posição com 0,733, ainda considerado alto, porém abaixo de estados como Roraima, Tocantins e Amapá com 0,752; 0,742; 0,740, respectivamente

É necessário destacar que o estado do Amazonas possui 62 municípios, sendo o maior estado em área territorial do Brasil. Segundo dados da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS (2018), o estado do Amazonas ocupa mais de 40% da região norte.

A região metropolitana de Manaus, formada por treze municípios, os quais foram incorporados por meio da Lei complementar 052/2007 (Manaus, Autazes, Careiro, Careiro da Várzea, Iranduba, Itacoatiara, Itapiranga, Manaquiri, Novo Ayrão, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva e Silves), é considerada, de acordo com dados do IBGE (2020), a 8ª economia do país com uma população estimada de 2.219.580 habitantes.

No entanto, a economia latente da região contrapõe-se à realidade, uma vez que há um avanço nos altos índices de desigualdade social de sua população. Isso se demonstra por meio do Atlas Br (2020) quando cita que o crescimento econômico de um território não pode ser considerado determinante para avaliação

da qualidade de vida da população, sendo observado muitas vezes um aumento das desigualdades sociais que de acordo com Teixeira (2009, p.28) “pode ser um universo de muito sofrimento, de muita brutalidade, de muitas lágrimas, de muita dor”.

Não podemos esquecer das populações que vivem em comunidades longínquas, separadas por rios e matas que cortam a Amazônia. No caso, os ribeirinhos, indígenas, caboclos, entre outros que são denominados, segundo Almeida (1994), como “povos da floresta” que vivem com suas famílias sem proteção social, muitas vezes isolados e esquecidos em terras com nenhum ou quase nenhum acesso às necessidades básicas como saúde e educação, entendidas enquanto expressões da questão social.

Historicamente a questão social no Brasil foi desenhada a partir das desigualdades sociais produzidas pelo modo de produção capitalista, ainda no século XIX, com o monopólio dos meios de produção, desenhando desta forma as várias expressões da questão social com um aprofundamento na concentração de renda da burguesia e uma incidência maior das desigualdades sociais do trabalhador.

Na sociedade capitalista, a questão social é indissociável do trabalho livre, do sistema de exploração capitalista, da expropriação não apenas dos meios de produção, mas também do tempo de vida do trabalhador, de suas necessidades submetidas e subordinadas às necessidades de valorização, de auto expansão do capital. (TEIXEIRA, 2008, p.48)

Na Amazônia, a questão social é marcada, segundo Barbosa e Sá (2009), a partir do processo de descolonização e de implantação de um mercado de trabalho dependente, que visava o desenvolvimento econômico da região no século XIX, entretanto, as condições de trabalho eram de extrema precarização para o trabalhador. A implantação de grandes projetos agroexportadores e de mineradoras intensificaram o processo de expropriação territorial trazendo à tona os conflitos sociais na região.

Refkalefsky (2009) enfatiza que, a histórica subordinação dos países periféricos como o Brasil, permite que os países centrais conduzam a economia e as decisões políticas sem considerar as especificidades de cada região. Dessa forma, o Estado passa a oferecer incentivos fiscais às exportações de bens primários, como madeira e minério, sem uma devida internalização dos benefícios na região

amazônica, trazendo sérias consequências sociais à população local, que historicamente convive com uma invisibilidade política em relação ao acesso a bens sociais.

Nesse sentido, o Estado permanece com sua marca de privilegiar os grandes empresários, acarretando e estimulando altos índices de corrupção, de burocratização e de morosidade da justiça, gerando como consequência dramática altos índices de desigualdade social na região. Para Barbosa e Sá (2009, p.73), a questão social na Amazônia se define como um conjunto dos fenômenos relativos à fragmentação das esferas política, econômica e social construídas na dinâmica antagonista da relação entre capital e trabalho.

De acordo com o pensamento de Scherer (2009), existe uma produção de riqueza e de pobreza que são fabricadas com a mesma velocidade, desenhando a questão social com suas variadas expressões na Amazônia. Na realidade amazônica essa premissa é muito verdadeira, pobreza e riqueza são categorias demarcadas nos territórios com exclusão de direitos, como a saúde pública e a educação, sendo posto por Teixeira (2009) que a pobreza, a miséria e a exclusão não podem ser vistas como românticas.

A velhice não passa despercebida nesse contexto e, de acordo com Haddad (2016), é posta enquanto questão social que ameaça a todos, desconsiderando a construção de vida do trabalhador com a expropriação de sua força de trabalho espremida ao limite de sua resistência pelos meios de produção, conforme a autora afirma que "(...) o crescimento da pobreza é diretamente proporcional ao crescimento da riqueza produzida pelo trabalhador" (HADDAD, 2016, p.94).

Nessa perspectiva, a velhice é sempre apresentada, segundo Teixeira (2008, p.42), como "problema social" a partir dos dados demográficos ou mesmo de uma possível ameaça a ordem política, sem considerar as lutas dessa categoria social com reivindicações, fazendo com que as expressões da questão social, em especial as demandas de saúde, sejam públicas e postas como "demanda política, introduzindo-a no campo das disputas políticas e das prioridades de políticas públicas".

Na região amazônica a sobrevivência da sua população sempre exigiu que

o labor fosse introduzido em idade precoce, ou seja, as pessoas idosas de hoje viveram para o trabalho precário, sempre buscando a subsistência de sua família. Dessa forma, como aponta Leão (2012), as doenças foram acumuladas ao longo da vida de trabalho incessante nas plantações de mandioca, pesca, caça, produção de juta entre outras profissões que deixam marcas ainda nos dias atuais.

Trabalhos como o de Silva (2000) e de Pinheiro (2013) retratam a realidade Amazônica dentro de uma singularidade que só ela possui. Há, contudo, dentro desse contexto singular, uma extensa desigualdade e um certo esquecimento do poder público com sua população nas questões básicas garantidas constitucionalmente, como é o caso da saúde.

A falta de hospitais, de profissionais, de equipamentos e de remédios denunciam a situação crítica da saúde no interior. As ações são focalizadas e seletivas e não atendem a todos com igualdade de direitos, além do fato de a saúde estar mais voltada para a perspectiva curativa do que preventiva. (PINHEIRO, 2013, p.106)

Desse modo, com a evidente ausência do Estado, os povos da Amazônia procuram suprir suas necessidades de saúde com o uso de plantas medicinais, sendo esse conhecimento adquirido e preservado por meio de seus ancestrais, especialmente pelas pessoas idosas e longevas da comunidade. Além disso, existem as ervas, as raízes e as rezas das benzedeiros que, com sua fé no divino e com sua espiritualidade, fazem uso de tais ferramentas passadas de geração em geração, curando as doenças biológicas ou as adquiridas, como a malária que é tão presente na região.

Por conseguinte, analisar a velhice no contexto amazônico não é uma tarefa fácil, pois a discussão ainda carece de estudos que retratem a velhice em seu espaço de integração social, visto que a maioria dos esforços estão mais direcionados a criança e ao adolescente. Dessa forma, conhecer a velhice em sua totalidade na Amazônia, traz saberes incalculáveis para as futuras gerações.

1.3 Determinantes demográficos, sociais, econômicos e de saúde na velhice em Manaus, Amazonas

Ao analisar os determinantes demográficos, sociais, econômicos e de saúde que envolvem a velhice, é relevante a reflexão que Beauvoir (1990, p. 48) faz sobre o conhecimento prévio da realidade de vida de cada indivíduo, seu espaço social de convivência e formação, sendo “indispensável examinar o lugar que é destinado aos velhos, que representação se faz deles em diferentes tempos, em diferentes espaços”.

Não se pode esquecer que a transição demográfica no Brasil acontece de forma acelerada e sem o devido preparo. De acordo com Simões (2016), a sociedade e o Estado ainda não se deram conta da complexidade dessas transformações que, no Brasil, já são consideradas como uma das mais rápidas do mundo na contramão dos países desenvolvidos, como a França, a Suécia e a Austrália, que levaram aproximadamente um século para serem considerados envelhecidos.

Segundo Veras (2009), em 1960, o número de pessoas idosas no país chegava a 03 milhões de pessoas, quinze anos depois, em 1975, já alcançava 07 milhões, chegando em 2008 com 20 milhões de idosos na população, um aumento de quase 700% no período. Lembrando que, até a década de 1950, o país mantinha um padrão demográfico de sua população considerada estável, ocupando o 16º lugar do mundo em número de idosos com um pouco mais de 02 milhões de indivíduos.

O IBGE, em 2018, aponta como projeção do envelhecimento populacional o quantitativo de 58 milhões de pessoas idosas até 2060, o que demonstra não somente impactos sociais diretos na saúde, mas também impactos no mundo do trabalho, que irão refletir diretamente na economia e na qualidade de vida desses idosos.

Para Camarano (2004), o fenômeno do envelhecimento populacional ocorre de forma diferenciada entre os países considerados desenvolvidos, pois esses possuem um sistema de proteção social ampliado, por consequência, uma preparação maior para acolher as novas demandas desse segmento. Essa realidade não ocorre nos países em desenvolvimento, como o Brasil, que vivem

uma conjuntura econômica de recessão com forte retração do sistema de proteção social.

É importante destacar, ainda, segundo a autora, que as mudanças no perfil demográfico da população dos países desenvolvidos começaram a despontar a partir do fim da Revolução Industrial, no século XIX, como resultado de melhores condições sanitárias, de controle de doenças e da redução da mortalidade infantil. Nesse período da história, as doenças e pragas predominavam sem controle e a luta pela sobrevivência diária era marcada pela exploração capitalista que expropriou, principalmente, a infância e a velhice.

Segundo Chaimowicz (2013), a transição demográfica no Brasil começa a acontecer no século XX, marcada por ações determinantes como a chegada dos antibióticos, das imunizações e da reidratação oral. Com isso, passam a prevenir e controlar doenças infecciosas e parasitárias com drástica redução nas taxas de mortalidade infantil e elevado crescimento das taxas de natalidade, contribuindo, assim, para que a população do Brasil saltasse de 41 milhões para 93 milhões, no período de 1940 a 1970, respectivamente, permanecendo, pois, com um percentual de 30% de crescimento nas décadas seguintes.

As questões acima citadas vêm corroborar com a ampliação das discussões sobre os vários aspectos que envolvem o envelhecimento populacional, pois, segundo a OMS (2015), o envelhecimento acontece de forma acelerada em todo mundo, destacando que pela primeira vez na história da humanidade, a maior parte das pessoas podem esperar viver mais de 60 anos de idade, por isso a importância de se considerar os dados demográficos.

Interessante salientar, que os dados demográficos que abrangem o século XVI foram trazidos da Europa ao Brasil pela igreja católica com a contagem do número de nascimento e mortalidade dos indivíduos sem considerar a população indígena. Mesmo após esse período, a igreja católica manteve o controle da contagem populacional até o início do século XX, delegando às paróquias o registro dos eventos considerados religiosos, como o batismo, os casamentos religiosos e os óbitos, portanto, mantendo seus interesses doutrinários.

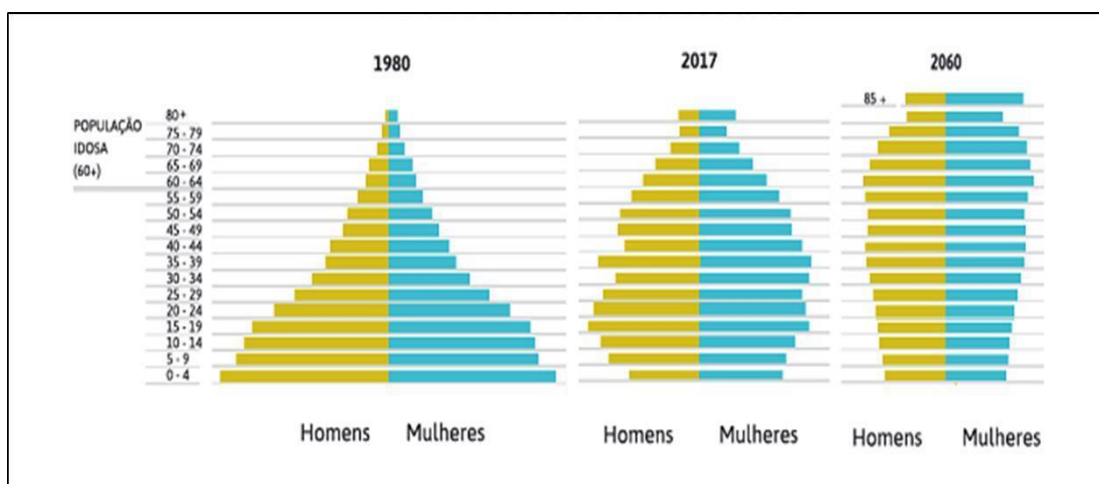
De acordo com o IBGE (2015), os dados demográficos no Brasil, passaram a ser disciplinados pelo Estado a partir de um decreto em 1939 e

somente em 1973, pela Lei n.º 6.015/1973, o Ministério da Justiça delega ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a coleta e a divulgação de estatística sobre os dados demográficos no país.

O termo transição demográfica³, de acordo com o IBGE (2015), é caracterizado pela mudança nas taxas de natalidade e de mortalidade, que assim passam a marcar uma nova formação populacional, destacando que as duas se situam em níveis relativamente mais baixos.

O conjunto dessas transformações altera a composição etária da população, uma vez que evidenciam um decréscimo contínuo nessas taxas, sendo representadas na pirâmide etária com destaque para idade e sexo do número de indivíduos.

Gráfico 1: Crescimento populacional – 1980/2017/2060



Fonte: Projeção da população – IBGE (2017).

³ Transição Demográfica que pode ser entendida como a forma de expressar as mudanças do tamanho e da estrutura etária de cada população e que Chaimowicz (2013) completa como sendo também a forma de acompanhar a evolução socioeconômica e que pode apresentar três fases distintas: elevada mortalidade e fecundidade; queda da mortalidade e crescimento populacional; e queda da fecundidade e envelhecimento populacional.

O gráfico em tela apresenta as transformações da pirâmide etária com uma evolução contínua na formação da população brasileira em um período de 80 anos. É perceptível a verticalização em toda formação da pirâmide que, na década de 1980, apresentava com destaque a forma de um triângulo com sua base populacional constituída por um número maior de crianças e de adultos, com seu cone estreitado, representando o número reduzido de pessoas idosas.

As décadas seguintes são marcadas por um processo de verticalização dessa pirâmide. Observa-se um nítido estreitamento em sua base, com a diminuição do número de crianças, com uma constância na tendência e redução do número de adultos, seguida de um alargamento do número da população idosa, destacando um expressivo aumento do número de idosos considerados longevos, com 85 anos ou mais de idade, e demarca em 2060, uma tendência de ultrapassagem do número de crianças.

Chaimowicz (2013) aponta em seus estudos, que o aumento do número de idosos considerados longevos, pessoas com idade acima de 80 anos, em 1975, representava 12% do total de idosos com previsão de alcançar, em 2030, o percentual de 21% de todos os idosos, chegando a 5,5 milhões de octogenários no Brasil.

Assim sendo, esse fenômeno pode ser considerado como um dos acontecimentos vitais dentro do envelhecimento populacional brasileiro, e que Zimmerman (2000) chama de “velho- bom”, visto que, estatisticamente, somos hoje um país envelhecido, considerando que as pessoas que nasceram após a segunda guerra já se encontram na fase da velhice, sendo acrescentado por Veras (2009) que a cada ano, 650 mil pessoas passam a categoria da velhice no Brasil.

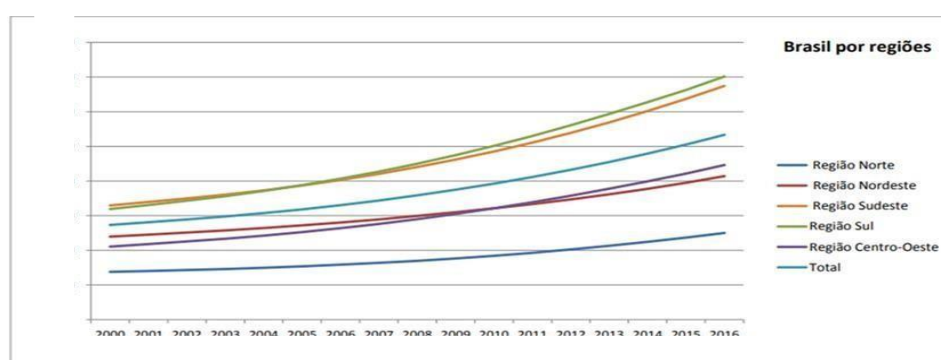
Whitaker (2007, p.12) pondera que as estatísticas de transição demográfica não mostram “os sofrimentos, carências e dificuldades enfrentadas pelos idosos em um país que não preparou adequadamente sua infraestrutura para as mudanças perturbadoras do envelhecimento”.

Portanto, a importância dos indicadores é indiscutível para tomada de decisões políticas, como por exemplo, a saúde pública, pois conforme afirma Sakuta (2017), é importante analisar as discrepâncias e condições do acesso limitado a serviços como a saúde, considerando os espaços geográficos e suas condições

econômicas, sociais e culturais, como é o caso da região amazônica.

Outros sim, estudos da Avaliação do Desempenho de Sistema de Saúde – PROADESS (2016) demonstram a progressão do envelhecimento populacional de acordo com as regiões do país. Esse estudo destaca que o número de pessoas com 60 anos ou mais não acompanha um crescimento homogêneo entre as diferentes regiões, com um destaque maior para as Regiões Sul e Sudeste, pois essas regiões mantêm uma intensidade maior em seu envelhecimento populacional com números que ultrapassam 15 milhões deles, ficando as regiões norte, nordeste e centro oeste com aproximadamente 09 milhões de pessoas idosas.

Gráfico 2: Índice de Envelhecimento da população, por região e ano 2000/2016



Fonte: Portal Determinantes Sociais da Saúde Observatório sobre Iniquidades em Saúde CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ, 2016.

Chaimowicz (2013) aponta que o crescimento da expectativa de vida do brasileiro até meados de 1930 não ultrapassou 40 anos de idade. Com o fim da Segunda Guerra Mundial e com o avanço do capitalismo, as mudanças estruturais na sociedade se fizeram presentes, de modo que a população passou a contar com a criação de novas tecnologias, com o maior acesso a bens e serviços sociais, tais como saúde, erradicação e controle ampliado de doenças como a tuberculose, passando a refletir diretamente na redução das taxas de natalidade e mortalidade infantil.

Na década de 1940, quando foi imposto o Estado Novo de Getúlio

Vargas, no Brasil, o indivíduo poderia alcançar em média 45 anos de vida. Passados 80 anos, a pessoa que nasceu em 2017 pode alcançar em média 76 anos de idade para ambos os sexos, e segundo Veras (2009), com os novos conhecimentos tecnológicos poderá alcançar a idade de 110 a 120 anos.

Dessa forma, o crescimento da expectativa de vida no Brasil, cuja realidade é demonstrada na tabela abaixo, expressa uma progressão constante em ganho real na expectativa de vida, tanto para os homens quanto para as mulheres. Segundo dados do IBGE (2018), no período de 1940/2017 a expectativa de vida da população cresceu em média trinta anos.

Tabela 1: Expectativa de vida no Brasil- 1940/2017

Ano	Expectativa de vida ao nascer			Diferencial entre os sexos (anos)
	Total	Homem	Mulher	
1940	45,5	42,9	48,3	5,4
1950	48,0	45,3	50,8	5,5
1960	52,5	49,7	55,5	5,8
1970	57,6	54,6	60,8	6,2
1980	62,5	59,6	65,7	6,1
1991	66,9	63,2	70,9	7,7
2000	69,8	66,0	73,9	7,9
2010	73,9	70,2	77,6	7,4
2017	76,0	72,5	79,6	7,1
A (1940/2017)	30,5	29,6	31,3	

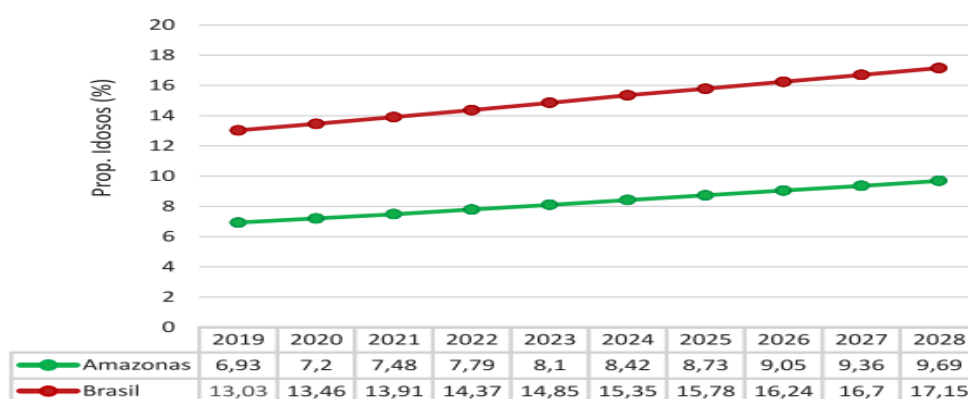
Fonte: Tábua completa de mortalidade para o Brasil - IBGE/2018. Nota: Adaptada pela pesquisadora (2020).

