



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS.
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ÁGATA SOUZA MAGALHÃES

**SAÚDE E ENVELHECIMENTO EM CACHOEIRA:
OS VELHOS BATEM ÀS PORTAS DA ATENÇÃO BÁSICA**

CACHOEIRA – BA

2016

ÁGATA SOUZA MAGALHÃES

**SAÚDE E ENVELHECIMENTO EM CACHOEIRA:
OS VELHOS BATEM ÀS PORTAS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado da graduação em Serviço Social do Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof^a. Marcela Mary José da Silva

CACHOEIRA – BA

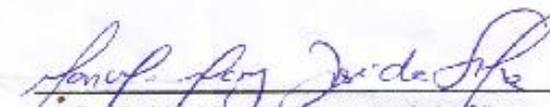
2016

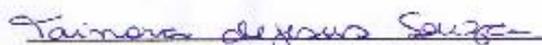
ÁGATÁ SOUZA MAGALHÃES

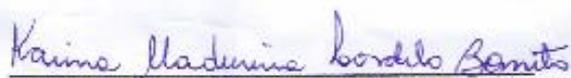
SAÚDE E ENVELHECIMENTO EM CACHOEIRA: OS VELHOS BATEM ÀS
PORTAS DA ATENÇÃO BÁSICA

Cachoeira – BA, aprovada em 08/08/2016.

BANCA EXAMINADORA


Prof^ª. Ms. Marcela Mary José da Silva
Presidente da Banca Examinadora


Prof^ª. Ms. Tainara de Jesus Souza
Membro da Banca Examinadora


Esp. Karina Madureira Lordelo Barreto
Membro da Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Mais uma fase da minha vida está sendo concluída, e olhando esse momento vejo que todo esforço, tudo que vivenciei, estudei e trabalhei me prepararam e me fortaleceram para essa caminhada contínua que chamamos de Vida. Tornei-me um ser mais humano, que cotidianamente aprende a ser sensato e sábio, cresci, porém continuo aprendendo a ser alguém melhor com os ensinamentos que a vida e as pessoas me proporcionam.

Constantemente encaramos situações e oportunidades que nos norteiam a um novo ciclo de nossas vidas, e seria impossível atingirmos nossas metas sozinhos. Para conseguir atingir o meu propósito, tive o apoio de grandes pessoas que cooperaram para manter-me firme durante esses quatro longos e árduos anos. Deixo aqui o meu mais genuíno agradecimento a todos aqueles que de forma direta ou indiretamente contribuíram para que esta vitória fosse alcançada.

Mas toda a honra dessa conquista ofereço a Deus que sempre me guardou, e a minha mãe, que sempre lutou para que esse momento chegasse, abriu mão diversas vezes de seus sonhos para priorizar os meus, se sacrificou de todas as formas para chegarmos aqui, te amo. Agradeço também a minha Mãe e a minha Vó, a Jean (muito obrigada), e a todos os familiares que sempre se lembraram de mim. Minha gratidão dedico também a querida Pró Lygia. Agradeço a todos os docentes da UFRB que de alguma contribuíram para minha formação, mas meu agradecimento mais especial vai para minha orientadora de pesquisa, extensão e monografia, que desde o início me inspira e me ensina como ser um ser humano justo, disciplinado e simples, Marcela Silva, muito obrigada por todos os ensinamentos e por ter tido paciência e me incentivado nos momentos de dificuldade.

Aos amigos que estiveram comigo sempre – Jéssica, Adriely, Márcio, Rafael, Meíssa e toda sua família, Wirna, Eleni, Luiz, Mariana, Juliana, todos os colegas de graduação, do GTENPO, o meu muito obrigada. Ao meu querido e estimado confidente Erik obrigada por todos os conselhos, apoio e incentivos que você me deu durante os últimos anos. Aos demais que não citei nomes, porém se fizeram presentes na minha caminhada durante a graduação, meu muito obrigado.