Vale destacar que os dados do IBGE para 2017 assinalam que a Região Sul do país, em especial o estado de Santa Catarina, apresenta o maior índice de expectativa de vida do país, uma vez que o indivíduo atinge cerca de 78 anos de idade, enquanto que o menor índice fica no Nordeste no estado de Alagoas, com uma expectativa máxima de vida de aproximadamente 71 anos de idade. O Amazonas fica na décima sexta posição, com sua população podendo alcançar média de 74 anos de idade.

Não podemos esquecer que o estado do Amazonas, evidencia um crescimento de sua população idosa de 4% ao ano como aponta a FVS (2019), considerando que esse aumento está em consonância com o crescimento etário do país que é de 3% ao ano.

Destaca-se, ainda, que a população idosa estimada para o estado, em 2019, ficou em 6,93% da população, o que representa aproximadamente 287 mil pessoas idosas com projeção de alcançar em menos de uma década 9,69% do total da população local, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 3: Projeção da proporção de idosos na população, Amazonas e Brasil, 2019 a 2028



Fonte: Relatório de Gestão 2018 - Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas, 2019.

Tendo em vista esses dados, é possível observar que o aumento na expectativa de vida e a redução da taxa de natalidade são progressivas, com isso o estado já alcançou um número significativo de pessoas idosas. Dados do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 da Secretaria de Saúde do Estado – SUSAM, revelam que a população idosa no Amazonas manteve um crescimento considerável em cinco anos, sendo somados a população quase 60 mil novos idosos, tendência registrada no trabalho de Sakuta (2017).

Assim, o aumento da expectativa de vida é, sem dúvidas, uma realidade, porém as ações de saúde pública não acompanham essa evolução na mesma proporção. De acordo com a SUSAM (2018), a cidade de Manaus lidera o número de morbidade hospitalar em idosos na região.

Tais condições demonstram a ausência de investimento não só financeiro, mais também de recursos humanos, infra-estrutura e de informação a cerca dessa população para que as políticas públicas direcionadas a esse público, tão bem construídas, sejam de fato aplicadas enquanto direito social legítimo, como é o caso da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

CAPÍTULO II

A SAÚDE PÚBLICA E A PESSOA IDOSA NO AMAZONAS

Pensar a saúde no Brasil é fazer uma reflexão dos aspectos que envolvem a definição do que é saúde e quais os mecanismos que o Estado utiliza para oferecer esse direito à população, tendo em vista que é garantido pela Constituição Brasileira como política pública.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), o conceito de saúde é definido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou de enfermidades. Essa definição pode ser entendida de forma bem subjetiva, pois o completo bem-estar físico, mental e social é pessoal e depende, entre outros aspectos, de questões biológicas, sociais, econômicas e culturais.

O entendimento de saúde, considerado de forma ampliada, passa a ser destacado na Carta de Ottawa, em 1986, ponderando que as condições e os principais fatores para a saúde de uma sociedade são a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS é considerado uma das melhores políticas de saúde do mundo. Em relação a isso não duvidamos, pois o SUS se faz presente em todo território nacional, oferecendo serviços e ações de saúde já consolidados como, por exemplo, a política de vacinação e a atenção básica. Entretanto, há outros serviços que ainda não foram consolidados, como a construção e o fortalecimento da rede de atenção nos seus três níveis de saúde, sendo, desse modo, um entrave no que se refere à materialização dos princípios e das diretrizes da Lei 8080/90.

A busca para se alcançar os objetivos firmados nos princípios e diretrizes do SUS, ainda permanecem arraigados a ideologias políticas que desconsideram a eficiência e eficácia do sistema de saúde, desresponsabilizando o Estado do seu dever em garantir uma saúde digna e integral que abranja promoção, proteção e

recuperação dos agravos de saúde dentro das necessidades da população.

Outrossim, o presente capítulo traz a discussão de alguns pontos relevantes para se conhecer e refletir a historicidade do SUS e suas implicações na vida cotidiana das pessoas, em especial das pessoas idosas, tendo em vista que estas utilizam os serviços de saúde de forma intensa.

Nesse sentido, destaca-se a descentralização da saúde pública que se firma como uma das diretrizes para se alcançar a municipalização e oferecer uma atenção básica com maior resolutividade. Tal descentralização abrange a promoção, a prevenção e a recuperação de saúde em seu espaço territorial, a partir de uma gestão organizada em redes de saúde, com a integralidade se fazendo presente, tendo como objetivo alcançar todos os níveis da atenção à saúde com qualidade na oferta dos serviços.

Para tanto, nesse caminho de construção, a emergência sanitária na qual vivemos no momento atual de pandemia, não pode passar despercebida. O desenrolar de uma tragédia humanitária que acomete a todos e que é tratada de forma diferente por todos, sendo a pessoa idosa parte do grupo de alto risco, passando a sofrer uma carga maior de medo, culpa e desproteção social.

2.1 Situando a Saúde no Estado Brasileiro antes da Constituição Federal de 1988

O século XX trouxe um rol de mudanças políticas, econômicas e sociais que influenciaram a saúde enquanto bem maior de todos. Paim (2009) assinala que até então a saúde era considerada mais como caso de polícia do que propriamente como parte da questão social. Essa realidade apresentada pelo autor destaca os acontecimentos já tão presente na época com as epidemias e as diversas doenças, como a varíola e a febre amarela.

Paim (2009), Escorel e Teixeira (2012) assinalam que as ações de saúde, no início do século XX, eram promovidas por meio de campanhas sanitaristas esporádicas, de curta duração, oferecidas pela polícia sanitária, sendo inspiradas em ações militares, especialmente nas capitais.

Essas campanhas eram uma maneira de cumprimento das

determinações econômicas impostas pelo Estado, como forma de preservar a economia exportadora da agricultura do café. Historicamente, no Brasil, definir Estado é uma tarefa difícil, pois como bem coloca Pereira (2008), tal conceito se traduz em um fenômeno histórico com passado, presente e futuro, também como fator relacional, uma vez que essa formação depende da construção de relações desenvolvidas em um determinado período, com suas possíveis implicações sociais, econômicas e culturais.

A autora destaca, ainda, que o Estado não é neutro e sim uma arena de conflitos e interesses chamados por Vieira (2009) de “paixões antropofágicas”. O Brasil, enquanto Estado Democrático de Direito, traz em sua Constituição Federal princípios de liberdade, justiça, dignidade humana, cidadania.

No âmbito da saúde, Paim (2009, p.28) coloca que, ao longo do século XX, existia uma espécie de “não sistema de saúde” desenvolvido com ações separadas de saúde pública e de assistência médica hospitalar, o que demonstrava a omissão do poder público que delegava a responsabilidade da saúde ao indivíduo ou ao setor privado, ou seja, para aqueles que tinham recursos financeiros, socorrendo, em último caso, os desvalidos com a caridade da filantropia.

De acordo com Giovanella et al. (2012), incumbe à sociedade a construção do seu sistema de saúde. Assim, cada país desenvolve seu sistema de saúde, organizando-o conforme as necessidades de sua população a qual determina também a dinâmica de seu funcionamento.

Além disso, faz-se necessário uma breve contextualização do processo histórico brasileiro na saúde. De acordo com Poz et al. (2017, p.213), “a ação dos homens tem potencial para influir na história e pode assumir percursos diversos de acordo com as conjunturas políticas” que perpassa por séculos acompanhando mudanças não só políticas, mas econômicas, culturais e sociais, capazes de conduzir as lutas políticas com seus diversos atores, por meio de ganhos, entraves e retrocessos que marcaram a conquista de uma saúde pública universal no país.

Como forma de sintetizar esse processo de luta da classe trabalhadora e da sociedade em geral, reportamo-nos a Schweickardt et al. (2015), destacando em um quadro temporal, de 1500 – 1989, ações que marcaram e conduziram a saúde pública brasileira enquanto direito de todos e dever do Estado.

Quadro 1: Resumo histórico das ações de saúde no Brasil – 1500 – 1989

<p>Brasil Colônia 1500 – 1822</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Intervenção do poder público – normatização e expedição de licenças para praticantes da arte da cura;</i> ✓ <i>Tratamentos de epidemias;</i> ✓ <i>Médicos e boticários para elite burguesa;</i> ✓ <i>Pobres e escravos – curandeiros e caridade da igreja;</i> ✓ <i>Primeiro curso de medicina e cirurgia – Salvador e Rio de Janeiro; Criação do médico da família.</i>
<p>Brasil Monárquico 1822 –1889</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Primeira Constituição (1824)</i> ✓ <i>Ações de saúde descentralizada – câmaras municipais; Sociedade de medicina do Rio de Janeiro (1831);</i> ✓ <i>Junta Central de Higienização Pública – crise sanitária com surtos epidemias (febre amarela e varíola);</i> ✓ <i>Criação do Hospício Pedro II (1841);</i> ✓ <i>Serviços médicos – Hospitais filantrópicos;</i> ✓ <i>Conselho Superior de Saúde Pública (1886).</i>
<p>Primeira República 1889 -1930</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Segunda Constituição (1891)</i> ✓ <i>Saúde de responsabilidade de estados e municípios; Governo central – Vigilância Sanitária dos portos; Diretoria Geral de Saúde Pública - (1896); Instituto Oswaldo Cruz – (1900);</i> ✓ <i>Surto de Varíola – Revolta da Vacina (1904) Movimento Sanitarista;</i> ✓ <i>Lei Eloy Chaves (1923);</i>
<p>Estado Getulista 1939 – 1945</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio- (MTIC) – (1930) Ministério da Educação e Saúde Pública – (MESP)</i> ✓ <i>Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) – 1933</i> ✓ <i>Terceira Constituição – (1934);</i> ✓ <i>Salário Mínimo – (1940);</i> ✓ <i>Consolidação das Leis Trabalhista – (1943); Quarta Constituição – (1937).</i>
<p>Período Democrático 1945 –1964</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Quarta Constituição (1946);</i> ✓ <i>Período Sanitarista – intervenção autoritária; Modelo Hospitalocêntrico de saúde;</i> ✓ <i>Modelo sanitarista desenvolvimentista;</i> ✓ <i>II Conferência Nacional de Saúde – 1950; Ministério da Saúde – 1953.</i>
<p>Regime Militar e Transição Democrática 1964 – 1989</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Modelo médico assistencial privatista – foco no lucro;</i> ✓ <i>Criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS;</i> ✓ <i>Medicina Previdenciária – FUNRURAL (1972);</i> ✓ <i>Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS;</i> ✓ <i>Plano de Pronta Ação – PPA (atendimento de urgências)</i> ✓ <i>Movimento da Reforma Sanitária Brasileira- MRSB;</i> ✓ <i>Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES (1976);</i> ✓ <i>Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO;</i> ✓ <i>VIII Conferência Nacional de Saúde – 1986;</i> ✓ <i>Ações Integradas de Saúde – AIS (1983 -1986);</i>

- ✓ Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS - 1987;
- ✓ Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS(1982);
- ✓ Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;
- ✓ Criação do Sistema Único de Saúde – SUS;
- ✓ Constituição Federal de 1988;

Fonte: SCHWEICKARDT et al. (2015, p. 113 – 145).

Nota: Informações compiladas pela autora, 2020.

Historicamente, observa-se que o Brasil passou por algumas constituições, em momentos históricos variados, como Brasil Império (1824), Brasil República (1891), Segunda República (1934), Estado Novo (1937), Estado Democrático (1946), Regime Militar (1967) e por fim a Constituição Federal atual de 1988.

A política de saúde brasileira, conforme aponta Bravo (2009) e Paim (2009), delinea-se a partir da década de 1930, quando passa a ser tratada como “questão política”, com o incremento da industrialização e do processo de urbanização. Associado a isso, as políticas sociais despontavam, entre elas a saúde pública, que até então permanecia com um caráter filantrópico ou previdenciário.

Tais mudanças, de acordo com Barata e Ribeiro (2012), influenciaram as condições de saúde da população no país. Condições de saúde que, para os autores, deve ser pensada a partir de um conjunto de fatores que levem em conta o modo de vida em relação as questões econômicas, sociais e políticas.

Nesse contexto, o perfil epidemiológico passou a sofrer alterações que Paim (2012) chama de “morbidade moderna com sua produção infundável de exploração e lucro em favor do desenvolvimentismo a qualquer preço”, ou seja, a partir da segunda metade do século XX, o país começou a reduzir as taxas de mortalidade e de natalidade com as campanhas sanitárias de combate às endemias, como a malária e a febre amarela. Assim, com essas ações, o envelhecimento populacional começou a dar início a uma nova realidade social.

Ademais, conhecer os caminhos da saúde brasileira faz-nos retornar aos movimentos sociais na década de 1970, entre eles o Movimento da Reforma Sanitária que, de acordo com Bravo (2009), ganha impulso ainda no período da ditadura militar, devido a sua política de repressão, avessa ao social e com grandes

privilégios para o capital.

Durante esse período, segundo Paiva e Teixeira (2014), o mundo era marcado não somente pela decadência econômica e social, como também pela ascensão do neoliberalismo. No espaço brasileiro, o país recém-saído de um período considerado por Escorel (2012) de “Milagre Econômico” (1968 – 1973), despontava com o seu produto interno bruto – PIB crescente na casa dos 10% ao ano, carregando na mesma proporção seu endividamento externo. Dessa maneira, o país vivia um momento de recessão econômica que culminou com o ressurgimento dos grandes movimentos sociais, sendo a saúde pública universal uma das pautas defendidas.

Vale ressaltar que o Movimento Sanitário vem de acordo com PAIM (2009, p.40), em defesa da “democratização da saúde e da reestruturação do sistema de serviços”, caracterizando-se como um movimento revolucionário de luta formado por estudantes, profissionais da saúde, pesquisadores e por sindicatos da classe trabalhadora que lutavam, também, por uma saúde universal, visando a abolição do status de assistencialismo, passando a condição de direito de cidadania em um momento de luta pelo retorno da democracia no país.

Assim, o Movimento Sanitário foi instituído por meio da participação social com seus diversos atores. Para Escorel (2012), esse movimento chega por meio de práticas políticas, ideológicas e teóricas, em busca de mudanças na saúde brasileira, e também foi gestado a partir de três dimensões: movimento estudantil e Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), movimento de médicos residentes e renovação médica e profissionais da academia.

Na primeira dimensão, defendia-se a medicina social que foi logo aprofundada para uma perspectiva de democracia e contra a privatização da saúde. Já a segunda dimensão era mais política, em defesa da classe trabalhadora dos médicos, sendo aderida, posteriormente, pelos demais profissionais da saúde. Por último a terceira dimensão, que contava com profissionais da academia com uma visão mais ideológica, conduzindo a parte teórica, assim dando um caráter coletivo e interdisciplinar ao movimento.

O projeto inicial da Reforma Sanitária é fortalecido, em todo país, com as conferências de saúde, em especial a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em

1986, que apresentou um tema muito sugestivo para o momento político da época – “Democracia é Saúde”. Esse projeto desempenhou um papel fundamental no avanço de propostas de uma saúde pública universal, uma vez que agregou novos conceitos como saneamento básico, trabalho, vida em sociedade, entre outras formas de determinar o que vem a ser saúde.

É citada, no Relatório Final da Conferência, a participação de vários representantes da sociedade, entre eles trabalhadores da saúde, políticos e a efetiva participação social, com mais de quatro mil pessoas atuantes. Das discussões fomentadas, ficou posto que a saúde é “antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. Antônio Sergio da Silva Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz, assim definiu o conceito de saúde em seu discurso de abertura da Conferência:

“(…) não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário digno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informação sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo. (AROUCA, 1987, p.36)

A partir de tal relatório, a saúde ganha destaque enquanto direito social, tendo como uma das exigências o compromisso do Estado em assumir uma política de saúde integrada às políticas econômicas e sociais.

O projeto proposto da Reforma Sanitária, segundo o pensamento de Bravo (2009, p.101), teve como preocupação principal “assegurar que o Estado atue em função da sociedade”, destacando o entendimento de um Estado democrático e de direito, sendo a saúde assegurada enquanto política social e entendida como mecanismo de intervenção estatal como forma de alcançar uma proteção social ao cidadão.

Para tanto, Paim (2009) nos traz uma reflexão sobre a importância do conhecimento da história:

É necessário conhecermos um pouco da história da organização sanitária no Brasil para compreendermos por que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro. Este conhecimento deve contribuir para não reproduzirmos o passado e para que sejamos capazes de avaliar, a cada momento, o que conseguimos de avanço, bem como as ainda existentes ameaças de retrocessos. Assim educaremos, permanentemente, os novos sujeitos que farão avançar a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e construiremos um sistema de saúde mais digno para nossa população. (PAIM, 2009, p.25)

Portanto, conhecer a história da organização sanitária do país é uma forma de preservar e lutar por um SUS conquistado pela sociedade e que deve ser defendido como bem social de todos os brasileiros, sem retrocessos ou conchavos políticos de fragmentação desse direito.

2.2 – Sistema Único de Saúde – SUS como Sistema Universal?

A saúde é assegurada pela Constituição Federal de 1988 como direito de todo cidadão brasileiro. Além disso, a Carta Magna é conhecida como uma Constituição cidadã por contar com uma Assembleia Constituinte composta por 559 parlamentares, a qual representou os anseios da sociedade e levou o país a reconhecer a liberdade, a dignidade, e a cidadania como valores centrais do processo democrático.

Nesse sentido, a saúde é apresentada enquanto direito universal na Constituição brasileira, mais especificamente em seu capítulo II dos Direitos Sociais, e logo em seguida esse direito é reafirmado no capítulo II da Seguridade Social, no artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Com uma Constituição cidadã, a formação da Seguridade Social, no Brasil, passa a ser definida como sendo um conjunto integrado de ações da sociedade e dos poderes públicos, destinados a assegurar os direitos relativos à

saúde, à previdência e à assistência social.

A competência de organização da Seguridade Social cabe ao poder público, que se baseia por meio de objetivos como a universalidade de cobertura e o atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios urbanos e rurais, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação no custeio, diversidade da base de financiamento e caráter democrático e descentralizado da gestão com participação da sociedade.

Com a Seguridade Social definida nos termos constitucionais, a saúde pública passa a ser garantida de forma universal a todo e qualquer cidadão brasileiro, a partir da Lei 8.080/90 e 8.142/90, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS que chega trazendo princípios ordenadores, reafirmando, portanto, a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado.

Nas palavras de Paim (2012, p. 40) “é possível afirmar que o SUS é uma conquista do povo brasileiro” com princípios que foram marco histórico da Reforma Sanitária consagrados na 8ª CNS/86 constituindo assim, o que Paiva e Teixeira (2014) denominaram de um sistema único.

Nesse sentido, podemos certificar que a saúde, enquanto direito constitucional consagrado, deve ser assegurada dentro dos moldes da universalidade, com serviços integrados e contínuos para todos os cidadãos, sem distinção de territorialidade, de condição econômica ou de condição social. No entanto, esse direito ainda é negligenciado e oferecido de forma fatiada, sem o cumprimento dos princípios que constituem o sistema.

Sistema de saúde que é definido por (GIOVANELLA, 2012, p. 89) como sendo um “conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população”. Além disso, a autora prossegue colocando que tais relações passam a ser realidade por meio de instituições com regras e serviços, que tem como objetivo alcançar a população em suas necessidades de saúde.

Dessa forma, o SUS caminha há mais de três décadas no Brasil em busca de sua implementação, comprometido com princípios e diretrizes que abarcam à universalidade de acesso, à integralidade dos serviços, à igualdade da

assistência, à participação da comunidade e à descentralização política e administrativa dos seus serviços, envolvendo, assim, a capacidade de resolutividade de suas ações em todos os níveis de assistência à saúde, primário, secundário e terciário.

Vale lembrar que o SUS chegou junto com a política neoliberal e seu ambicioso processo de desmonte da proteção social, sendo possível afirmar que o SUS sofre desde sua concepção no governo neoliberal do então presidente Fernando Collor Melo com retrocessos e avanços permanentes.

Além disso, as retaliações sofridas pelo SUS permaneceram nos governos seguintes e, de acordo com Bravo (2009, p. 106), a saúde permanece com dois projetos em permanente disputa, o projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, sendo os dois alvos políticos de barganhas e conchavos com grandes perdas para o sistema original, ficando o “SUS real muito longe do SUS constitucional”.

O processo de desconstrução, fatiamento, fragmentação do SUS é reafirmado a todo momento com imposições ou com artimanhas políticas, que chegam, muitas vezes, a ser camufladas para sociedade, exigindo conhecimento e força política, a fim de que sejam revertidas, como acontece com as chamadas normas operacionais, NOB- 91; NOB-93; NOB- e96; NOAS- 2000, NOAS-2002; Pacto pela Saúde e pela Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, de 2006.

O objetivo dessas normas é a descentralização da saúde para de fato, efetivar a implantação do SUS, definindo competências em cada esfera de governo. Segundo Paim (2009,p.67), tais normas levaram 15 anos sendo atualizadas a fim de viabilizar a descentralização da política, porém só em 2006, a partir do “Pacto da Saúde” e PNPS, que a tutela da saúde deixa a esfera federal de gestão com vistas a constituição de um SUS solidário entre as três esferas do governo.

O “Pacto pela Saúde” trouxe o compromisso do Estado por meio do SUS, de consolidar os princípios instituídos pela Lei Orgânica da Saúde (8080/90 e 8142/90), possibilitando, assim, a construção articulada e integrada do pacto pela vida, defesa e gestão do SUS.

Ainda, os desafios para a consolidação do SUS enquanto direito social

passam por estratégias que fortalecem o poder permanente do capital e aprofundam as desigualdades tão presentes na sociedade brasileira. A Lei 13.097/15 é uma dessas estratégias que altera a Lei 8080/90, pois deixa clara a participação do capital estrangeiro de forma direta ou indireta, inclusive no controle da assistência à saúde, com empresas hospitalares e com atividades de apoio aos serviços, tais como laboratórios de genética e de medicamentos, o que demonstra o intenso interesse político nas questões de privatização da saúde que caminha a passos largos por todos os governos desde a pretensa criação do SUS,

O setor de saúde brasileiro tem características que tornam o SUS mais vulnerável aos interesses privados (...). Ressalte-se o legado do sistema de saúde brasileiro prévio que, desde a década de 1970, apresenta um mercado prestador privado forte, do qual o SUS é o principal comprador. Desde então, o Estado tem favorecido o setor privado por meio de incentivos e subsídios fiscais variados. Recentemente observa-se uma progressiva perda da capacidade gerencial do Estado decorrente de contratos com organizações privadas para realizar gestão e prestação de serviços em unidades públicas de saúde. Ao mesmo tempo em que o setor privado é privilegiado, o SUS é financiado inadequadamente, abaixo do previsto pela Constituição, com recursos menores de 4% do PIB, insuficientes para a garantia do direito universal à atenção integral à saúde. (GIOVANELLA et al., 2018, p.1772)

Ressalta-se, ainda, que as estratégias usadas para restringir ou até mesmo para negar o direito constitucional de saúde, enquanto sistema universal, perpassam pela Emenda Constitucional 95, aprovada pelo congresso, em 2016, a qual instituiu o novo regime fiscal, restringindo os gastos públicos por 20 anos, ou seja, até meados do ano de 2036. Desse modo, os recursos disponíveis, especialmente com as políticas sociais, permanecerão condicionadas ao ano anterior acrescido do Índice Nacional de Preço ao Consumidor – IPCA.

Essa medida desresponsabiliza o Estado da obrigatoriedade de investimentos superiores a inflação do ano anterior em políticas públicas obrigatórias como a saúde que teve seu orçamento congelado, engessando o SUS na tomada de decisões em busca da garantia da universalidade de acesso em um país que ultrapassa 210 milhões de habitantes, com mais de 75% de sua população dependente da saúde pública.

Os desafios impostos com a PEC – 95 são permanentes e exigem provocações da sociedade sobre as políticas sociais. Não se pode negligenciar a

participação social, sendo um dos princípios organizativos da lei 8080/90 e que, durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde, em 2019, ganhou importância fundamental na luta histórica contra o desfinanciamento e fragilização do SUS.

Vale destacar que, um dos princípios do SUS que mais sofre com retaliações, podemos dizer que é a universalidade de acesso em todos os níveis de atenção, estando diretamente ligada à integralidade dos serviços.

Para Noronha et al. (2012), tal princípio busca alcançar a todos com o mesmo direito, de acordo com suas necessidades de saúde, independentemente de sua condição econômica, social ou mesmo do nível de complexidade, custo ou natureza dos serviços que são prestados à população.

O SUS constitucional teve, há meio século, seu despertar com as lutas sociais da reforma sanitária e ainda luta para ser efetivado de forma universal, como afirma Paim (2009), sem qualquer tipo de barreira de acessibilidade, sem discriminação social, econômica, cultural ou mesmo territorial, em que o direito de cidadania seja preservado.

Assim sendo, a luta é permanente e se faz necessária em um país que caminha com altos índices de desigualdade, acentuado nível de empobrecimento da sociedade e que permanece invisível aos “acordos políticos”, marcados nos gabinetes com olhos cerrados para a realidade social presente.

2.2.1- O processo de descentralização, regionalização e gestão da saúde em cada nível de atenção

O SUS constitui-se como um dos maiores sistemas de saúde do mundo, porém com uma organização complexa, que exige um amplo desfecho dos seus princípios doutrinários. Além disso, os objetivos e os princípios organizacionais desse sistema direcionam o cumprimento das diretrizes no que diz respeito à capacidade de distribuição dos seus serviços de saúde.

Toda grandeza expressa no SUS reflete nos números divulgados no Relatório do Ministério da Saúde (2019), com mais de 4 bilhões de atendimentos ambulatoriais e mais de 11 milhões de internações, dentro de um universo que inclui um grande número de serviços, como consultas, diagnósticos, vacinas, cirurgias,

entre outros que compreendem um acesso a tecnologias diversificadas, nos três níveis de atenção à saúde: atenção básica, média e alta complexidade, em todo território nacional.

Percebe-se que a complexidade de atendimento exige recursos diversos, não só humano, mas também financeiro, tecnológico e de gestão, os quais definem e fazem cumprir as diretrizes afirmadas na CF/88 e na Lei 8080/90, especialmente no que diz respeito à atenção básica da saúde, que estabelece a municipalização como forma de atendimento primário da saúde.

Os princípios organizativos do SUS que também são diretrizes como a descentralização, hierarquização, regionalização e a participação social, suscitam um entendimento que as ações e serviços de saúde, devem ser oferecidos de forma a garantir um atendimento integral à população nos diferentes níveis de atenção, em um processo que, de acordo com Santos e Andrade (2008), constitui-se em uma construção de redes de serviços.

É preciso considerar as diversidades regionais e as especificidades de cada comunidade, de cada município, de cada região, a fim de que possam garantir que os princípios doutrinários e organizativos do SUS se coadunem com a realidade de saúde de todos, ajustando, desse modo, os serviços sem privilégios e sem desigualdades.

De acordo com Noronha et al. (2012), a descentralização do SUS demonstra a complexidade de se efetivar princípios e diretrizes, levando em consideração as desigualdades social e econômica, especialmente entre os municípios que, em sua maioria, possuem limitada condição financeira para arcar com responsabilidades tão complexas como a saúde básica.

Paim (2009) coloca que a descentralização da saúde vem adequar o SUS às diversidades regionais do país e deve ser entendida como uma desconstrução da assistência à saúde centralizada que, no século passado, ganhou força com uma saúde curativa, privatista e centralizadora de recursos.

Com a descentralização, a política de saúde adquiriu um comando único em cada esfera de governo com a elaboração de políticas públicas a cargo do Ministério da Saúde, trazendo também uma maior responsabilidade e um maior fortalecimento da saúde estadual e municipal por meio das secretarias de saúde.

O fortalecimento das responsabilidades atribuídas aos estados e aos municípios promove também uma relativa autonomia no que se refere às ações de saúde que são oferecidas a população local, o que para Noronha et al. (2012, p. 368) contribui para promover uma democratização, para alcançar uma melhora nos níveis de eficiência, efetividade e para um maior controle de gastos e prestação de contas das políticas públicas.

O SUS como política universal de saúde traz a hierarquização e a regionalização como um dos princípios e diretrizes para alcançar a população em seu território base de convivência social. Dessa forma, a municipalização da saúde tem como objetivo alcançar a promoção, prevenção e controle das doenças por meio do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Com relação à hierarquização, Mattos (2009) destaca que esta implica na oferta de serviços nos diferentes níveis de atenção básica, média e alta complexidade, sendo oferecidos, em cada nível, um conjunto de procedimentos que envolvem recursos humanos, financeiros e tecnológicos diferenciados, ou seja, procedimentos que devem atender às necessidades de saúde do usuário em sua integralidade.

A municipalização está diretamente ligada ao processo de descentralização e de hierarquização dos serviços e ações de saúde, o que favorece a população dentro das suas necessidades básicas de saúde, em um contexto geográfico de enormes diferenças sociais. No entanto, favorece também o governo federal quando este delega ao município a responsabilidade maior de oferecer a atenção básica com prevenção, promoção e recuperação a sua população.

É preciso lembrar que o governo brasileiro trabalha dentro de uma política neoliberal, em todo período de construção e implantação do SUS, mantendo uma proteção máxima às questões econômicas e buscando o incentivo à mercantilização dos direitos sociais. Esse modelo perpassou por todos os governos após o período militar e é mantido nos dias atuais.

Para Boschetti (2009), a desconfiguração dos direitos constitucionais é permanente. As contrarreformas implantadas nos diversos governos, no mínimo, restringiram direitos, ficando os princípios e as diretrizes do SUS diluídos pela

manutenção de uma cesta básica de serviços, desse modo, não assegurando à população nem mesmo o atendimento de urgência, em sua integralidade na contramão do que está posto na Constituição Federal, em seu artigo 6º, que trata dos direitos sociais.

Com todas as dificuldades existentes, deve-se considerar que a Política Nacional de Atenção Básica implantada, por meio da Portaria nº 648/2006, trouxe várias contribuições como forma de alcançar os princípios e diretrizes do SUS, em todos os municípios do país.

Além disso, os programas anteriores como o Programa Saúde da Família – PSF/1994; Estratégia de Saúde da Família – ESF; As NOBs e o Pacto pela Saúde, em 2006, colaboraram como mecanismos de expansão da cobertura da Atenção Básica de Saúde com incentivos financeiros aos estados e aos municípios.

Ao longo dos governos, a Política Nacional de Atenção Básica sofreu algumas alterações, sendo posto na Portaria 2.436/17 uma revisão de suas diretrizes, com objetivo de organizar a atenção básica e trazer, também, a compreensão dos termos Atenção Básica – ABe Atenção Primária à Saúde – APS como complementares, definindo que:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2017)

Dessa forma, a atenção básica, oferecida pela gestão municipal, constitui o primeiro nível de atendimento à saúde e se organiza exercendo papel de porta de entrada da saúde pública e centro de ligação entre as Redes de Atenção à Saúde - RAS que formam o SUS.

O Ministério da Saúde (2017) destaca, ainda, que as ações de saúde desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde – UBS são formadas por Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica, Equipe de Saúde Bucal, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e Equipe de Agente Comunitário

de Saúde.

As Unidades Básicas de Saúde – (UBS) apresentam serviços capazes de oferecer resolutividade a maior parte dos problemas de saúde da população, com baixo custo e com a presença de uma equipe multiprofissional.

Esses serviços públicos são compostos por profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e odontólogo) e profissionais de nível secundário (técnicos de enfermagem, agente de endemias e agente comunitário de saúde) que atendem à população de um território localizado pelo respectivo distrito sanitário, no caso de Manaus, são quatro distritos de saúde. Esse modelo de UBS está distribuído nas cinco regiões do país e tem acompanhado um crescimento não tão expressivo quanto às necessidades da população como demonstra a tabela abaixo:

Tabela 2: Unidade Básica de Saúde – BRASIL

<i>CENTRO DE SAÚDE/UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE</i>				
<i>REGIAO</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>
<i>REGIAO NORTE</i>	<i>2.619</i>	<i>2.737</i>	<i>2.865</i>	<i>2.870</i>
<i>REGIAO NORDESTE</i>	<i>3.507</i>	<i>13.779</i>	<i>4.091</i>	<i>4.320</i>
<i>REGIÃO SUDESTE</i>	<i>1.824</i>	<i>1.941</i>	<i>2.088</i>	<i>12.228</i>
<i>REGIÃO SUL</i>	<i>5.215</i>	<i>5.312</i>	<i>5.382</i>	<i>5.386</i>
<i>REGIÃO CENTRO OESTE</i>	<i>2.771</i>	<i>2.821</i>	<i>2.864</i>	<i>2.882</i>
<i>TOTAL</i>	<i>35.936</i>	<i>36.590</i>	<i>37.290</i>	<i>37.686</i>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES-2020. Nota: Adaptado pela pesquisadora.

As informações colhidas no CNES (2020) demonstram o quantitativo de Unidades Básica de Saúde – UBS distribuídas no Brasil, em seus 5.570 municípios, espalhados nas cinco regiões do país, no período de 2016 a 2019, evidenciando um aumento de 4,8% no número de UBS. Destaca-se, ainda, que a região norte e nordeste, nesse período, foi a que mais cresceu em número de unidades básicas de saúde, com um aumento de 9,5% e 6,0%, respectivamente, ficando a região sul

com 3,2%, o menor índice de crescimento das regiões. O que de acordo com Viana et al. (2017), demonstra que os estados da região Sul, Sudeste e Centro Oeste possuem uma maior concentração de serviços privados de saúde.

Esse quantitativo de UBS expressa a grande desigualdade social que aprendemos a conviver. Segundo o CNES (2020), o estado do Amazonas, possui em seus 62 municípios UBSs com estratégia de saúde da família, com um total de 764 unidades implantadas em funcionamento.

No entanto, acredita-se que é do conhecimento de todos, a existência de uma dispersão da população na região amazônica pela extensão do seu território, o que compromete o acesso da população aos serviços de saúde, pois demanda tempo e alto custo de deslocamento pela malha fluvial do estado, desse modo, refletindo em um ciclo de desigualdade permanente com serviços de saúde oferecidos de forma fragmentada.

Não podemos esquecer que a territorialidade para o cumprimento dessas ações demanda uma programação maior do município, e como bem coloca Viana et al. (2017), estes sofrem com os conchavos políticos e decisões das elites locais que determinam o acesso ao nível secundário ou terciário da saúde enquanto favor político. Desta forma, mesmo que a gestão municipal alcance essa população com os programas de atenção básica fluvial que são oferecidos no Amazonas, observa-se que a integralidade das ações permanece fragilizada ou mesmo negada.

Observa-se, ainda, que mesmo na capital essa fragilidade é uma realidade, como mostram os estudos realizados em Manaus por Martins e Sasaki (2013), os quais apontam que os serviços de saúde oferecido ao usuário que passa pela atenção básica no município, ainda tem baixa resolutividade. O que indica uma nítida necessidade de ampliação dos serviços com intervenções contínuas, equipe multidisciplinar e rede de serviços, exercendo, desse modo, sua função de integralidade.

A média complexidade (nível secundário) da saúde pública é definida pelo Ministério da Saúde, no livro SUS de A a Z (2009), como um conjunto de ações e serviços oferecidos com objetivo de atender aos principais problemas e agravos de saúde, que demandam profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio para diagnóstico e tratamento adequado.

As ações de saúde, na média complexidade, são oferecidas nas Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, Clínicas especializadas em diagnósticos e terapêuticos com especialistas em variadas áreas como: cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumato-ortopedia; radiodiagnóstico; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses, entre outros procedimentos.

Sendo assim, a média complexidade é formada por um conjunto de procedimentos que complementam os diversos diagnósticos de saúde que não alcançaram a resolutividade na atenção básica, exigindo custo tecnológico e recursos específicos que passam a ser oferecidos, historicamente, segundo o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS, 2007), por convênios ou contratos junto à rede privada, com acesso espontâneo ou encaminhamento da população por meio da atenção básica de saúde.

Já o nível terciário ou alta complexidade da saúde pública, ponto de referência do nosso trabalho, segundo Paim (2009), caracteriza-se por ser o nível mais complexo e que exige um alto custo tecnológico e uma maior capacidade de especialização de recursos humanos.

O Ministério da Saúde (2009, p. 32 e 34) traz uma ampla definição do que vem a ser alta complexidade na saúde:

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). (...) Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia.

De acordo com Moreira (2009), o campo da saúde é um espaço político de saberes diferentes, com perspectivas diversas, conflitos e negociações permanentes na arte do cuidar. A alta complexidade da saúde é um desses espaços críticos nos serviços oferecidos ao cidadão.

Por ser o nível mais complexo, exige maior tecnologia, maior capacitação profissional e, por consequência, maior investimento econômico, tanto do poder federal quanto estadual, o que acaba sendo tratado como questão política partidária

com pouca ou nenhuma responsabilidade com o cidadão.

É a alta complexidade da saúde pública que dispõe de serviços como: cirurgias cardíacas, procedimentos oncológicos, cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, procedimentos de neurocirurgia, entre outros, os quais necessitam diretamente de uma estrutura hospitalar mais complexa com equipamentos, tecnologias e equipes de saúde capazes de oferecer ao usuário respostas imediatas as suas necessidades de saúde.

Dados do Relatório Anual de Gestão – RAG de 2018 – SEMSA postos na tabela abaixo destacam o número de procedimentos na assistência da atenção básica, média e alta complexidade oferecidos no município de Manaus, em 2018. A atenção básica ofereceu em procedimentos de prevenção e promoção da saúde 769.008 ações, alcançando o equivalente a aproximadamente 35% da população do município que, em 2018, era de 2.145.444 pessoas, indicando, contudo, que o município investe pouco em promoção e em prevenção, o que vai sobrecarregar os outros níveis da saúde, de média e de alta complexidade.

Na mesma tabela é posto o desempenho da gestão estadual com base nos dados do Relatório Anual de Gestão – RAG de 2019. Como se pode observar, a SUSAM executou mais de 30 milhões de procedimentos na rede ambulatorial especializada e hospitalar, confirmando a alta procura dos serviços de saúde de alta complexidade.

Tabela 3: Comparativo de procedimentos nos três níveis de complexidade na gestão municipal/estadual

	Gestão Municipal (SEMSA)		Gestão Estadual (SUSAM)
Procedimentos	Atenção Básica	Média/Alta Complexidade	Alta Complexidade
Ações de Promoção e Prevenção em saúde	769.008	580.791	167.167
Procedimentos de Diagnósticos	478.841	4.292.395	12.224.908
Procedimentos Clínicos	2.458.588	2.770.429	11.971.701
Procedimentos cirúrgicos	4.020	79.896	681.289
Ações complementares de atenção à saúde	3.726	1.208	348.574
Transplantes de órgãos, tecidos e células	–	–	3.391

Medicamentos	–	–	5.496.348
Órtese, próteses e materiais especiais	–	1.192	14.473
TOTAL	3.823.183	7.725.911	30.907.851

Fonte: Relatório Anual de Gestão- RAG de 2018 da SEMSA/ Manaus. Relatório Anual de Gestão – RAG de 2019 da SUSAM. Nota: Informações compiladas pela autora, 2020.

O processo de gestão do SUS é um desafio compartilhado, sendo sancionado pela Lei 8.142/90. Essa lei apresenta a base do financiamento da saúde e da participação da sociedade no processo de formulação, fiscalização e avaliação das ações de saúde, que passam a ser uma realidade com a formação dos conselhos e comissões gestoras nas decisões tomadas pelo Estado, estados e municípios.

A gestão pública da saúde é exercida por diversos entes governamentais e não governamentais e exige a valorização e o funcionamento adequado dos espaços de representação e negociação dos interesses da sociedade. Cabe aos gestores assumirem a liderança da negociação política voltada para o processo decisório, característica das sociedades democráticas, em defesa da implementação dos princípios e diretrizes do SUS. (NORONHA et al., 2012, p. 445)

Sendo assim, a gestão da saúde, nos três níveis da atenção, caminha junto com uma responsabilidade direta de todos, tendo em vista que a presença de diferentes entes e níveis de funcionamento, planejamento e execução de ações diretas ou indiretas são de competência dos gestores. O que para o autor citado forma um conjunto de conhecimentos e de práticas que, articuladas entre si, almejam alcançar o que preconiza o SUS.