RESUMO

A presente pesquisa monográfica possuiu como foco principal analisar como se dá a prestação de serviços de saúde na Atenção Básica aos idosos do município de Cachoeira-Ba a partir do olhar dos próprios idosos e dos profissionais que os atendem na Unidade Básica de Saúde (UBS). Para que fosse feita essa análise, se via necessário entender a conceituação da Velhice e do Envelhecimento, como esse processo acontece no Brasil, na Bahia e em Cachoeira; compreender o que é saúde e como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa atua na promoção da saúde à população idosa na Atenção Básica dentro do município de Cachoeira. O lócus da pesquisa empírica foi a Unidade Básica de Saúde Aristides Novis, sendo que foi escolhida uma amostra espontânea dos idosos entrevistados e os profissionais das equipes que atuam nessa Unidade Básica de Saúde. Os dados empíricos foram alcançados através de entrevistas semi estruturadas com os públicos citados e por meio delas, verificar os serviços de saúde que são ofertados aos idosos na Atenção Básica do Município e se estão de acordo com o que é previsto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Palavras – chave: Envelhecimento, velhice, Idosos, Saúde, Direitos e Atenção Básica.

ABSTRACT:

This monographic research owned primarily focus analyze how is the provision of health services in primary care for the elderly Cachoeira-Ba municipality from the look of the older people themselves and the professionals who serve them in the Basic Health Unit (BHU) . For this analysis was made, it was seen necessary to understand the concept of Old Age and Aging, how this process takes place in Brazil, in Bahia and Cachoeira; understand what health is and how the National Health Policy for the Elderly operates in promoting health to the elderly in primary care in the city of Cachoeira. The locus of the empirical research was the Basic Health Unit Aristides Novis, with a spontaneous sample of elderly respondents and professional teams who work in the Basic Health Unit has been chosen. The data were obtained through semi-structured interviews with public cited and through them, check the health services that are offered to the elderly in the Municipal Basic Attention and are in accordance with what is provided for in the National health Policy for the elderly.

Keywords: aging, old age, Elderly, Health, Basic Rights and Attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

CLT – CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO

CNS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

eAB – EQUIPE DA ATENÇÃO BÁSICA

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

eSF- EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

GTENPO – GRUPO DE TRABALHO SOBRE O ENVELHECIMENTO
POPULACIONAL DO RECÔNCAVO

IAPs – INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÃO

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

IE – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO

INPS – INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

LOS – LEI ORGÂNICA DE SAÚDE

NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

NOAS – NORMA OPERACIONAL DE ASSISTENCIA À SAÚDE

NOB – NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

ONU – ORGNIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

PIB – PRODUTO INTERNO BRUTO

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

PNI – POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

PNSI – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

PNSPI – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UFRB – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Figura 1 - Pirâmides etárias absolutas.

Figura 2: Gráfico de Evolução da queda da taxa de fecundidade total no Brasil entre 1960 e 2010.

Figura 3: Gráfico de Proporção de Criança e idosos na População Total Brasil 1900 a 2000.

Figura 4: Gráfico Distribuição da população projetada, por sexo e grupos de idade - Bahia – 2010-2030.

Figura 5: Gráfico Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Cachoeira-Ba, 2010.

Figura 6: Gráfico Distribuição percentual da população, por grupos de idade - Brasil – 1940.

Figura 7: Gráfico Perfil de idade dos idosos usuários da UBS Aristides Novis:

Figura 8: Gráfico Perfil do estado civil da amostra de idosos usuários da UBS Aristides Novis.

Figura 9: Gráfico Perfil de Escolaridade dos idosos usuários da UBS Aristides Novis

Figuras 10- Gráfico Serviços de saúde utilizados pelos usuários idosos dentro da unidade Aristides Novis.

Figura 11- Gráfico Frequência de uso dos serviços de saúde utilizados pelos usuários idosos dentro da unidade Aristides Novis.

Figura 12 - Gráfico de doenças que acometem dos entrevistados.

Figura 13: Gráficos Profissionais que atendem a amostra de idosos usuários da UBS Aristides Novis.

Figura 14: Gráfico Qualidade dos serviços oferecidos na UBS Aristides Novis de acordo com a amostra de idosos usuários.