2.3 – A integralidade, Referência, Contrarreferência e Rede de Saúde do SUS

A construção do SUS, como visto anteriormente, foi e permanece sendo fruto de luta coletiva de todos os brasileiros. A universalidade da saúde como posta na Carta Magna e, posteriormente, legitimada na Lei 8080/90, deve ser vista como conquista, mas não podemos esquecer que, até então, há muitos desafios para se alcançar a grandeza dos seus princípios e suas diretrizes.

O termo integralidade não está explícito na Constituição de 1988, pois

no artigo 198 fala apenas de “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas” (BRASIL, 1988). No entanto, a Lei 8080/90 destaca a integralidade como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, que englobam serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade da saúde pública, ou seja, a integralidade da assistência à saúde compõe ações e serviços de saúde com objetivo de atender a promoção, a proteção e a recuperação das necessidades de saúde do indivíduo em sua totalidade.

De acordo com Giovanella (2012), os resultados das ações de saúde, que são dispensadas à população para alcançar a integralidade, depende da organização não somente da sociedade, mas também do governo e do mercado, de modo que tomem para si a responsabilidade pela saúde de forma ampla, alcançando a todos indistintamente em suas necessidades.

A partir de tal pensamento, não se pode esquecer, como bem coloca Paim (2012), que o trabalho em saúde não só envolve tecnologias formadas por equipamentos específicos, medicamentos, instrumentos físicos, como também o trabalho vivo, em que as relações sociais entre os diversos atores são produzidas com objetivo de alcançar a qualidade no cuidado final ao usuário.

Tais tecnologias são descritas pelo autor como duras que tratam da parte organizacional, leves-duras que são os aspectos clínicos, epidemiológicos e a estrutura leve que diz respeito ao acolhimento, escuta, dialogo, entre outros.

Chama-nos a atenção as tecnologias leves, pois há a possibilidade do envolvimento dos vários profissionais da saúde e podem provocar a criação de vínculos, respeito e atenção, o que para Paim (2012, p.479) abre portas para construção de uma relação “mais personalizada e humanizada”.

No entanto, tal estrutura sofre resistência no seu fazer acontecer, pois depende de questões relacionadas à organização da gestão e de recursos humanos condizentes com a qualidade de saúde proposta, os quais implicam em questões éticas, sociais e políticas.

O conjunto dessas estruturas passa a ser oferecido pelos municípios com a organização de consórcios, de forma integrada, com o uso de recursos financeiros, humanos e técnicos, articulados entre si, e que formam uma rede de

serviços de saúde com capacidade de cobertura territorial, em todos os níveis de complexidades e de necessidades no que diz respeito à saúde do cidadão.

Dentro de tal contexto, a análise territorial passa a ser fundamental para o desenvolvimento das políticas públicas, uma vez que ela conduz a pactuação com outros territórios que em uma dimensão coletiva, alcança a formação das RAS com possibilidades de oferecer atendimento inclusivo, sendo eficaz nos vários processos de saúde que abrangem a promoção, a prevenção e a recuperação, nos três níveis de atenção à saúde.

Para Silva (2008), os modelos de RAS em um território devem levar em conta as unidades de saúde, os serviços socioassistenciais e os serviços de apoio de referência e contrarreferência, com objetivo de alcançar a integralidade da atenção. Dessa forma, a construção de RAS é também uma maneira de simplificar o atendimento considerando o deslocamento por vezes desnecessário do usuário e uma maior redução de custos.

Precisamos lembrar que tais objetivos para serem alcançados carecem cada vez mais de uma estrutura tecnológica condizente com esses serviços, como os prontuários eletrônicos e as consultas via videoconferência que, no caso da região amazônica, ainda permanece sendo um dos grandes desafios, pois a dificuldade ou mesmo a inexistência de acesso aos meios de comunicação via internet é uma realidade que permanece longe de ser considerada satisfatória.

É necessário destacar, também, que os municípios que compõem o estado do Amazonas cobrem áreas territoriais imensas, com populações localizadas em comunidades dispersas ao longo dos rios.

Essas populações sofrem com grande dificuldade para alcançar os serviços que são oferecidos em polos específicos com possíveis fragilidades nas ações e serviços, tendo em vista que, em sua maioria, não chegam a oferecer uma integralidade nem mesmo nas ações básicas de saúde, pois a alta complexidade só é oferecida na capital.

Desse modo, quando necessário o deslocamento dessas pessoas até a capital, pode levar horas por meio do transporte fluvial ou aéreo, dificultando o acesso à saúde integral com respostas satisfatória dos serviços de referência e contrarreferência.

2.3.1- A Alta Complexidade e a oferta de serviços à pessoa idosa em Manaus em tempos de COVID – 19.

A mudança no perfil epidemiológico da população brasileira envolve grandes desafios, o que exige respostas adequadas das políticas públicas, especialmente no período dramático em que vivemos de pandemia.

Transição epidemiológica que Chaimowicz (2013) explica como sendo a mudança nos padrões de morbidade, de invalidez e de morte em uma determinada população, em concomitância com as transformações demográficas e sociais. Para o autor, o Brasil aponta algumas particularidades nesse processo como:

A substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas entre as primeiras causas de morte; O deslocamento da carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos; A transformação de uma situação de predomínio de mortalidade para outra em que a morbidade é dominante (CHAIMOWICZ, 2013, p.27).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018) destaca que os indicadores sociais de um país refletem as condições de vida socioeconômica e política de uma sociedade. Pode-se inferir, portanto, que são os indicadores sociais que influenciam a tomada das decisões políticas, promovendo políticas públicas com programas de acesso a bens e a serviços sociais enquanto direito à cidadania, o que reflete nos índices de morbidade e de mortalidade da população.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2020), a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL traçou o perfil das doenças e agravos de saúde na população, considerando as doenças crônicas não transmissíveis - DCNT como um dos grandes problemas da saúde pública. Os números demonstram que, no período de 2006 a 2019, a prevalência de diabetes e de hipertensão passou de 5,5% para 7,4% e de 22,6% para 24,5%, respectivamente, sendo, de fato, doenças que se fazem mais presentes na fase da velhice.

Em meio à pandemia da Covid-19, esses dados merecem destaque, pois como bem coloca Veras (2009) as doenças crônicas acometem em maior proporção a pessoa idosa, com uma chance maior de estarem associadas a outras doenças, como as cardiopatias e a insuficiência renal, passando a ser um quadro típico de comorbidades.

A Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus (Sars-Cov-2) chegou deixando o mundo em alerta quando a Organização Mundial de Saúde, em janeiro de 2020, declara emergência em saúde pública internacional, levando os países a decretarem alerta máximo nos níveis de saúde da população.

No Brasil foi decretada situação de emergência em saúde pública de importância nacional, em 03 de fevereiro de 2020, por meio de Portaria Ministerial nº 188, delegando a gestão da Covid-19 no país a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS.

Já a mudança para o nível de pandemia só foi decretada em 11 de março de 2020 pelo então diretor geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, em Genebra, na Suíça. Segundo a OMS (2020), o mundo já registrava mais de 118 mil casos, em 114 países, alcançando 4 mil mortes até então, o que parecia restrito a países longínquos, passou a ser realidade para todos os povos, sem considerar as fronteiras ou o desenvolvimento econômico.

O primeiro caso confirmado, no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, foi de um senhor paulista vindo da Itália. A partir de então, como em todo mundo, de forma desconhecida e descontrolada, a covid-19 propagou-se muito rápido, trazendo formas e contextos diferentes de enfrentamento.

Em pouco mais de um ano, a pandemia no Brasil trouxe uma realidade de dor e tristeza com o número de casos crescentes. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), no período de fevereiro/2020 a abril/2021, o país acumulou 13.900.091 casos confirmados, com 371.678 óbitos, em decorrência de complicações relacionadas à covid-19. Os números apresentados diariamente de contaminação e de morte nos foge ao controle de acompanhamento, chegando a pôr em dúvida sua veracidade.

O desajuste político, nos três níveis de governo, junto a sociedade fragilizada e desacreditada faz-nos caminhar para uma tragédia humana sem precedentes na história do país. A saúde pública escancara suas fragilidades e é demonstrado o descaso com a coisa pública tão vilipendiada, negligenciada e até mesmo desprezada como “serviço para pobre”.

Para Dias (2020), a pandemia do Coronavírus não afetou a todos da mesma maneira. A pessoa idosa, de forma direta, foi a primeira a sofrer as

contingências impostas à sociedade com o isolamento social, passando a conviver com uma visão de morte iminente, acarretando mais um estigma.

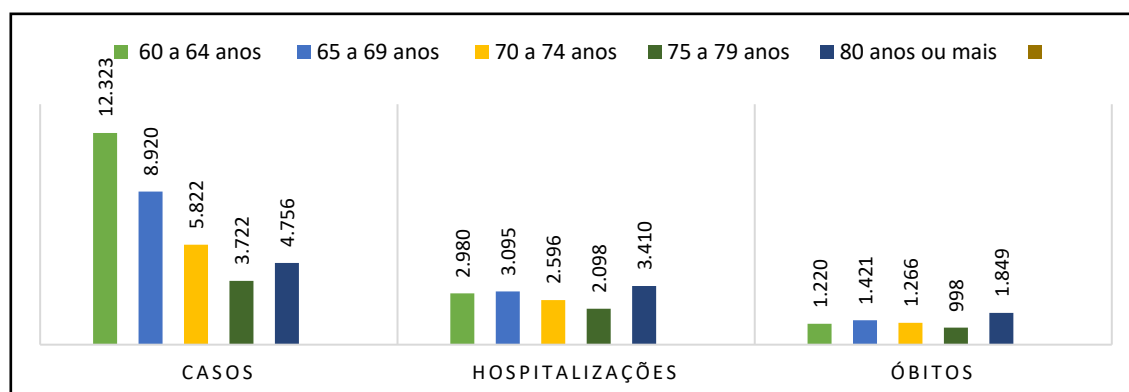
Além disso, o coronavírus passou a ser associado à pessoa idosa que permaneceu invisível com o “fique em casa”, desconsiderando suas fragilidades, suas impossibilidades, suas possibilidades e suas necessidades, especialmente nos casos de saúde.

Na região norte, o vírus chegou ao Amazonas em março de 2020, mais precisamente em Manaus, propagando-se de forma devastadora por todas as classes sociais, acometendo de forma mais avassaladora a pessoa idosa.

De acordo com o boletim epidemiológico nº 59 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), a maior taxa de mortalidade do coronavírus está na região norte, com o estado do Amazonas, ultrapassando 293 óbitos /100 mil habitantes.

O estado registra mais de 340 mil casos, ultrapassando 11 mil mortes por coronavírus. Esses números já estão defasados à medida que os casos se intensificam de forma descontrolada, e a presença do Estado se mostra ineficiente, em especial na saúde pública precarizada pelo descaso de sucessivos governos.

A FVS/AM, em março de 2021, exatamente um ano após o primeiro caso, divulgou nos dados epidemiológicos de monitoramento da Covid-19 que o estado ultrapassou a contagem de 35.500 casos de pessoas idosas contaminadas, com mais de 14 mil hospitalizações por coronavírus. Essa triste realidade alcançou a população idosa de forma trágica, com 4.038 mortes, somente nos três primeiros meses de 2021.

Gráfico 04: Monitoramento da covid-19 em idosos no estado do Amazonas

Fonte: Fundação de Vigilância em Saúde –o FVS/AM - Transparência COVID-19, Painel de Monitoramento de idosos - COVID-19 – 19 de março de 2021. Nota: Adaptado pela pesquisadora (2021).

Os números impressionam e chamam a atenção para as comorbidades, pois como cita Dias (2020), o grande número de casos graves da covid-19, que tem como resultado o óbito, estão relacionados com as pessoas idosas e as suas múltiplas comorbidades, levando em consideração sua maior fragilidade com cardiopatias, diabetes e obesidade associadas.

Dentro desse universo, Manaus passou a ser o epicentro da pandemia, no Brasil, em fevereiro/março de 2021. Dados apresentados, em relatório, pela SEMSA (2021) reconhecem que a capital amazonense, em março de 2021, tinha 26.096 casos confirmados de covid-19 somente em pessoas acima dos 60 anos de idade, com o número de óbitos ultrapassando cinco mil mortes, confirmando, desse modo, que o maior percentual de mortes na população apresenta-se nas pessoas com idade acima dos 70 anos.

Tabela 4: COVID -19 em Manaus/AM – 2021

	CASOS CONFIRMADOS		ÓBITOS CONFIRMADOS	
Crianças (até 12 anos)	5.396	3,4%	37	0,4%
Adolescentes (13 a 17 anos)	3.412	2,2%	15	0,2%
Jovem (18 a 24 anos)	12.237	7,8%	52	0,6%
Adulto (25 a 28 anos)	13.713	8,7%	73	0,9%
Adulto (30 a 39 anos)	34.329	21,9%	379	3,5%
Adulto (40 a 49 anos)	35.972	22,9%	879	10,5%
Adulto (50 a 59 anos)	25.659	16,4%	1.330	15,9%

Idoso (60 a 69 anos)	15.215	9,7%	2.096	25,1%
Idoso (70 anos ou mais)	10.881	6,9%	3.489	41,8%
Não informado	107	0,1%	-	-
TOTAL	156.91	100%	8.356	100%

Fonte: Relatório Covid-19 Manaus – Informações e indicadores 2021.

Para Dias (2020), os dados reforçam a necessidade de proteção social dessa população, caso contrário a pessoa idosa passa a ser vista como responsável em um processo de culpabilidade da vítima, quando é negado por governos sucessivos, políticas públicas capazes de oferecer dignidade à pessoa idosa.

Os números revelam a desproteção dessa população, associados com a negação, a descrença, o ceticismo e a omissão por parte dos gestores e da própria sociedade que embarcou na onda de uma “gripezinha” e, sem dúvidas, o vírus está provando seu poder de letalidade, principalmente nas populações mais vulneráveis e desprotegidas de qualquer tipo de assistência, como os idosos, que vivem em situação de desamparo, e, muitas vezes, tornam-se invisíveis para o poder público que delega a responsabilidade para a família e a para a sociedade.

Para Dias (2020), a redução de investimentos no campo social matará bem mais, caso medidas emergenciais não sejam implementadas com responsabilidade. A guerra política instalada, nega o direito do cidadão a condições dignas de saúde com a integralidade que o momento exige.

A pandemia, no Brasil, transforma-se não só em caso de saúde pública de extrema emergência com todas as suas implicações, número de leitos insatisfatórios, falta de insumos, recursos humanos, informação, prevenção, acesso a bens e serviços, como alimentação, passando, desse modo, a ser tratada com uma politização jamais presenciada.

Kalache et al. (2020) lembram que o SUS, ao longo de três décadas, sofreu com cortes financeiros sucessivos e com o sucateamento à beira do colapso por excesso de demanda. Agora com a pandemia, também procura oxigênio para aguentar a carga de uma população que clama por socorro, sobrecarregando o sistema em todos os níveis de atenção da saúde, sendo mais clara essa sobrecarga nos hospitais de alta complexidade.

Alta complexidade que, em todo estado do Amazonas, como sabemos, somente é oferecida na capital do estado, comprovando o pensamento de estudiosos como Santos et al. (2017), quando destaca a concentração de tais serviços nas regiões sul e sudeste, onde existe uma disponibilidade maior de recursos humanos e de infraestrutura, intensificando as desigualdades regionais na oferta dos serviços de saúde.

Kalache et al. (2020) chama a atenção para o aumento da mortalidade por outras causas com a alta demanda e a prioridade de atendimento dos serviços de saúde a pacientes com coronavírus, especialmente quando consideramos os hospitais de grande porte que, mesmo antes da pandemia já tinha uma carência de leitos clínicos, de unidades de terapia intensiva (UTI), de unidades de cuidados intermediários (UCI) e de suporte de recursos humanos com um número reduzido ou inexistente de equipe multidisciplinar necessária para oferecer saúde de forma integrada.

Devemos considerar que a região amazônica, por sua extensão territorial, possui dificuldade de acesso aos centros polos de saúde dentro dos consórcios municipais e, por não terem atendimento adequado, a população acaba buscando o conhecimento tradicional das comunidades, a fim de alcançar um alívio nas suas necessidades de saúde. O que nos leva a acreditar que no momento atual de pandemia, muitos não tiveram acesso à saúde, inclusive com agravamento da doença e aumento no número de mortes pela covid-19.

A emergência sanitária da Covid-19 veio escancarar as mazelas sociais do país. Os desafios são postos diariamente com as formas de prevenção negligenciadas ou mesmo com o negacionismo da doença. Para alguns, as recomendações da saúde com base em dados da OMS, como o distanciamento social, a higiene das mãos e o uso da máscara podem ser entendidos de forma simples com condições satisfatórias de execução.

Já para outros, sobreviver ao vírus faz parte do desafio diário de resistir à fome e à miséria, problemas esses também associados à ausência do poder público que negligencia ações diretas de prevenção no controle do vírus, como o uso da máscara e da vacina, negando, desse modo, a emergência sanitária do pa

CAPÍTULO III

A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ALTA COMPLEXIDADE: UM ESTUDO DE CASO NO HPSJL

Neste capítulo, damos visibilidade aos serviços de saúde realizada pela equipe multidisciplinar da saúde, em especial os serviços que são direcionados às pessoas idosas atendidas no hospital de emergência e urgência, na cidade de Manaus.

Começamos analisando a importância da assistência hospitalar na saúde pública, pois segundo Neto et al. (2012, p.577) “é nessas instituições que a maior parte das pessoas continua a nascer, receber assistência em situações mais graves e, também, a morrer”.

Ademais, seguimos com a caracterização do lócus da pesquisa que nos traz a compreensão da complexidade dos serviços de saúde que são demandados e suas limitações vivida pelos profissionais que de forma direta, oferece os serviços, e pelos usuários que fragilizados em seu momento de agravo de saúde, recebem os serviços, por vezes, de forma fatiada sem o devido acompanhamento.

A equipe multidisciplinar é apresentada, no capítulo, como sendo a possibilidade de interação de conhecimento entre as diversas profissões, como serviço social, enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição e psicologia, as quais devem formar uma rede de relações, com objetivo de cuidar do usuário dentro de suas diversas necessidades.

Por fim, o capítulo apresenta os desafios e avanços que a equipe multidisciplinar, possivelmente, vivencia no âmbito hospitalar, onde a matéria prima do seu trabalho é oferecer um cuidado ampliado ao usuário, o que nem sempre acontece de forma integral, como mostra os achados da pesquisa.

Dessa forma, quer seja no aspecto profissional, financeiro, estrutural, tecnológico ou mesmo em sua representatividade social, o hospital é apontado pela equipe, como símbolo maior de tratamento e cura das doenças.

3.1 Desafiando a alta complexidade: caracterização do HPSJL e os serviços especializados demandados à pessoa idosa

Os serviços da alta complexidade da saúde, como já foi exposto anteriormente, demanda alta tecnologia, alto custo financeiro, serviços qualificados, incluindo também a reabilitação de danos e agravos, com uma rede de serviços que deve ter uma interligação com o nível secundário e com a atenção primária da saúde.

Chioro e Solla (2012, p.556) apontam que,

A política nacional de alta complexidade tem por objetivo propiciar o acesso da população a serviços qualificados de alta tecnologia e alto custo, considerando a integração com a atenção básica e média complexidade, a diminuição das iniquidades regionais e a cooperação técnica com os gestores estaduais e municipais.

Os autores seguem colocando que a alta complexidade caminha se estruturando por meio das redes organizadas a nível estadual e municipal, passando a oferecer uma oferta maior nos serviços de saúde.

Nesse sentido, o nível terciário da saúde é oferecido em instituições hospitalares que segundo Neto et al. (2012), são classificadas de acordo com alguns critérios, entre eles a capacidade do número de leitos de internação, perfil de assistência à saúde, complexidade, papel na rede de serviços que pode ser hospital local; hospital regional; ou hospital de referência estadual ou Federal. A rede hospitalar também é demarcada de acordo com o nível de atendimento e dos serviços que são oferecidos, como clínica médica, clínica geral ou clínica especializada.

De acordo com Ministério da Saúde (2009), a definição do que vem a ser hospital refere-se a estabelecimentos de saúde pública ou privada, que formam a rede conveniada do SUS e que são certificadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, como instituições de atenção à saúde, formando espaços de referência da atenção à saúde para a alta complexidade, para a formação de profissionais e para o desenvolvimento tecnológico e científico da saúde.

Definição que se torna mais ampla com a Portaria de nº 3.390/2013 que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) que passa a tratar hospital Art. 3º como sendo

Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de

caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Na capital do Amazonas, segundo o Relatório Anual de Gestão da SES (RAG-SES/AM, 2020), a rede de assistência à saúde conta com 57 estabelecimentos de saúde sob sua coordenação em Manaus, dentre estas estão os hospitais de referência da alta complexidade para todo o estado que são o Hospital e Pronto Socorro 28 de agosto, Hospital e Pronto Socorro Dr. Aristóteles Platão Bezerra de Araújo, Hospital Delphina Rinaldi Abdel Aziz e o Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, sendo este lócus desta pesquisa.

Para Rollo (2007, p.321) “os hospitais são importantes equipamentos na garantia da equidade, integralidade da assistência e na defesa da vida”. O espaço institucional que abriga o hospital também é visto como espaço político, pois envolve instituições, interesses e saberes diversos que comportam singularidades.

A rede hospitalar projetada cada vez mais para abrigar um maior número de pacientes dentro da assistência à saúde prioriza as altas tecnologias e aparatos, prevalecendo de acordo com Neto et al. (2012), uma ideologia marcada por práticas focadas no modelo hospitalocêntrico, que concentra os serviços ainda no hospital.

Tal pensamento é complementado por Rollo (2007) que cita que a instituição hospitalar, permanece sendo vista como a principal unidade do sistema de saúde, ficando os níveis básico e secundário como “algo muito básico”, o que denota uma relação de superioridade em relação aos outros níveis de atenção, quando na verdade, deveria ser de parceria, de troca, em busca de uma soma, com objetivo de levar resolutividade aos agravos demandados pelos usuários.

Resolutividade que segundo Chioro e Solla (2012), alcança 5% na alta complexidade desenvolvidas nos hospitais, ou seja, os níveis básico e secundário abarcam quase a totalidade dos procedimentos oferecidos pelo SUS cumprindo um papel relevante nos problemas de saúde da população.

Conforme Rollo (2007, p.333), a questão da resolutividade está diretamente ligada à parte tecnológica da unidade hospitalar. Este “deve estar

capacitado com recursos tecnológicos e humano para dar respostas efetivas aos agravos de saúde de seus pacientes com resolutividade diagnóstica e terapêutica no tempo ótimo que o caso exige”.

De acordo com Franco e Magalhães Junior (2007), a alta complexidade hospitalar permanece sendo um ponto de estrangulamento do sistema de saúde, haja vista que existe uma demanda alta com longas filas de espera por procedimentos considerados de alto custo.

É importante ressaltar que o alto custo dos serviços não pode ser entendido como única justificativa para a negação na oferta e resolutividade dos serviços que são oferecidos a população.

A negligência com os hospitais, em especial o hospital público, perpetua-se por décadas, com filas de espera para atendimento clínico, diagnóstico e cirúrgicos eletivos ou não, que se transformaram em filas *online*, praticamente inalcançáveis, e que com o momento atual de pandemia de coronavírus, foram transformadas em sofrimento e dor para todos que tiveram seu direito à saúde negado.

Desse modo, nosso caminhar na pesquisa tem como locus um hospital referência na alta complexidade, no estado do Amazonas, o Hospital e Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado – HPSJL, localizado na Av. Cosme Ferreira – Coroado – zona leste da capital amazonense. E encontra-se registrado com o número 2019574, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, como unidade de urgência e emergência.

O HPSJL iniciou sua prestação de serviços de saúde à população amazonense há 22 anos, inaugurado em 25 de setembro de 1998 com atendimento de urgência, emergência, traumas e internações, consagrando-se como hospital referência do SUS para todo estado do Amazonas.

Com relação à estrutura física, segundo dados do CNES (2021), o HPSJL possui salas cirúrgicas, sala de recuperação, unidade de terapia intensiva, consultórios médicos, sala de acolhimento com classificação de riscos, sala de gesso, sala de higienização, sala de pequena cirurgia, enfermarias femininas, enfermarias masculinas, sala de atendimento crítico, sala de esterilização, serviços de apoio (farmácia, lavanderia, necrotério, serviço de nutrição, same, serviço de

manutenção e sala do Serviço Social). Toda essa estrutura, durante nossa pesquisa de campo, passa por reforma e ampliação.

O HPSJL não pode ser visto somente como referência em traumatologia, pois de acordo com dados do CNES (2021), é oferecido uma gama de serviços especializados, como o atendimento a pacientes com doença renal crônica, serviço de neurologia/neurocirurgia, diagnósticos clínicos, diagnósticos por imagem, diagnósticos métodos gráficos dinâmicos, serviço de endoscopia, fisioterapia, hemoterapia, reabilitação, nutrição, serviço social, terapia intensiva, urgência, emergência, transplante, serviço de atendimento cardiovascular/cardiologia, serviço de atendimento domiciliar e os serviços das comissões com revisão de prontuários, segurança do paciente, notificação de doenças e controle de infecção hospitalar.

Torna-se relevante destacar que, de acordo com a RAG/SUSAM (2019) o número de leitos para internação hospitalar em todo estado do Amazonas, em 2019, chegou a 5.684 leitos, sendo a maioria (86%) de leitos SUS, o que equivale a 1,3 leitos por 1.000 habitantes. Esse percentual é bem abaixo do restante do país que conta com aproximadamente 2,3 leitos, ficando, portanto, bem distante do percentual recomendado pela OMS, que considera 2,5 a 3,0 leitos para cada 1000 habitantes.

No que se refere ao número de leitos do HPSJL considerados oficiais, ou seja, leitos com cama, suporte de oxigênio e estrutura física adequada consideradas pelo CNES, estes sofrem uma oscilação a partir de 2019 com a pandemia em curso que demandou abertura de novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva e perda de leitos nas diversas especialidades, principalmente na clínica neurológica e ortopédica.

Tabela 5: Quantitativo de leitos no HPSJL – SUS

Número de Leitos - Hospital e Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado – HPSJL			
Período	2019	2020	2021
Unidade De Isolamento	02	02	02
Uti – Adulto	28	28	28
Uti-Adulto – Covid 19			15
Buco Maxilo Facial	05	05	02
Cirurgia Geral	30	30	44
Neurocirurgia	55	55	30
Ortopediatraumatologia	25	25	20
Clinica Geral	70	77	77
Nefro-urologia	02	-	-
Total	217	222	218

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/2021.

Segundo informações coletadas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do HPSJL, o número de pacientes atendidos na urgência, no período de 2018 a 2020, alcançou o total de 252.667 de pessoas vinda de todo estado do Amazonas, como demonstra a tabela abaixo. Esse dado chama a atenção, pois houve uma redução drástica no número de atendimento em 2020 justificada pela pandemia em curso, que teve seus números contabilizados de forma diferenciada, mas se nota que a população ficou sem atendimento ou desamparada para outras doenças no período.

No caso do atendimento cirúrgico da unidade, os números demonstram uma redução considerável para o período, em todas as especialidades que tem o HPSJL como referência no estado. No período de 2018 e 2019 o acúmulo de cirurgias realizadas foi superior a 27.000 procedimentos, entretanto, em 2020, esses números foram reduzidos a 3.526 atendimento cirúrgico para pacientes vindo de todo estado do Amazonas.

Tabela 6: Atendimento de Urgência e Atendimento Cirúrgico – HPSJL– No período de 2018/2019/2020

Atendimento Urgência	2018	2019	2020	Atendimento Cirúrgico	2018	2019	2020
Clínica Médica	95.584	94.662	-----	Cirurgia Geral	6.845	1.771	1.422
Neurologia	965	579	-----	Cirurgia Ortopédica	7.502	1.139	1.193
Cirurgia Geral	6.845	7.828	4.370	Cirurgia Vascular	1.095	337	267
Nefrologia	429	333	66	Cirurgia Neurológica	88	811	548
Ortopedia	7.502	6.111	4.348	Outras	7.751	61	96
Cirurgia Cabeça/Pescoço	597	459	127				
Buco-Maxilo	1.095	1.012	741				
Cirurgia Vascular	88	42	30				
Neurocirurgia	7.751	6.910	4.193				
TOTAL	120.856	117.936	13.875	TOTAL	23.281	4.119	3.526

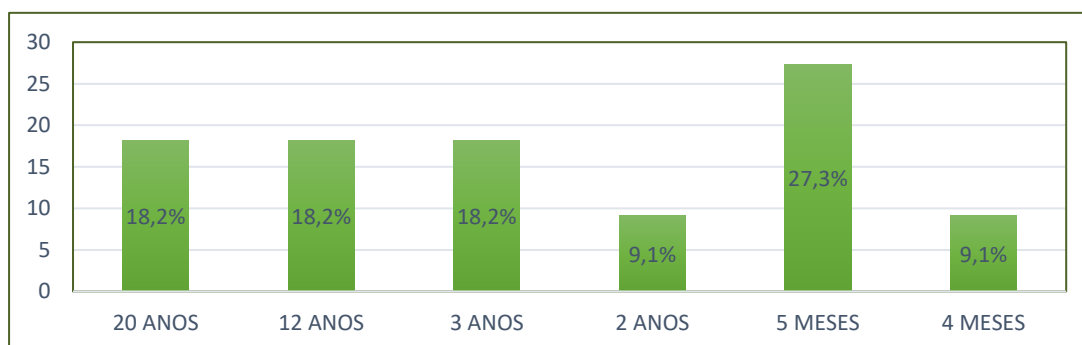
Fonte: SAME/Contas – AGFA/FATHUS - 13/05/2021.

Nota: Adaptada pela pesquisadora (2021).

Dados disponibilizados pelo CNES/2021 informa que o Hospital e Pronto Socorro João Lúcio, conta com 812 médicos, nas diversas especialidades, e 840 ocupações classificadas como outros profissionais de nível superior.

De acordo com a pesquisa de campo, os profissionais concursados somam 54% dos entrevistados e 46% exercem suas funções profissionais vinculados a contratos por tempo de serviço, por meio de cooperativas, sendo a maioria na forma de plantão, o que demonstra a fragilidade na construção de vínculo e no planejamento das ações que são oferecidas.

O gráfico abaixo demonstra servidores contratados com mais de uma década de serviços prestados e 36% dos servidores exercendo suas funções de forma recente frente a urgência de profissionais da saúde na unidade.

Gráfico 5: Tempo de função no HPSJL

Fonte: pesquisa de campo, 2021

Cecílio (2007) proporciona-nos uma reflexão sobre as dificuldades em oferecer uma assistência à saúde nos hospitais públicos, citando alguns entraves que não contribuem para efetivação da saúde pública. Dentre os pontos citados, o autor aborda sobre salários precarizados, número insuficiente de profissionais capacitados, descompasso da categoria médica em relação ao projeto do SUS e o descaso do setor privado com a classe menos favorecida, que depende cada vez mais da saúde pública. Esses pontos, para Rollo (2007), contribuem para uma restrição maior na fixação de profissionais especializados no hospital público.

No Amazonas, o Relatório Anual de Gestão da SES (RAG-SES/AM, 2020) traçou o perfil de morbidade da população e destacou que, em 2019, os casos de urgência e emergência foram responsáveis por 199.987 internações hospitalares. Internações que em 2020 registrou uma queda considerável, pois chegou a 180.532 casos, com os maiores índices de internações relacionados à gravidez, parto e puerpério com 37,18%; doenças infecciosas e parasitárias 13,45% e as doenças do aparelho digestivo com 8,36% dos casos de internação.

O mesmo relatório também aponta os números de mortalidade no Amazonas, que em 2019 chegou a 18.327 óbitos, em todo estado, com as doenças circulatórias ocupando o primeiro lugar no número de mortes, com 3.386, a maioria por acidente vascular cerebral com 1.248 mortes. Esses números representam altas taxas de internação na rede hospitalar do Amazonas.

De acordo com a SUSAM (2019), o perfil do paciente atendido no HPSJL são os jovens decorrentes de acidentes com politraumas e as pessoas idosas com morbidades e sequelas de variadas patologias, como diabetes, hipertensão,

acidente vascular cerebral e pacientes acometidos com vasculopatias (pé diabético). Esses usuários são atendidos, primeiramente na clínica médica ou cirúrgica, e quando internados necessitam de acompanhamento direto de vários profissionais especializados que formam a equipe multidisciplinar.

Os casos de morbidade da saúde apresentados estão em consonância com os dados apresentados pela OMS (2018), que trata as DCNT como um dos grandes problemas da saúde mundial. As DCNT são citadas como as responsáveis, em 2016, por quase 18 milhões de mortes no mundo, desse total 85% por doenças cardíacas e acidente vasculare cerebral – (AVC).

Nota-se que essa realidade também se aplica ao Brasil, e não podemos esquecer que as pessoas idosas são consideradas como o grupo de maior vulnerabilidade, pois estão mais propensas a sofrer com as comorbidades de saúde, em consequência disso, são as que mais utilizam os serviços de saúde.

Entretanto, a grande maioria das DCNT, como diabetes e hipertensão, não podem ser associadas à condição de velhice e, menos ainda, podem ser marcadas como incapacitantes. De fato, o que torna essas doenças incapacitantes são seus agravos que passam a exigir mais de todos os envolvidos, família, sociedade e Estado. Agravos que na condição de velhice, podem se prolongar com altas taxas de internação, custo maior e sofrimento permanente para a pessoa idosa.

Comprovando esse quadro a pesquisa revela que os maiores agravos de saúde que levam a pessoa idosa a ser hospitalizada no HPSJL é o Acidente Vascular Cerebral - AVC, pé diabético, diabetes e hipertensão. Trauma, queda, infecções e *delirium* foram citados em menor número. Uma PP2 fala em rebaixamento emocional, reatividade quanto aos cuidados da equipe que envolve a limpeza e procedimentos clínico que geram dor.

Contudo, as necessidades de saúde identificadas pelos profissionais abrangem várias situações em que se percebe a precariedade de acompanhamento de saúde dessa população. A doença patológica é citada por alguns profissionais (PA1; PA2; PE1; PM1 e PM2) como única necessidade que precisa ser tratada no paciente, demonstrando, desse modo, que a perspectiva flexneriana ainda permanece muito presente na saúde pública, e sabemos que já

não cabe mais conceber saúde como simplesmente ausência de doença.

Para outros profissionais, essa visão limitante de saúde/doença passa por outras necessidades e são identificadas como:

- Atenção básica com acompanhamento, psicologia, controle de saúde e atenção (PE2);
- Necessitam cuidados, pois a grande maioria possui limitação funcional e/ou incapacidade severa em decorrência de uma AVC (PF1);
- Desnutrição (PN1);
- Orientação e acompanhamento terapêutico e preventivos pós internação(PN2);
- Necessidade da presença de alguém para ouvi-la; Necessidade de exercer sua autonomia (PP1);
- Necessidades psicoafetivas, autocuidado, orientações. (PP2)

Os profissionais consideraram também que os agravos citados são tratados no âmbito hospitalar voltados na centralidade do tratamento da doença de forma imediata, sendo posto por PE1 e PN1 que o tratamento segue com o uso de medicamentos, acompanhamento diário em prontuário eletrônico e uso de todos os mecanismos para manutenção da vida, já o PF1 aponta que os serviços são oferecidos de acordo com as condições de trabalho disponível.

- No pronto socorro tratamos apenas a emergência. Quanto menor o tempo de hospitalização, melhor o prognóstico do paciente, sempre estamos lotados, muitos idosos ficam mal alocados em macas nos corredores. Temos poucos hospitais terciários e de retaguarda para receber os pacientes. (PM2)
- Tratada apenas a doença e não os fatores conjunturas da vida desse paciente. Como alimentação, estilo e qualidade de vida. (PA1)

Chama nossa atenção a fala do PP1, que cita a resistência à escuta, tendo como justificativa maior a sobrecarga profissional que acaba gerando uma *“pouca tolerância a ouvir e buscar compreender o que está gerando sofrimento no paciente”*. Ressaltando que o profissional foi o único que citou a pessoa idosa e sua subjetividade enquanto ser humano impregnado de desejos e sentimentos vivos.

Carvalho e Buss (2012) ao refletir sobre a saúde, afirmam que a saúde e a doença não podem ser tratadas apenas na perspectiva física ou biológica, pois estes também sofrem influências das relações sociais e econômicas, as quais irão contribuir para outros aspectos importantes, como alimentação e educação, desse modo, refletindo diretamente em qualidade de vida com saúde, que não quer dizer

ausência de doença.

Segundo o pensamento de Rollo (2007, p.327), a visão limitante do profissional da saúde, em valorizar sempre a dimensão biológica no processo de cura da doença, acaba “empobrecendo a prática clínica”, pois se limita a três aspectos: a doença, o diagnóstico e como tratar. Ficando outros aspectos considerados determinantes da saúde, esquecidos ou negligenciados, como as questões econômica, psicológica e social, que vai implicar diretamente na forma como esse paciente irá encarar, tratar ou negar sua condição de doente.

Quando nos referimos ao tratamento pós internação, nem todos entenderam como alta hospitalar, alta médica e social. Assim, somente 36% dos profissionais entenderam o questionamento como alta hospitalar, com um PA1 colocando que “não acompanhamos pós internação por se tratar de pronto socorro”, já PM2 e PE1 citaram o encaminhamento para o CAIMI, uso de medicamentos e instrução aos familiares.

Além disso, os demais profissionais, PA2; PM1; PP1; PP2; PE2; PN1; PN2 e PF1 mencionaram o acompanhamento diário ao usuário ainda na enfermaria, também o acompanhamento por meio de prontuário eletrônico, encaminhamento para semi-intensiva ou UTI, manejo do luto (perda de membro), orientação para o auto cuidado e da saúde mental, acompanhamento permanente, observação de intercorrências e evolução diária do paciente.

Dentro desse contexto, a saúde pública permanece longe de alcançar o que vislumbrou o Movimento Sanitário, na década de 1980, o qual ganhou destaque por meio da Lei 8.080/90, em seu Art. 2º, que destaca a saúde como direito de todos e que o Estado deve prover as condições para que isso aconteça, ainda deixando claro que

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação

A fala dos respondentes, além de focalizar a doença como ponto específico da saúde, também demonstra a fragilidade ou ausência de intersetorialidade das políticas públicas, que nem mesmo chegam a ser citadas. Denota-se, portanto, um descompasso daquilo que é preconizado na CF/1988 e a

na própria Lei Orgânica da Saúde quando dispõe sobre as condições de promoção, prevenção e recuperação da saúde, articulada a todas as outras políticas públicas.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI regulamentada em 1996, permanece sendo esquecida, e nem mesmo o Pacto pela saúde de 2006, que tem como uma de suas prioridades a pessoa idosa, conseguiu trazer a PNSPI para a prática da saúde pública, assim também como a Política Nacional de Humanização-PNH, que existe desde 2003 e que deveria se fazer presente em todas as ações e serviços desenvolvidos pelo SUS.

A PNSPI, quando conceitua saúde para a pessoa idosa, deixa claro que se refere muito mais à condição de autonomia e independência do indivíduo para as atividades diárias do que propriamente a ausência ou presença de doença biológica. Isso mostra que a necessidade de saúde da pessoa idosa pode ser, em sua maioria, trabalhada na atenção básica de saúde com acompanhamento de equipe multidisciplinar, a fim de que se perceba a pessoa idosa de forma completa com necessidades que vão além de uma consulta médica.

Precisamos lembrar que as políticas públicas de saúde, como as citadas anteriormente, vêm colaborar para que mais pessoas idosas alcancem uma idade maior com uma qualidade devida melhor. Para tanto, os determinantes sociais de saúde como alimentação, moradia, educação, saneamento e acesso a serviços essenciais de saúde, entre outros, ainda permanece sendo um privilégio de uma minoria da população idosa que ao longo da vida, conseguiu angariar condições dignas de vida e trabalho para usufruir na velhice.

3.2 A equipe multiprofissional do hospital e a rede assistencial da saúde no Amazonas

A Política Nacional de Humanização – PNH implantada, em 2003, traz uma reflexão sobre o olhar fragmentado, individualizado do profissional da saúde e a necessidade de se construírem intervenções que identifiquem nos sujeitos todas as dimensões que envolvem a saúde, isto é, um atendimento assistencial em que o usuário seja visto de forma ampla com acompanhamento biopsicossocial.