Figura 15: Gráficos Doenças que acometem os idosos de acordo com os Profissionais que atendem a amostra de idosos usuários da UBS Aristides Novis.

Figura 16: Gráficos Serviços de saúde que os idosos mais procuram de acordo com os Profissionais que atendem a amostra de idosos usuários da UBS Aristides Novis:

Tabela I: População total de pessoas idosas: 1960-2020 (em milhões; projeções são variantes médias).

Tabela II: Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, por grupos de idade, segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e as regiões Metropolitanas -2012.

Tabela III: população de 60 anos ou mais de idade Brasil, Nordeste, Bahia e Cachoeira, 2010.

Tabela IV: População, segundo o sexo e a situação do domicílio - Brasil - 1940/2000.

Tabela V: Usuário da UBS Aristides Novis.

Quadro 1: Conceitos Gerontológicos acerca do envelhecimento e da velhice.

Quadro 2: Os 7 “Is” da Gerontologia.

Quadro 3: Leis, Diretrizes, Decretos e Políticas sobre Saúde como direito do Idoso no Brasil.

Quadro 4: A Política Nacional de Atenção Básica.

Quadro 5: Respostas transcritas dos idosos sobre o que é envelhecimento.

Quadro 6: Respostas transcritas dos idosos sobre o que é saúde.

Quadro 7: Respostas transcritas dos profissionais sobre o que é envelhecer.

Quadro 8: Respostas transcritas dos profissionais sobre o conhecimento da PNSPI.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. COMPREENDENDO O ENVELHECIMENTO E A VELHICE	13
2.1 CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL	18
2.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA BAHIA	27
2.3 DADOS SOBRE A SENESCENCIA EM CACHOEIRA	31
3. BREVE HISTÓRICO DA SITUAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	34
3.1 SAÚDE E ENVELHECIMENTO	41
3.2 CONCEPÇÕES DA GERONTOLOGIA	43
3.3 AS GRANDES SINDROMES GERIATRICAS E AS ESPECÍFICIDADES DA SAÚDE DO IDOSO	45
4. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO IDOSO	48
5. COMO OS VELHOS SÃO VISTOS E SE VÊM DENTRO NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DE CACHOEIRA.....	60
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	60
5.2. ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS.....	63
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE.....	93

1. INTRODUÇÃO

Atualidade, um dos temas de maior repercussão e de estudo é o processo de envelhecimento da população, seja a nível internacional ou nacional. A expectativa de vida no Brasil vem aumentando consideravelmente, fazendo com que os idosos constituem a parcela mais crescente no país; a redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade são os fatores de maior impacto sobre a estrutura etária. Até 2050, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Então o envelhecimento pode ser percebido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema.

A ampliação absoluta e relativa da população idosa produz consequências de várias ordens, mas uma das mais importantes diz respeito às demandas de saúde; o aumento do número de anos de vida precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida. Porém ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. O envelhecimento rápido da população traz profundos desafios para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde, que vão desde inadaptação das Unidades Básicas de Saúde, que podem ser consideradas como a porta de entrada do SUS, até a dificuldade de acesso a Centros de Referência em Atenção a Saúde do Idoso.

Partindo dessa temática, este trabalho tem como objetivo analisar a atenção à saúde dada à população idosa e identificar como os idosos percebem a saúde prestada a eles dentro da atenção básica no município de Cachoeira-BA. O interesse em desenvolver um trabalho voltado para temática envelhecimento e saúde surgiu após a participação da disciplina optativa de Gerontologia, na qual surgiu à demanda expressa de um trabalho contínuo frente ao perfil de envelhecimento da região do recôncavo baiano, dando assim início ao Grupo de Trabalho sobre o Envelhecimento no Recôncavo (GTENPO) onde foram desenvolvidas, estudos e atividades sobre o envelhecimento e a velhice no Recôncavo da Bahia, principalmente no município de Cachoeira; houve também a inserção em Estágio I curricular, no Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Cachoeira-Ba, que atuava nas Unidades Básicas de Saúde, o que influenciou na

escolha do objeto de pesquisa desta monografia. O objetivo principal desta monografia será investigar na Atenção Básica de Cachoeira como o envelhecimento e a velhice são tratadas a partir do olhar dos idosos em comparação com a perspectiva dos profissionais que atuam na Atenção Básica.