A PNH assume o compromisso com alguns princípios ordenadores para efetivar um cuidado humanizado na saúde que, de acordo com Deslandes (2009),

é um ethos de cuidado, sendo uma prática com ética e identidades. Para isso, profissionais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e técnicos nas diversas áreas, passam a formar uma equipe multidisciplinar que interage e elabora, em conjunto, um plano de cuidado para cada usuário.

Os serviços de saúde desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar se constituem-se, seguindo o pensamento de Franco e Merhy (2013), em uma rede de relações que alcançam todos os níveis de atenção do cuidado, quer seja em uma Unidade Básica de Saúde – UBS, no nível de atenção primária, quer seja nos níveis seguintes de atenção, secundário e terciário na rede hospitalar na alta complexidade.

De acordo com Franco (2007), as instituições de saúde possuem um conjunto macro e micro organizacional que dirige a forma como os serviços de saúde chegam ao usuário. Desta forma, seguindo a lógica da PNH, destaca-se o objetivo da equipe multiprofissional ou equipe de referência como sendo o de prestar serviços de saúde nas várias especialidades a uma clientela dentro de uma matriz organizacional.

Seguindo o pensamento de Franco e Merhy (2013), a equipe multiprofissional passa a ocupar um espaço permanente e nuclear nos serviços de saúde, que são oferecidos à população com uma nova forma de agir e interagir, o que leva a uma maior interação de saberes e práticas, tendo como foco principal o usuário.

A inclusão de novos conhecimentos, de novas especialidades no agir do cuidado na saúde permite que a integralidade das ações seja oferecida de forma a contemplar as reais necessidades do usuário, pois envolve um saber coletivo com objetivo único, rompendo, desse modo, com o trabalho tradicional que atende a interesses de um modelo hegemônico de saúde.

Mattos (2009, p.371) aponta que,

(...) quando aplicada à organização dos serviços de saúde, envolve o esforço de construir o arranjo de práticas dentro de um serviço, assim como o arranjo dos serviços de modo que estes propiciem a realização de encontros pautados pela integralidade. Isso significa colocar o usuário no centro das discussões sobre quais seriam os melhores arranjos dos

serviços, ou melhor, significa afirmar que os arranjos devem ser os melhores para os usuários.

Desse modo, os usuários teriam voz e vez nas suas demandas de serviços de saúde nas unidades específicas.

De acordo com Rollo (2007), é necessário caminhar com diretrizes a fim de favorecer e responsabilizar a criação de vínculos dos profissionais de saúde com os usuários. É sugerido que cada usuário deve ter um profissional responsável por ele e que as equipes de saúde formadas por médico, enfermeiro e técnicos, também disponham de outros profissionais como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, que possam construir juntos um plano terapêutico para cada usuário com a evolução sendo registrada em prontuário único, sem a “fragmentação do processo de trabalho” o que vai favorecer a desalienação dos serviços.

Apesar da deficiência de profissionais efetivo, 90% dos participantes concordaram que existe uma equipe multidisciplinar no HPSJL formada por profissionais do serviço social, enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição e médicos que atendem as pessoas idosas tanto na clínica médica como na clínica cirúrgica.

No entanto, a autonomia profissional para o desenvolvimento dos seu trabalho, foi posta por 73% dos profissionais como sendo uma autonomia relativa, e somente 27% consideraram possuir autonomia plena para executar seu trabalho na instituição.

Quando associamos a questão seguinte que faz referência à avaliação dos profissionais sobre os serviços que são oferecidos pela equipe multiprofissional, pouco mais de 54% concordaram que é bom, 27% consideraram regular e com o mesmo percentual de 9% classificou os serviços como excelente ou como ruim.

Chamou nossa atenção os comentários que foram livres e as respostas de PM1, PP1 e PN2 que não comentaram a questão e conceituaram o atendimento como “bom”.

- O planejamento inexistente, a demanda é maior do que a capacidade de atendimento o que gera problemas de insuficiência de insumos, profissionais. (PA1)
- Não existe a cultura do atendimento multidisciplinar. Ele ocorre de

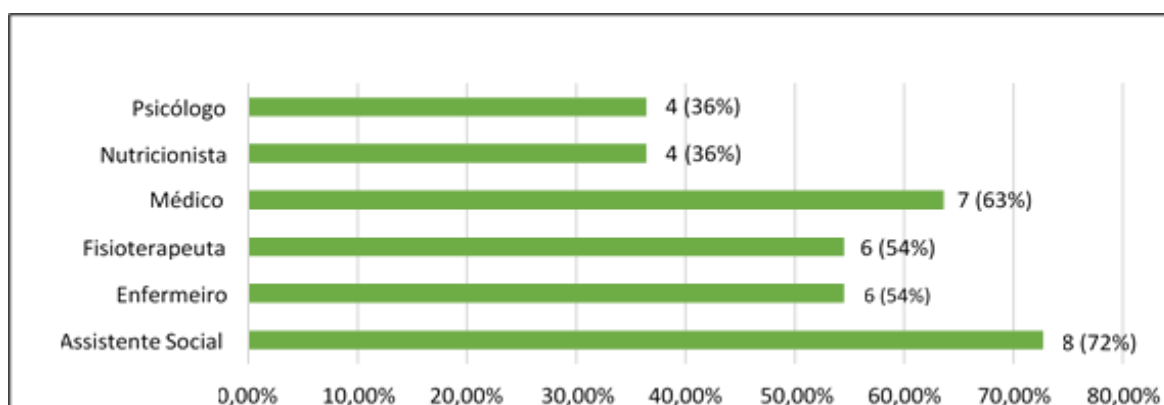
- forma muito eventual e casual. Não há nem espaço, nem horário para a realização de atendimento multidisciplinar. (PP2)
- Não conseguimos planejar em equipe multidisciplinar, a discussão é pulverizada. (PA2)
 - A instituição busca estar preparadas para todas as adversidades que o paciente possa trazer, mas as limitações estão também na instituição. (PE1)
 - Todos fazem o seu papel de modo a contribuir. (PE2)
 - A equipe faz o seu melhor dentro das nossas condições de trabalho. (PF1)
 - Com toda situação de falta de mão de obra. Ainda a um esforço dos profissionais presentes que fazem a diferença na internação/ evolução/ processo de alta do paciente. (PN1)
 - Não há um serviço especializado para a população idosa. (PM2)

Percebe-se que, ao expressar esse entendimento, a equipe multiprofissional existe teoricamente, mas permanece longe de alcançar seus objetivos, como cuidar de forma integral do usuário, levando em conta o conhecimento de todos os profissionais envolvidos com um planejamento.

Com relação ao planejamento das ações no HPSJL, 55% dos profissionais afirmaram que não existe um planejamento direcionado ao atendimento da pessoa idosa na instituição, sendo assim afirmado por PM2 que “não há serviço especializado para a população idosa” e 45% afirmaram que existe sim, um planejamento para atender essa população.

Contraditoriamente, como demonstra o gráfico abaixo, foi citado um alto índice de participação dos profissionais neste planejamento, com o profissional do serviço social aparecendo com 72% de participação nesse planejamento. Destacamos que o profissional poderia citar mais de um participante no planejamento.

Gráfico 6: Participação no planejamento das ações – HPSJL



Fonte: pesquisa de campo, 2021.

Moreira (2009, p.301) deixa claro que o cuidado “não é prioridade de um seguimento de atores particular, mas encontra-se referida a inúmeras combinações possíveis entre modelos de conhecimento”. Cuidar do outro, no sentido de atribuição coletiva, em que todos os envolvidos no processo de tratamento compartilhem e dialoguem entre si, superando a hierarquização posta pelo meio social.

Procuramos conhecer, também, as contribuições e dificuldades desse planejamento. As respostas confirmam que não há um planejamento, de fato, das ações em equipe. Alguns profissionais foram mais claros e diretos quando citam as dificuldades para que esse planejamento não aconteça:

- Envolvimento da equipe multidisciplinar. (PA1)
- A estrutura do trabalho em equipe multiprofissional. (PA2)
- Os profissionais podem estar escassos ou sobrecarregados. (PE1)
- Muitas vezes tempo e disponibilidade dos próprios profissionais de saúde(PN1)
- Adesão por parte de equipes, que por muitas vezes se encontram desassistidas em seu ofício por falta de recursos materiais, e por vezes também emocionais. (PP1)

Segundo Rollo (2007), tal comportamento provoca um empobrecimento da parte clínica que limitada a doença, ao diagnóstico e ao tratamento imediato, passa a esquecer ou negligenciar outros agravos determinantes durante o tratamento, como a questão econômica, psicológica e social do usuário no processo de tratamento e cura da doença.

Planejar demanda tempo, integração da equipe, organização, capacidade profissional, apoio institucional e respeito ao trabalho do outro, é processo de trabalho coletivo. Contudo, nota-se que o planejamento ainda é restrito a um protocolo de saúde institucional, com o usuário sendo vinculado à doença, e quando possível tratamento, que no caso da pessoa idosa quase sempre é tratado de forma paliativa, fazendo com que o retorno seja uma regra.

Desta forma, não podemos esquecer a importância da construção das redes de atendimento para as necessidades de saúde da população. Destaca-se que um dos seus objetivos das RAS é simplificar a burocratização, o descolamento, por vezes desnecessário do paciente e a redução de custos que seriam transformados em uma maior resolutividade dos serviços ora oferecidos,

constituindo a integralidade da saúde em consonância com os princípios do SUS.

Além disso, podemos acrescentar seguindo o pensamento de Santos e Andrade (2008) que os serviços oferecidos pelas RAS com ações de referência e contrarreferência trazem a possibilidade de socialização do conhecimento entre profissionais e gestores, levando esses atores a ressignificar a importância e fortalecimento dessas redes com os meios tecnológicos disponíveis, como é o caso do prontuário eletrônico, que possibilita o acesso a exames e também promove a discussão acerca das necessidades do usuário em espaços geográficos distintos.

As ações de referência e contrarreferência desenvolvidas junto a outros níveis de atenção à saúde, tendo como foco a pessoa idosa internada no HPSJL, são quase que inexistentes. Dois profissionais PM2 e PF1 afirmam, categoricamente, que tais ações não existem. Para outros PA1; PA2; PE1; PP2 e PE2 as ações quase inexistem e acontecem de forma descontinuada com a pessoa idosa sendo atendida pela especialização necessária. Os protocolos da instituição foram citados por PN1 e PP1, como forma de executar as ações de referência e contrarreferência e, contraditoriamente, o PM1 e PN2 consideraram essas ações como satisfatória e que dependem da necessidade do usuário.

Com todas as contradições postas em relação aos serviços de referência e contrarreferência, a pesquisa questionou em qual situação a rede socioassistencial é utilizada e se o profissional faz uso da rede socioassistencial, porém somente 54% dos profissionais afirmaram fazer uso dos serviços.

Observa-se que a função de acionar a rede socioassistencial é do assistente social, fato muito presente na fala do PM2: “Temos número insuficiente de assistentes sociais, portantoos acionamos em casos pontuais: abandono social, indígenas, situações de maus tratos ou abuso”. Foram citados, também, por outros PP1; PE1; PA1 e PA2 e PM1 casos de abandono, vulnerabilidade social, restrição com a família, transferência, assistência domiciliar, aquisição de alimentos e material de uso contínuo.

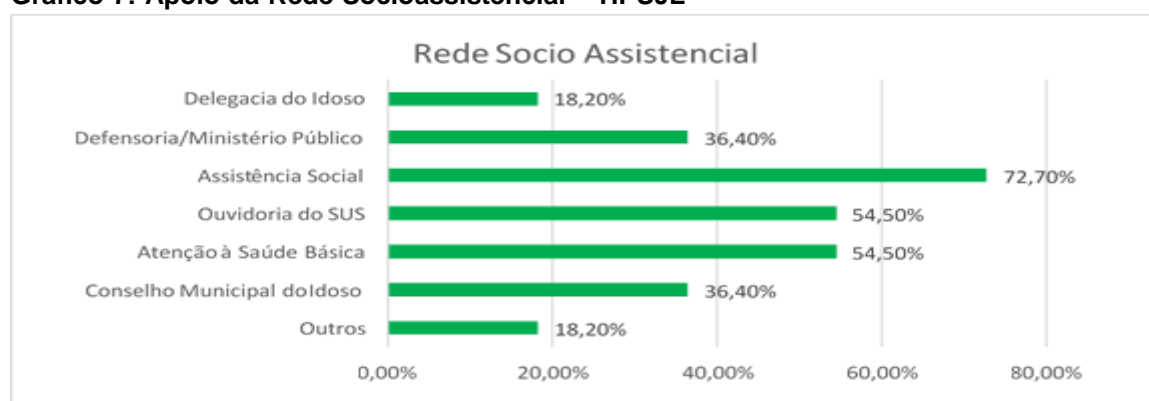
Essa relação sofre mudanças quando questionados sobre caso haja a necessidade de encaminhamento da pessoa idosa, com que tipo de apoio pode contar, lembrando que o formulário ofereceu mais de uma opção de resposta.

É demonstrado no gráfico abaixo, que 73% dos profissionais consideraram

que caso necessite de apoio da rede socioassistencial pode contar com a assistência social por meio do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CRES) e Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Ainda, pouco mais de 54% dos profissionais citaram a possibilidade de encaminhamento da pessoa idosa para o Atenção Básica e ouvidoria do SUS. E com 36% de resposta foram citados como apoio sócio assistencial o Conselho Municipal dos Direitos dos idosos, Defensoria Pública e Ministério Público. Outras formas de apoio foram citadas em menor proporção como Delegacia da pessoa idosa.

Gráfico 7: Apoio da Rede Socioassistencial – HPSJL



Fonte: pesquisa de campo, 2021.

Chama nossa atenção o desconhecimento ou resposta vaga dos profissionais sobre os serviços oferecidos pela rede de assistência social que, somados às ações de saúde, formam a integralidade dos serviços, o que nitidamente vai comprometer as ações que poderiam ser oferecidas à pessoa idosa enquanto usuário e cidadão de direitos.

A contrarreferência dessas ações, foi colocada como inexistente por 60% dos profissionais que afirmaram a não existência desse serviço. Todo esse contexto apresenta a importância da presença do Serviço Social na instituição de saúde que, a partir da Resolução do CFESS Nº 383/99, caracteriza o assistente social como profissional da saúde, em confirmação com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 218/97.

Como profissão dentro desse espaço ocupacional, o assistente social possui competência técnico-operativa com conhecimento dos determinantes

econômicos e sociais que envolvem o processo da saúde/doença. De acordo com o CFESS (2014), o atendimento ao usuário na saúde deve ser direcionado com ações socioassistenciais e socioeducativas em articulação com o trabalho multidisciplinar.

Dentre as ações que devem ser desenvolvidas pelos profissionais de serviço social na instituição de saúde, destacamos:

Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da Seguridade Social; Conhecer e mobilizar a rede de serviços, com objetivo de viabilizar direitos sociais; Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio de registro no prontuário único, resguardando as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social (CFESS, 2014, p.43).

Nesse sentido, percebe-se a importância do profissional assistente social, conhecedor das políticas públicas nos espaços de saúde. Franco e Merhy (2007, p.155) chama nossa atenção sobre a posição que o serviço social ocupa nos grandes hospitais, pois este “aparece sempre na ponta dos serviços” ou seja, o assistente social permanece sendo o vínculo do usuário com a possibilidade de acessar as políticas públicas, mesmo sabendo que o tal encaminhamento, possivelmente não terá uma contrarreferência.

Outrossim, não se pode afirmar que existe uma rede de serviços que contemple a definição do que vem a ser uma rede, com referência e contrarreferência, em todos os níveis, pois para que esta seja, de fato efetivada, como coloca Santos e Andrade (2008), é necessário que exista uma articulação de todos os níveis de saúde com seus saberes e tecnologias associadas, a fim de que o cidadão tenha condições de acessar esses serviços de acordo com suas necessidades de saúde.

Para Franco e Merhy (2007, p.121), a capacidade de estabelecer vínculos entre os diversos atores envolvidos no processo de saúde é a “argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde”. A defesa de um modelo assistencial de saúde pautado nas relações entre diversos atores deve ser o foco da produção em saúde, e esta deve estar pautada pela defesa da vida.

Na saúde esse vínculo de relação torna-se imprescindível quando se

pensa no cuidar do outro, entendendo a saúde de forma ampliada como forma de oferecer, como determina a ONU (2002) qualidade de vida especialmente a população idosa, já tão fragilizada e sobrecarregada de necessidades.

Percebe-se que o que vai determinar a mudança nos serviços de saúde é o que Franco e Merhy (2007) coloca como sendo as tecnologias leves, como o trabalho vivo desenvolvido entre os profissionais da saúde, envolvendo também o usuário desses serviços.

É necessário também entender os entraves que contribuem negativamente para se alcançar esses objetivos, como a burocracia, a sobrecarga de trabalho, os limites institucionais e a alta demanda de usuários.

Entendemos que a construção de um protocolo de cuidado, considerando as especificidades do atendimento dessa população, construído pelos diversos profissionais que compõem uma equipe multiprofissional, pode ser capaz de reduzir tempo de internação, custo e, principalmente, a capacidade de reabilitação da pessoa idosa, a qual é acometida, sobretudo, pelas comorbidades que agravam sua qualidade de vida.

É preciso romper com a visão hospitalocêntrica e passar a tratar o usuário como ser único, com necessidades de saúde além da doença que foram negligenciadas por toda vida, como é o caso da pessoa idosa.

Desse modo, a capacidade resolutiva do hospital depende, também, da gestão e da parceria com outras unidades, as quais possam compartilhar não só tecnologia, mas conhecimento científicos com outros profissionais a respeito dos resultados colhidos com essa tecnologia, sem, é claro, esquecer a relação com o usuário, que é a ponta ou fim dos serviços assistenciais de saúde.

Portanto, concordamos com Rollo (2007) quando este coloca que “o desafio é tornar acessível a todos essa tecnologia”, garantido a equidade, um dos princípios doutrinários do SUS, como forma de justiça e igualdade a todos.

3.3 Os signos da atenção à saúde pela equipe multiprofissional: desafios e avanços possíveis

Os serviços de saúde desenvolvido por profissionais que formam a

equipe multiprofissional vivenciam desafios diários, com decisões permanentes sobre os protocolos institucionais, planos terapêuticos e o agravamento do estado de saúde do usuário, sendo necessário este sempre ser tratado com o compromisso principal de todos os envolvidos nos cuidados que são oferecidos pelos serviços assistenciais de saúde, principalmente nos hospitais de alta complexidade, espaço de grandes fragilidades.

Para Rollo (2007), um dos grandes desafios de uma equipe multiprofissional é estabelecer uma interação entre os diversos atores que formam a equipe, para que possam, juntos, gerar uma sinergia em que todos estejam buscando o entendimento de que o cuidado em saúde deve ser a matéria-prima do trabalho da equipe multidisciplinar. Além disso, o conhecimento nas várias áreas do saber os habilita em uma abordagem de forma integral, onde os aspectos biológicos são considerados, mas também as outras dimensões devem ser focadas com respeito e compromisso.

Cecílio (2007, p.300) chama a atenção relatando que a missão do hospital ainda permanece longe de alcançar um trabalho guiado pela “*humanização do atendimento e da defesa da vida*”. Fica claro que existem empecilhos que precisam ser trabalhados para que, de fato, essas práticas passem a ser uma regra, não uma exceção, uma vez que o usuário precisa ser visto como sujeito do seu processo de recuperação dentro de uma perspectiva de direito, afinal a saúde é um direito de todos.

A partir do exposto, Giovanella et al. (2012) mostra-nos a importância de conhecermos estruturas que oferecem os serviços de saúde, e se estes estão falhando ou oferecendo serviços condizentes com as demandas da população e necessidades dos profissionais, sempre no sentido de cuidar e aliviar a dor do outro na saúde como direito de cidadania.

Dados colhidos na pesquisa demonstram que a compreensão sobre os desafios enfrentados para a oferta dos serviços na instituição é, em grande parte, relacionada com a gestão da saúde. Tal gestão, enquanto campo político, é definida pelos autores citados como:

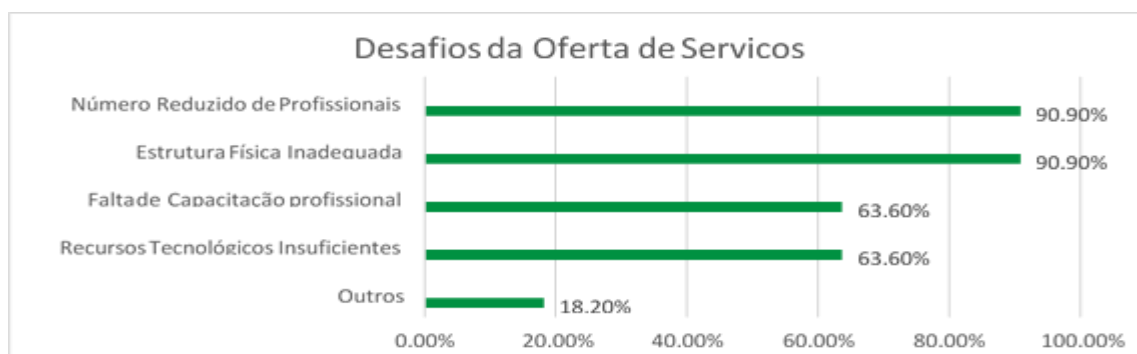
Função de conduzir e dirigir os sistemas de saúde. Inclui formular políticas, planejar, financiar e contratar serviços, organizar e estruturar a rede de serviços em seus distintos níveis, dimensionar a oferta, controlar e avaliar as ações. Os gestores têm papel cada vez mais relevante nos sistemas,

porque é deles a função de relacionamento com os prestadores, sejam instituições públicas, sejam os profissionais ou empresas. (p.111)

O direito à saúde universal, como preconiza a CF/88 e a Lei 8.080/90, sofre permanentemente com entraves em sua estrutura organizacional, sendo estes transferidos para a ponta final dos serviços, com a precariedade física das instituições, falta de insumos e ausência de novas tecnologias, serviços que aflige de forma direta profissionais e usuários dos serviços demandados.

Destacamos, no gráfico abaixo, que 91% dos profissionais consideram a estrutura física inadequada e o número reduzido de profissionais como sendo os maiores desafios para a oferta dos serviços de saúde. Falta de capacitação profissional e recursos tecnológicos insuficientes também foram citados como desafios por 64% dos entrevistados

Gráfico 8: Desafios para oferta de serviços – HPSJL



Fonte: pesquisa de campo, 2021.

Como forma de contornar esses desafios, procuramos conhecer as possíveis estratégias de superação para tais entraves. Alguns profissionais M1; M2; e PF1 foram claros colocando que as estratégias de superação são tímidas ou inexistentes. Para outros, a contratação extra de profissionais, a capacitação profissional pós entrada na instituição, a implantação de projetos e a dedicação por parte dos profissionais, são apontadas como forma de superação dessas dificuldades.

Pensando nos possíveis avanços existentes nos serviços que são oferecidos à pessoa idosa na instituição, indagamos os profissionais para que citassem tais avanços. Para alguns profissionais PA2; PP2 e PM2 esses avanços inexistem. Outros foram mais cautelosos, como PA1 e PM1, que citaram que o tema

é de maior relevância e seguem a humanização preconizada pelo SUS, uma forma bem genérica de resposta. Já a maioria, PE1; PE2; PF1; PN1; PP2 e PN2, trouxe como respostas: melhoria na infraestrutura, valorização dos profissionais, rapidez no atendimento e diagnóstico, acompanhamento de vários profissionais e uma discussão maior sobre esse tema como forma de oferecer os serviços de saúde à pessoa idosa.

É preciso considerar o que está posto na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por meio de Portaria nº 687/2006, consolidada em 2017, que reafirma o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, destacando como um dos seus objetivos a promoção dos processos de educação, de formação profissional e de capacitação para trabalhadores e gestores. Sendo também uma de suas diretrizes:

O apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável. (BRASIL, MINISTERIO DASAÚDE, 2018)

As informações colhidas demonstram os entraves que, possivelmente, foram agravadas com a EC/95, e seu regime fiscal falacioso de restrição dos gastos públicos. Após essa emenda, seu efeito ocorreu de forma imediata e desastrosa nos serviços oferecidos por meio da seguridade social como a saúde e a assistência social, sendo estas as mais penalizadas. Na verdade, são vinte anos com o achatamento dos gastos sociais, sem que qualquer mudança possa ser implementada antes de dez anos da vigência da EC/95, isto é, ainda haverá um longo período de retração no orçamento financeiro dos serviços sociais.

Pesquisas realizadas na Amazônia por Garnelo et al. (2017) apontam que o baixo investimento financeiro da saúde, nos municípios do estado do Amazonas, favorece a precarização dos espaços físicos, os quais também sofrem com o número insuficiente ou ausência de recursos humanos, atribuídos, em grande parte, à configuração geográfica do estado.

Não se deve perder de vista que tais problemas não são solucionáveis apenas através de medidas de racionalização administrativa. A elevada concentração de estabelecimentos de saúde em Manaus, a precariedade

da estrutura física e a baixa resolutividade dos serviços no interior do estado demandam investimento em pessoal e infraestrutura para que se inverta a tendência centrípeta do fluxo de atendimento (IDEM, p.1231)

De modo geral, os profissionais demonstram a capacidade pouco resolutiva do estado, município e instituições de contornar dificuldades com estratégias paliativas para entraves recorrentes, como os citados anteriormente. A iniquidade das ações é refletida na ponta final com os serviços oferecidos à população, que se expressa com aquela máxima de que o “SUS é saúde para pobre”.

A PNPS traz temas transversais que são considerados referências para a promoção da saúde, destacando estratégias para que os princípios e valores do SUS sejam respeitados. Entre eles está a produção de saúde e cuidado, sendo representadas pelas práticas do cuidado em redes, de modo a respeitar o conceito de saúde ampliada e a integralidade do cuidado ao usuário.

O cenário desvelado com a pesquisa aponta uma alta demanda por serviços de saúde de alta complexidade. No entanto, a assistência hospitalar não acompanhou a evolução das necessidades de saúde da população, menos ainda da população idosa que usa os serviços de saúde de forma intensa e que possui uma política específica de atendimento, a qual permanece sendo invisível.

Sem dúvidas, que os desafios são gigantescos em um estado com dimensões territoriais enormes e que parcamente cobre necessidades básicas de saúde. A integralidade da saúde é um desses desafios que precisa ser efetivada oferecendo estrutura física e humana, para que, assim, a rede de serviços, de fato funcione no estado.

CONCLUSÃO

A construção deste trabalho representou um processo árduo com inúmeros desafios, que abrangeu todo contexto de contingência sanitária devido a pandemia do Covid-19 e suas restrições, não só com a pesquisa de campo com os profissionais, mais também com o acesso a instituição e sua parte de ensino e pesquisa que permaneceu silenciada ao longo da pesquisa.

A discussão da pesquisa traz algumas considerações sobre os serviços profissionais da equipe multidisciplinar oferecidos a pessoa idosa hospitalizada, seus agravos de saúde, a possível utilização da rede sócio assistencial e os desafios e avanços para que os serviços de saúde considerem as necessidades das pessoas idosas hospitalizadas na alta complexidade.

A pesquisa que foi realizada em um hospital de grande porte, volta a sinalizar dificuldades apontadas há décadas, como o número reduzido de profissionais efetivos e a presença expressiva de profissionais contratados que oferece seus serviços na forma de plantão, por vezes semanal ou até mesmo quinzenal, realidade que acontece em uma capital que é considerada a metropole da região norte.

O número insuficiente de profissionais concursados da saúde é uma realidade, mais ainda, se considerarmos um hospital com grande capacidade de abraçar diversas especialidades e que comporta usuários de todo estado como é o caso do HPSJL.

Frente a esta realidade, os serviços passam a ser fragmentados com o usuário sendo acompanhado por diversos profissionais, o que desencadeia uma fragilidade de vínculos entre os profissionais que vai refletir na ponta com os serviços oferecidos ao usuário.

Não que isso tenha sido formalmente verbalizado na pesquisa, porém as entrelinhas mostram a inexistência de uma equipe multidisciplinar com assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e médico, que de forma integrada deve oferecer uma saúde eficiente e eficaz considerando todas as necessidades do usuário.

Tal deficiência é também notada no espaço físico que cresce de forma

vertical, mas que dificilmente irá comportar a alta demanda dos serviços sem uma política de integralidade com as RAS, dando o suporte necessário como forma de agilizar e de oferecer um serviço dentro das necessidades de cada usuário que procura a alta complexidade.

Nota-se que no Amazonas, os desafios estão presentes e são justificados por alguns, como dificuldades espaciais de acesso e poucos recursos financeiros vindo do governo Federal e do governo estadual. Tais empecilhos, refletem diretamente na ausência de recursos humanos, no suporte da rede de referência e contrarreferência, na deficiência dos meios tecnológicos e na dependência da capital para acolher pacientes provenientes de todos os municípios do estado.

Percebe-se que no estado do Amazonas, existe uma iniquidade nas ações de saúde que são oferecidas nos municípios com grandes reflexos na capital. Neste sentido, um dos grandes desafios presentes na saúde para o estado, é que a população alcance a proteção social da saúde em seu espaço de convivência social, considerando suas singularidades e necessidades, não só territoriais, mais econômicas e sociais com garantia de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde respeitando a integralidade com objetivo de atender as necessidades individuais de cada cidadão.

Como a pesquisa constatou, o acidente vascular cerebral, as doenças cardíacas e diabetes, são as que mais levam a pessoa idosa no Amazonas a procurar os hospitais no nível terciário. As doenças crônicas são as que mais provocam agravos, demonstrando a importância de acompanhamento permanente de uma equipe multidisciplinar com seus diversos olhares, que poderá acolher e cuidar desse usuário que possivelmente levará um tempo maior de internação, caso seja necessário.

A alta demanda de usuários com doenças crônicas e seus agravos trazem à tona a fragilidade ou inexistência dos serviços de saúde na atenção básica. O que leva a necessidade de se intensificar os serviços de saúde na ponta, levando em conta as redes de referência e contrarreferência com uso das tecnologias disponíveis de forma racional como forma de minimizar a demanda na alta complexidade.

A partir de tudo que foi exposto no trabalho, constatamos que sem dúvida a saúde pública ao longo das três décadas da CF/88 e da Lei 8.080/90 trouxe conquistas aos espaços de saúde. No entanto, após décadas de tais conquistas, observa-se uma fragilidade ou mesmo inexistência da implementação das políticas intersetoriais no âmbito institucional da saúde como a PNI, PNSPI, PNH entendidas como instrumento de intervenção social, que reafirma o direito integral à saúde da pessoa idosa com ações que possam oferecer prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Os resultados colhidos com a pesquisa apontam um descompasso do que está posto como lei e do que realmente é real na rede de serviços de saúde. Devemos considerar que todas as políticas públicas citadas, incluindo o Pacto pela Saúde, fazem referência a equipe multidisciplinar como uma das diretrizes para se levar saúde a pessoa idosa. Tais políticas, precisam ser intensificadas nos espaços de saúde, levando informação tanto para o profissional, quanto para a pessoa idosa que deve ser protagonista do seu processo de saúde.

Concluimos também, que o caminho da saúde pública no estado deve levar em conta as tecnologias leves e leves duras que podem possibilitar um olhar mais humanizado e direcionado para as necessidades, não só do usuário, mais também do profissional de saúde que não consegue utilizar todo seu conhecimento científico, quer seja por ausência de tecnologia adequada ou sobrecarga de trabalho, o que termina provocando um olhar frio sobre as ações que são oferecidas voltadas para a doença física como único aspecto a ser cuidado.

Por fim, concluimos que os desafios são enormes para todos os envolvidos no processo de oferecer respostas à saúde da pessoa idosa no âmbito da alta complexidade no Amazonas. Profissionais e gestores que se propõem a oferecer uma assistência qualificada, deve levar em conta princípios humanitários, intensificando a informação do cuidado, do tratamento, acompanhamento, reabilitação e prevenção dos agravos sem esquecer que a pesquisa, o conhecimento e implantação das políticas públicas direcionadas a esse público, devem ser efetivadas com visibilidade social para todos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno. **Universalização e localismo: movimentos sociais e crises dos padrões tradicionais de relação política na Amazônia.** In: D'INÇÃO, M.A (org.). A Amazônia e a crise da modernização. Belém: Museu Paraense Emílio Goelci, 1994.

ATLASBR - ATLAS DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/acervo/atlas>. Acesso em 05/10/2020.

BARATA, Rita Barradas; RIBEIRO, Manuel Carlos Sampaio de Almeida. **Condições de Saúde da População Brasileira.** Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed. ver. E amp. / Organizado por Lúcia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al.– Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

BARBOSA, Maria Jose de Souza & AS, Maria Elvira Rocha de. **A questão social na Amazônia no capitalismo contemporâneo: o estado do Para em foco.** In. SHERER, Elenise. Questão Social na Amazônia, Manaus, EDUA, 2009.

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

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil 1988: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Lei 10.741 de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o **Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso.** Lei. 8.842 de janeiro de 1994. - 1ª edição, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3 ed. - Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.- Brasília: CONASS, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete et al., (orgs). Serviço Social e Saúde - 4 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE-CNES
Disponível
em:http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=1302602019574 acesso em 25/06/2021.

CAMARANO, Ana Amélia. PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano, Ana Amélia (org.) **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** – Rio de Janeiro: IPEA, 2004: p.253 – 292.

CAMARANO, Ana Amélia. KANSO, Solange. **Envelhecimento da população brasileira- uma contribuição demográfica**. In: FREITAS EV, PY L (org.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. Ed. RJ: Guanabara Koogan. 2013.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. **Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção**. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed. ver. E amp. / Organizado por Lúgia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al.– Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **O Desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos.** In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.) Agir em Saúde: um desafio para o público. 3. Ed. – São Paulo: Hucitec, 2007.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do Idoso** / Flávio Chaimowicz com colaboração de Eulita Maria Barcelos. Maria Dolores S. Madureira e Marco Túlio de Freitas Ribeiro. – 2. Ed.- Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.

CHIORO, Arthur. SOLLA, Jorge. **Atenção Ambulatorial Especializada** 2.ed. ver. E amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986. Anais / **8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em 12/12/2019.

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

DESLANDES, Suely F. **O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde.** In: Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor / Roseni Pinheiro e Rubens Araújo de Mattos, organizadores. 2ª edição – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

DIAS BC. **Pandemia da Covid-19 e um Brasil de desigualdades:** populações vulneráveis e o risco de um genocídio relacionado à idade [Internet]. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2020. Disponível em:<https://www.abrasco.org.br/site/gtenvelhecimentoesaudecoletiva/2020/03/31/pandemia-do-covid-19-e-um-brasil-de-desigualdades-populacoes-vulneraveis-eo-risco-de-um-genocidio-relacionado-a-idade>. Acesso em 23/03/2021.

ESCOREL, Sarah. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária.** Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed. ver. E amp. / Organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al.– Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FRANCO, Túlio Batista. MERHY, Emerson Elias. **O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao Planejamento dos Serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP.** IN: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. Túlio Batista Franco e Emerson Elias Merhy (organizadores). 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, Túlio Batista. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde.** In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos / organização Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy. – 1.ed. – São Paulo: Hucitec, 2013

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. SP, Ed. Fundação Perseu Abramo, Edições SESC – São Paulo, 2007, p. 151-190.

FGV Social- **Centro de Políticas Públicas Sociais.** Onde estão os idosos? Conhecimento contra o Covid-19. Disponível em: <https://cps.fgv.br/covidage>
Acesso em 04/06/2020.

FLEURY, Sonia. OUVÉRY, Assis Mafort. **Política de Saúde: Uma política social.** 2.ed. ver. E amp. / Organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande e senzala:** formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal / Gilberto Freire: Apresentação de Fernando Henrique Cardoso. - 48. ed. São Paulo, SP: Global, 2003.

FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS- FVS-AM. **Relatório de Gestão 2018.**

FUNDAÇÃO DE VIGILANCIA EM SAÚDE- FVS-AM. Boletim divulga cenário

epidemiológico da Covid-19 no Amazonas. Disponível em: http://www.fvs.am.gov.br/noticias_view/4620. Acesso em 21/03/2021.

GARNELO, Luiza; SOUZA, Amandia Braga Lima; e SILVA, Clayton de Oliveira da. **Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 4 Agosto 2021] , pp. 1225-1234. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>.

GIOVANELLA, Ligia et al. **Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=pt&nrm=iso>acessoem 18 nov.2020 <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice** / Eneida Gonçalves deMacedo Haddad. – 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mudanças Demográficas no Brasil no início do Século XXI** – Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro, 2015.

IBGE NOTÍCIAS. **Número de idosos cresce 18% em cinco anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/2018>. Acesso em: 24 out. 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html> Acesso em 23/06/2021.

KALACHE Alexandre et al. **Envelhecimento e Desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da pandemia covid-19 no Brasil** Alexandre Kalache, Alexandre da Silva, Karla Cristina Giacomini, Kenio Costa de Lima, Luiz Roberto Ramos, Marília Louvison, Renato Veras. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2020;23 (6). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v23n6/pt_1809-9823-rbgg-23-06-e200122.pdf Acesso em 25/02/2020

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. "La salud-enfermedad como proceso social". Trad. E. D. Nunes. Revista Latino americana de Salud, México, 2, 1982, pp. 7-25.

LEÃO, Alice Alves Menezes Pontes de. **Serviço Social e velhice: perspectivas do trabalho do assistente social na articulação entre as políticas de saúde e assistência social em Manaus**, 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Manaus, 2012.

LEAL, Anne Tavares. **Atenção à saúde da pessoa idosa na alta complexidade (Hospital Universitário Getúlio Vargas – HUGV) e a Rede Socioassistencial de Manaus**. Relatório Final PIBIC/PAIC, UFAM, 2019.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. GIOVANELLA, Lígia. **Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica**. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2.ed. ver. E amp. /Organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al.
– Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

MARTINS, Jéssica Marinho e SASSAKI, Yoshiko. **A integralidade dos serviços de saúde voltados aos idosos e a rede Socioassistencial na atenção terciária (Hospital Universitário Getúlio Vargas e Hospital E Pronto Socorro João Lúcio) de saúde de Manaus**. Programa Institucional de Iniciação Científica. Manaus: UFAM, 2013.

MASCARO, Sonia de Amorim. **O que é velhice** / Sonia de Amorim Mascaro. – São Paulo: Brasiliense, 2004.

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

MINISTERIO DA SAÚDE. Diabetes, hipertensão e obesidade avançam entre os brasileiros. Disponível em: <https://www.hmg.saude.gov.br/noticias/agencia-saude>
Acesso em 20/06/2020.

MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial nº 59. Doença pelo Coronavírus Covid-19. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt.br/media/pdf/2021/abril/22/boletim_epidemiologico_covid_59.pdf. Acesso em 21/05/2021.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. **Dáviva e rede na saúde: circuitos de troca e construção de estratégias de cuidado.** In: Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor / Roseni Pinheiro e Rubens Araújo de Mattos, organizadores. 2ª edição – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras Chaves em gerontologia** / Anita Liberalesso Neri. – Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.

NETO, Francisco Campos Braga; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Isabela Soares, OLIVEIRA, Celina Maria Ferro de. **Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências.** Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed. ver. E amp. / Organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

NORONHA, Jose Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed. / Organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

OPAS/OMS BRASIL. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.** Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812 Acesso em 21/03/2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Indicadores de Saúde. Elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS; 2018.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e. **Envelhecimento saúde e trabalho no tempo do capital** / Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva. – 1 ed. – São Paulo: Cortez, 2014.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma Sanitária e criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** *Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos*. 2014, vol.21, n.1, pp.15-36.

PAIM, Jaimilson Silva. **O que é o SUS.** / Jaimilson Silva Paim. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jaimilson Silva. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.** Políticas e

Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed. ver. E amp. / Organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **O Estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos.** In. FREITAS EV, PY L (org.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2013.

PINHEIRO, Hamida Assunção. **Fronteiras da Vida: o tradicional e o moderno na Amazônia.** / Hamida Assunção Pinheiro. – Manaus: Edua, 2013.

POZ, Mario Roberto Dal; VARELLA, Thereza Christina; SANTOS, Maria Ruth. **Projeção das Capacidades de Formação de Profissionais da Saúde.** Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde. / Organizado por José Carvalho de Noronha et. al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

SALGADO Marcelo Antônio. **Velhice, uma nova questão social.** S. Paulo, SESC-CETI, 1980.