Partindo do objetivo principal o trabalho foi dividido em cinco capítulos:

O primeiro capítulo traz uma introdução sobre os conceitos envelhecimento e velhice, onde são apresentadas as características desses dois fatores a partir de referências bibliográficas de grandes autores e estudiosos da temática. É trabalhado também como tais processos se desenvolvem no Brasil e na Bahia, e quais os dados principais sobre a senescência no município de Cachoeira. No capítulo dois, é apresentada de forma breve a história da saúde pública no Brasil, onde há uma retrospectiva desde os anos de 1930 até a criação do Sistema único de Saúde. Após essa revisão, é estudado a relação da saúde e o envelhecimento, onde é citado as principais concepções gerontológicas e quais as principais síndromes geriátricas. No capítulo quatro é apresentado a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), quais as suas principais diretrizes e o que diz sobre a saúde do idoso e seus direitos. É apresentada também a atenção básica, visto que é a porta principal para os usuários no Sistema Único de Saúde e alvo da pesquisa do presente trabalho. Foi indispensável estudar e abordar quais os principais conceitos e diretrizes a Atenção Básica possui em suas regulamentações. No capítulo cinco é apresentada a pesquisa realizada em uma unidade da Atenção básica do município de Cachoeira-Ba, onde os dados colhidos são expostos e analisados de acordo com o que é afirmado na PNSPI. Após apresentação de toda a pesquisa realizada, é feita uma análise crítica na conclusão, trazendo uma perspectiva sobre o tipo de saúde ofertada na atenção básica aos idosos do município de Cachoeira.

2. COMPREENDENDO O ENVELHECIMENTO E A VELHICE

Um dos temas de maior repercussão em todo o mundo no transcorrer das últimas décadas, e que vem chamando atenção de diversos estudiosos, é o processo de envelhecimento da população mundial, no qual, este vem ocorrendo de forma acelerada e distinta em cada país. O envelhecimento populacional é um processo recente na história do Brasil, onde o aumento da perspectiva de vida deve-se a melhorias na saúde pública, avanço da medicina, a queda das taxas de mortalidade e fecundidade, criação de políticas sociais voltadas para saúde, saneamento, assistência social, educação, trabalho, previdência social, justiça, habitação popular, agricultura e meio ambiente, dentre outros fatores, que favoreceram a intensificação desse processo.

O envelhecimento passou a ser um privilégio alcançado por um número crescente de pessoas em todo mundo, o que antes era exatamente o oposto, visto que era mínimo o número de pessoas que chegavam à velhice. Existem alguns fatores que foram mudando ao longo do tempo e contribuíram nesse cenário atual, como as progressões do nível de vida dos cidadãos, reproduzidos por algumas melhorias nas estruturas urbanas, das condições sanitárias, mudanças na garantia de saúde e progressos médico-tecnológicos, e nas condições de trabalho.

Envelhecimento é uma consequência da condição humana, ou seja, o envelhecer não é um estado momentâneo, mas sim um processo que se inicia a partir do momento em que chegamos ao mundo. Já a velhice é a condição do ser com idade avançada que experimentou o processo do envelhecimento, como explica Costa (Costa, 1998, p.26):

Envelhecimento: processo evolutivo, um ato contínuo, isto é, sem interrupção, que acontece a partir do nascimento do indivíduo até o momento de sua morte [...] é o processo constante de transformação. Velhice: é o estado de ser velho, o produto do envelhecimento, o resultado do processo de envelhecer.