SANTOS, Isabela Soares; et al. **Os Recursos Físicos de Saúde no Brasil: um olhar para o futuro.** Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde. / Organizado por José Carvalho de Noronha et. al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

SANTOS, Ilenir. ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Rede Interfederativa de Saúde.** Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde / Gilson Carvalho...[et.al]: organizador: Silvio Fernandes da Silva. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

SAKUTA, Jéssica Marinho Martins. **A Gestão do trabalho em saúde: as implicações no cuidado da população idosa do Distrito Sanitário Leste de Manaus** / Jéssica Marinho Martins Sakuta. Dissertação (Serviço Social) UFAM, 2017.

SCHERER, Elenise. **Vulnerabilidade social na cidade de Manaus: o avesso do progresso.** In. SCHERER, Elenise. Questão Social na Amazônia. Manaus, EDUA, 2009.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS. **Plano Estadual de Saúde**: Período de 2016 a 2019. Revisão do exercício 2018. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2016-2019.pdf. Acesso 29/11/2019.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO AMAZONAS. **Relatório Anual de Gestão 2019**. Amazonas, 2019. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/servico/rag.php> acesso em:10/12/2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MANAUS. **Relatório Anual de Gestão-2018**. Manaus, 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA. Relatório Covid-19 Manaus. Disponível em <https://covid19.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/Relat%C3%B3rio-Covid-v2.0-24-03-2021.pdf>. Acesso em 26/03/2021.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população** / Celso Cardoso da Silva Simões. - Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Redes de atenção à saúde: modelos e diretrizes operacionais**. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde / Gilson Carvalho...[et.al]: organizador: Silvio Fernandes da Silva. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

SILVA, Marilene Corrêa da. **Metamorfoses da Amazônia** / Marilene Corrêa da Silva. Manaus: Editora da Universidade do Amazonas, 2000.

SCHWEICKARDT, Júlio César et al (organizadores). Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres do território do Amazonas. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

TEIXEIRA, Joaquina Barata. **O desafio da Inclusão social no cenário atual brasileiro e amazônico**. In. SCHERER, Elenise. Questão Social na Amazônia. Manaus, EDUA, 2009.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - (OMS). Resumo do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, 2015.

PORTAL DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Observatório sobre Iniquidades em Saúde**. CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ; 2016 Set 27. Disponível em: http://dssbr.org/site/wpcontent/uploads/2016/10/Ind010104_20160928.xlsx. Acesso em 07/02/2020.

REFKALEFSKY, Violeta Loureiro. O Estado e a questão regional Amazônica. In: REFKALEFSKY, Violeta Loureiro. **Amazônia no século XXI: novas formas de desenvolvimento**. São Paulo: Empório do livro. 2009.

RIBEIRO. Euler. **Envelhecer é um privilégio**. Manaus: Reggo/Academia Amazonense de Letras, 2018.

ROLLO, Adail de Almeida. **É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público?** In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 3. Ed. – São Paulo: Hucitec, 2007.

VERAS, Renato P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**/ Renato P. Veras. – Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. MIRANDA, Alcides Silva de. SILVA, Hudson Pacífico. Segmentos Institucionais de Gestão em Saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. **Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde**. / Organizado por José Carvalho de Noronha et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

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

WHITAKER, Dulce Consuelo A. **Envelhecimento e poder: a posição do idoso na contemporaneidade** / Dulce Consuelo A. Whitaker. – Campinas, SP. Editora Alínea, 2007.



APÊNDICE A - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS PRÓ
REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO
SOCIAL E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO TCLE

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **“A equipe multidisciplinar na atenção à saúde da pessoa idosa em um hospital da alta complexidade: uma tríade de múltiplas determinações em Manaus, Amazônia.”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Rosângela de Fatima Ribeiro Costa, mestranda do Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas – UFAM (localizado no Instituto de Ciências Humanas e Letras, no Endereço: Av. General Rodrigo Octavio Jordão Ramos, 3000, Coroado, Setor Norte do Campus Universitário Senador Arthur Virgílio Filho. CEP: 69077-000. Telefone: (92) 3305-4579/991289257, E-mail: ppgss@ufam.edu.br e de sua orientadora Profa. Dra. Yoshiko Sasaki.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar os serviços profissionais da equipe multidisciplinar na atenção à saúde da pessoa idosa em um hospital da alta complexidade, uma tríade de múltiplas determinações em Manaus, Amazônia. Os objetivos específicos são: identificar os agravos de saúde demandadas pelas pessoas idosas hospitalizada e a utilização da rede sócio assistencial de saúde no referido hospital; verificar os serviços profissionais da equipe multidisciplinar de saúde destinadas à pessoa idosa hospitalizada; e refletir sobre os avanços e desafios na oferta de serviços frente às necessidades de saúde das pessoas idosas atendidas na referida instituição.

Sua participação é de caráter voluntário, uma vez que não será oferecida qualquer tipo de remuneração, compensações ou benefícios diretos e indiretos; acontecerá de forma online por meio da plataforma Google Forms (ferramenta eletrônica) através de um questionário contendo perguntas abertas e fechadas. Desta forma, seguimos as orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS e da Comissão Nacional de pesquisa – (CONEP, 2020) ligada diretamente ao Conselho Nacional de Saúde – (CNS) em virtude da emergência sanitária mundial com a pandemia do SARS COV-19 (COVID-19).

Respeitando a Resolução nº 466/12; 510/16 e a 518/18 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) informamos que toda pesquisa com seres humanos ou dela decorrente envolver riscos como: desconfortos, constrangimento e/ou mal estar ao responder as questões, mesmo sendo estas na forma online, pois existem riscos característico do ambiente virtual, os quais a pesquisadora se compromete a minimizar com o armazenamento e confidencialidade adequada dos dados coletados.

A mesma resolução citada do CNS destaca que os danos associados ou decorrentes da pesquisa, imediatos ou posteriores, diretos ou indiretos, seja físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual seja prestada assistência integral e imediata. Desta forma, os danos decorrentes exclusivamente da pesquisa serão tratados pela pesquisadora como devido encaminhamento de forma gratuita ao (assistente social, psicólogo e terapeuta) ou ressarcimento material devido.

Obedecendo aos critérios éticos de confidencialidade das informações prestadas, ficará estabelecida a garantia de sigilo e privacidade de todas as informações fornecidas pelo participante, e caso seja necessário, o sr(a) terá um tempo para refletir sobre sua participação (Res.466/2012-CNS, IV. I.C.) que será livre, podendo inclusive desistir a qualquer momento da pesquisa. Os resultados produzidos com a pesquisa serão analisados e publicados nos meios científicos sendo assegurado a privacidade de sua participação em todas as fases da pesquisa.

Os benefícios relacionados com o aceite de sua participação, trará contribuições relevantes sobre as possíveis contradições, limitações e dificuldades que determinam e condicionam o fazer profissional da equipe multidisciplinar em um hospital de alta complexidade, assim como sobre os serviços de saúde que são oferecidos à pessoa idosa enquanto direito social, dando visibilidade aos serviços de saúde disponibilizados pela equipe multidisciplinar do hospital em análise. Possibilitando ainda que os resultados advindos desta pesquisa sirvam de parâmetro para outros estudos, pois os resultados produzidos com a pesquisa serão analisados e publicados.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisadora através do telefone (92) 98135-2633 ou do email: rosangelacosta19@gmail.com disponibilizamos ainda o endereço do PPGSS citado acima e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade federal do Amazonas localizado na Rua Teresina, 495, sala 07 - Adrianópolis, Manaus-AM, CEP: 69057-070; telefone (92) 3305-1181/Ramal 2004 – email: cep@ufam.edu.br O CEP/UFAM é formado por um colegiado multi e transdisciplinar, independente, responsável pela avaliação ética dos projetos de pesquisa e tem como objetivo defender os participantes da pesquisa em sua integralidade e dignidade dentro dos padrões éticos da pesquisa. Vale destacar, que de acordo com as medidas sanitárias vigentes de isolamento social o atendimento do CEP/AM só está disponível na forma online.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Este documento (TCLE) está sendo disponibilizado na forma online e sem a possibilidade de assinatura física, o consentimento pós informação será dado ao clicar no botão de aceite abaixo sendo disponibilizado em seguida o formulário. Caso o sr(a) não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador



APÊNDICE – B INSTRUMENTAL DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

FORMULÁRIO COM QUESTÕES ABERTAS E FECHADAS PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE (Serviço Social; Enfermagem; Fisioterapia; Nutrição; Psicologia e Medicina)

PESQUISA: A Equipe Multidisciplinar na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa em um Hospital da Alta Complexidade: uma tríade de múltiplas determinações em Manaus, Amazônia

1.0 - Identificação

1.1- O senhor (a) exerce a função como:

Concursado ()

Contrato ()

1.2- Qual sua profissão?

Assistente Social () Enfermeira (o) () Fisioterapeuta(

) Médica (o) () Nutricionista () Psicóloga (o) ()

1.3- Quanto tempo exerce a função no HPSJL? _____

1.4- O HPSJL possui equipe multiprofissional? () SIM () NÃO

1.5- Se sim, quais os profissionais que participam da equipe? _____

1.6- O Sr(a) atende pessoas idosas na clínica médica ou cirúrgica
do HPSJL? () SIM () NÃO

01- Identificar os agravos de saúde demandadas pelas pessoas idosas hospitalizada

1.1 - Quais são as necessidades de saúde da pessoa idosa identificadas pelo Sr (a) nesta instituição? _____

1.2 - Quais são os maiores agravos de saúde que a pessoa idosa chega ao ser hospitalizada no HPSJL? _____

1.3 - Identificado os agravos de saúde na pessoa idosa hospitalizada, como se processa o tratamento pós internação? _____

1.4 - Como o Sr(a) considera que esses agravos de saúde são tratados? _____

1.5 - Quais são os profissionais no âmbito institucional que participa desse atendimento?

1.6 - Para o Sr(a) como as ações de referência e contrarreferência sobre a saúde da pessoa idosa deste hospital a outros níveis de atenção à saúde são executadas?

1.7 - A rede socioassistencial de saúde é utilizada em qual situação?

1.8 - O Sr(a) utiliza essa rede Socioassistencial? () SIM () NÃO

2.0 Verificar os serviços profissionais da equipe multidisciplinar de saúde destinadas à pessoa idosa hospitalizada no HPSJL

2.1 - Existe algum planejamento destinado ao atendimento da pessoa idosa na instituição? () SIM () NÃO

2.2 - Se sim, quem participa das decisões? (Pode marcar mais de uma opção). Assistente Social () Enfermeira (o) ()
Fisioterapeuta () Médica (o) () Nutricionista ()
Psicóloga (o) ()

2.3 - De que forma acontece o planejamento? Individual para cada paciente ()

De forma conjunta a partir dos sintomas apresentados () Outros ()

2.4 - Quais são as contribuições desse planejamento? _____

2.5 - Quais são as dificuldades para execução desse planejamento? _____

2.6 - Como o Sr (a) avalia os serviços oferecidos pela equipe multidisciplinar? Excelente () Bom () Regular () Ruim ()

Comente: _____

3.0 Refletir sobre os avanços e desafios na oferta de serviços frente às necessidades de saúde das pessoas idosas atendidas no HPSJL

3.1- Quais são os avanços, considerados pelo Sr (a) sobre os serviços de saúde que são oferecidos a pessoa idosa na instituição?

3.2- Para o Sr(a) quais são os maiores desafios para oferta dos serviços de saúde na instituição?(Pode marcar mais de uma opção)

Número reduzido de profissionais () Estrutura física inadequada ()

Falta de capacitação profissional ()

Recursos tecnológicos insuficientes () Outros ()

3.3- Para o Sr(a) quais estratégias vêm sendo tomadas para a superação desses desafios?

3.4- Caso venha a ter necessidade de encaminhamento da pessoa idosa, o Sr (a) conta com que tipo de apoio:(Pode marcar mais de uma opção).

Delegacia da pessoa idosa () Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa

Idosa () Atenção à Saúde Básica () Ouvidoria do SUS ()

Assistência Social - CREAS/CRAS () Defensoria Pública/ Ministério

Público () 3.5- Esse apoio oferece uma contrarreferência profissional a

instituição?

() SIM () NÃO

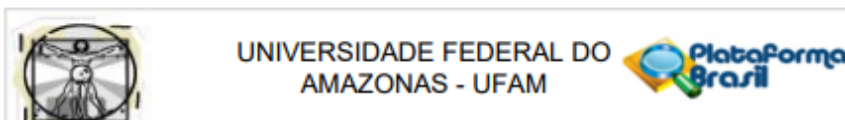
3.6- O Sr(a) dispõe de autonomia para o desenvolvimento de

seu trabalho? Sim, totalmente () Sim,

parcialmente () Não ()

ANEXOS- A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM UM HOSPITAL DA ALTA COMPLEXIDADE: uma tríade de múltiplas determinações em Manaus, Amazônia.

Pesquisador: ROSANGELA DE FATIMA RIBEIRO COSTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44925221.5.0000.5020

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.668.567

Apresentação do Projeto:

A Organização Mundial de Saúde – OMS reconhece que o envelhecimento populacional é um sucesso em todo mundo, inclusive nos países considerados em desenvolvimento, como o Brasil. Sendo atribuído a essa conquista alguns fatores como as políticas públicas de saúde, mas também é considerado um grande desafio tanto para o Estado quanto para a sociedade, pois envolve questões mais amplas que formam um conjunto de determinantes, como educação, habitação, previdência e saúde que refletem no sucesso para tal conquista. O estudo a ser desenvolvido, se constitui a partir das mudanças observadas no perfil demográfico da população brasileira que de acordo com Veras e Oliveira (2018), em 40 anos teve um aumento de 500% no número de pessoas idosas, passando de 03 milhões em 1960 para mais de 14 milhões em 2002. Dados oficiais do Censo de 2010 confirmam esse crescimento com mais de 20 milhões de pessoas idosas. O IBGE (2018) desenha uma projeção de alcançar 73 milhões de pessoas em 2060. Nesse contexto, o perfil epidemiológico da população também sofre mudanças com as doenças crônicas que sobressaem na fase da velhice, como diabetes e hipertensão, exigindo ações de planejamento, implantação e execução de políticas públicas de saúde, que possa favorecer qualidade de vida a esse segmento social. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2019) destaca que 75,3% das pessoas idosas dependem unicamente do Sistema Único de Saúde – SUS. Índices que refletem também na saúde do Amazonas, onde segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas - SUSAM (2019)

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.688.567

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: De acordo com a Resolução 466/2012 toda pesquisa com seres humanos envolve riscos que são considerados por tipos e gradações variadas, tais como: desconforto ou mesmo constrangimento diante de algum questionamento. Em cumprimento às disposições postas no Cap. IV da Resolução 510/2016 medidas de precaução e proteção devem ser adotadas, especialmente no momento atual de pandemia e distanciamento social. Desta forma, enviaremos um questionário na forma online pela plataforma google form, onde poderá ser respondido de acordo com a disponibilidade de tempo do profissional participante. Em virtude deste questionário ser impessoal e online, os riscos são considerados mínimos, entretanto caso ocorra algum desconforto, constrangimento, mal estar ao responder ao questionário, por favor, nos comunique para que possamos acolher e tomar as devidas providências. Destacamos, que a identidade do participante será mantida em sigilo e seu direito de não responder ou desistir antes de finalizar as respostas será mantido sem qualquer tipo de represália. **Benefícios:** Com relação aos benefícios advindos do estudo, destaca-se a contribuição em oferecer respostas a temática acima, dando visibilidade aos serviços de saúde disponibilizados pela equipe multidisciplinar do hospital em análise, bem como possibilita que seus resultados sirvam de parâmetros para outros estudos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tipo de estudo: mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Caráter – acadêmico

Patrocínio - próprio;

País de origem – Brasil;

Nº de participantes – -12;

Forma de recrutamento dos participantes da pesquisa – apresentado em conformidade com a Resolução 466 e 510 do CNS.

Centros de Pesquisas – Secretaria de Estado de Saúde – unidade hospitalar

Instituição proponente: Universidade Federal do Amazonas;

Previsão de início do estudo: primeiro semestre de 2021.

Instrumental de pesquisa – anexado em conformidade com a Resolução 466 de 2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

*Folha de rosto – apresentada e adequada, com todas as informações e assinatura, conforme as recomendações da Resolução 466/2012;

*Instrumental de pesquisa – apresentado e adequado, em conformidade com as resoluções vigentes;

Endereço: Rua Teresina, 495

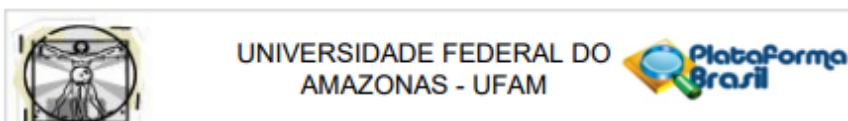
Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.688.567

*Projeto de pesquisa – apresentado e adequado, em conformidade com as normativas das resoluções 466/2012 e 510/2016.

Termo de anuência das instituições participantes – apresentados e adequados conforme a resolução 466/2012, contudo a pesquisadora ressalta que fará entrevista com profissionais de saúde.

Cronograma – apresentado e adequado;

Instrumentais de pesquisa - apresentados e adequados ao formato remoto com o devido link.

TCLE - apresentado e adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa apresenta relevância nas áreas de Ciências Humanas e Sociais, com temática atualíssima e emergente no bojo do desenvolvimento das pesquisas na região Amazônica.

Ao analisar o protocolo, o Colegiado do Comitê de Ética em pesquisa considerou que todos os documentos apresentados foram reconfigurados e estão em conformidade com as normativas expressas nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 sobre Pesquisas com seres humanos no país, além de estar adaptado ao contexto pandêmico, em conformidade com as exigências da Organização Mundial de Saúde e Carta Circular da CONEP (Comissão Nacional de Pesquisa) no que tange aos protocolos de biossegurança.

Ressalta-se que após a aprovação do protocolo, a pesquisadora deve comprometer-se em apresentar o relatório parcial da pesquisa e relatório final, de acordo com a sinalização do Item “XI – d” da Resolução 466/2012, já que trata-se de uma pesquisa com seres humanos com a devida anuência do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, a entrega dos relatórios parcial e final são exigências normativas.

Diante dos documentos ora apresentados ao Colegiado Multidisciplinar do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, considera-se que a pesquisa está aprovada.

SMJ

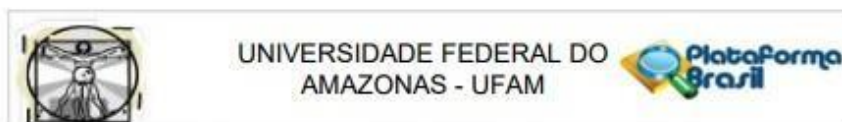
É o parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Teresina, 495	
Bairro: Adrianópolis	CEP: 69.057-070
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.668.567

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1636060.pdf	12/04/2021 19:34:06		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	12/04/2021 19:33:17	ROSANGELA DE FATIMA RIBEIRO COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/04/2021 19:14:30	ROSANGELA DE FATIMA RIBEIRO COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	23/01/2021 12:24:46	ROSANGELA DE FATIMA RIBEIRO COSTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/01/2021 12:01:46	ROSANGELA DE FATIMA RIBEIRO COSTA	Aceito
Declaração de concordância	Termos.pdf	21/01/2021 23:25:20	ROSANGELA DE FATIMA RIBEIRO COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 24 de Abril de 2021

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 495
Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
UF: AM Município: MANAUS

ANEXO B


TERMO DE ANUÊNCIA DA SES/AM



Manaus, 28 de dezembro de 2020.

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado "A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM UM HOSPITAL DA ALTA COMPLEXIDADE: uma tríade de múltiplas determinações em Manaus, Amazônia", no Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado - HPSJL, sob orientação do(a) Profa. Dra. Yoshiko Sasaki, desenvolvida pelo(a) discente Rosângela de Fátima Ribeiro Costa, mestranda do Curso de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, do(a) Universidade Federal do Amazonas - UFAM.



 Marcellus José Barroso Campêlo
 Secretário de Estado de Saúde

Avanida André Araújo, 701 - Aleixo
 Fone: (92) 3643-6300
 Manaus-AM-CEP 69060-000

Folha: 04
 Folha: 87

Secretaria de
 Estado de
 Saúde



Assinado digitalmente por MARCELLUS JOSÉ BARROSO CAMPÊLO em 30/12/2020 às 14:47:25 conforme ICP-Brasil nº 2.869-0 de 24/04/2006. Verificador: 3072.0AAA-77A-9125