Beauvoir também explana sobre, “a velhice não é um fato estático; é o término e o prolongamento de um processo, processo este denominado de envelhecimento” (Beauvoir, 1970, p.17).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o critério cronológico usado para estabelecer o início da velhice é de 65 anos para os países desenvolvidos e de 60 para os em desenvolvimento, pois os países mais desenvolvidos investem mais nos sistemas de bem estar social, cerca de 20% do Produto Interno Bruto (PIB) é voltado para as políticas sociais, enquanto os que possuem uma baixa renda ainda buscam investir na economia de seus países (ZIMMERMANN, 2009). Contudo, a idade cronológica não é o único indicador que pode determinar o envelhecimento, já que este é “um processo biológico, psicológico e social” (MASCARO, 1996, p.41), mas ainda assim, é a idade o indicador mais utilizado.

Especialistas, como Morin (1997) e Ballone (2000) afirmam que cada envelhecimento depende de fatores hereditários, dos ambientes frequentados durante a sua existência, da dieta alimentar, do estilo de vida de cada indivíduo; da sua idade psicológica, que está ligada à capacidade percepção, memória e aprendizagem; e a idade social, que seria a adequação do ser a papéis sociais e a apresentar comportamentos ditos como adequados para sua faixa etária. Então, para que haja uma qualidade de vida durante o processo de envelhecimento, é preciso que ele seja ativo, resultando assim em uma senescência saudável.

De acordo com Mercadante (2002):

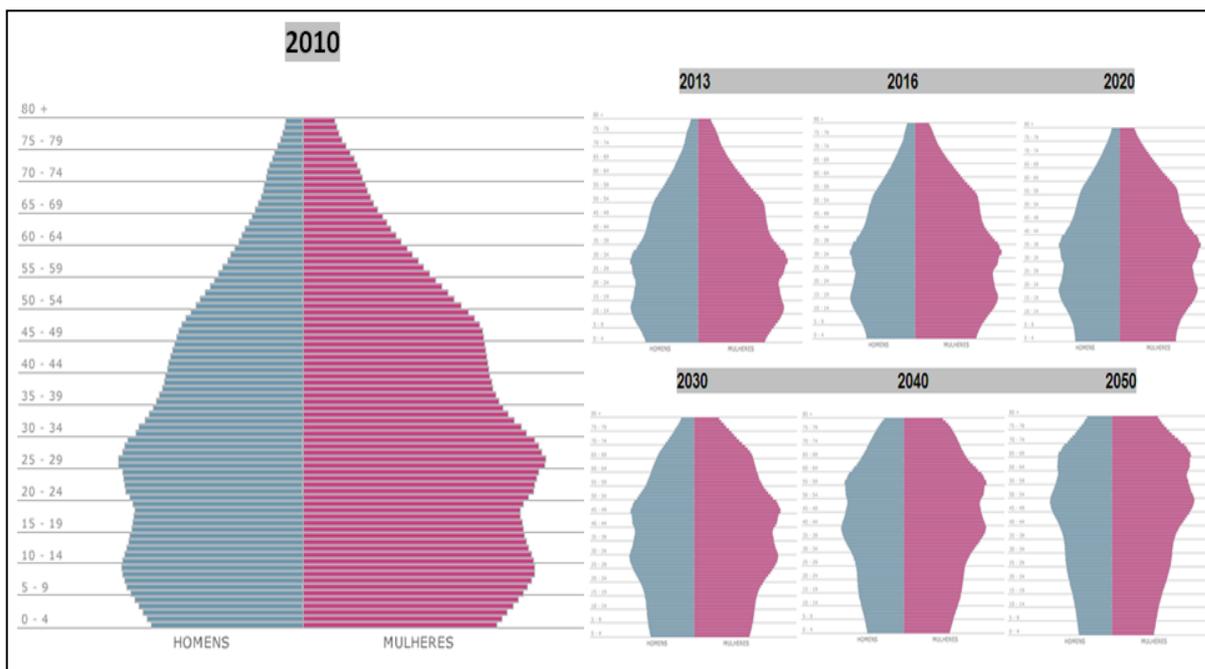
O envelhecimento social é a dimensão construída pela sociedade. Nas sociedades antigas, em geral, ser velho conferia uma posição dignificante, todos que atingiam essa etapa eram acatados como sábios. Nas sociedades contemporâneas, na sua maioria, ser velho significa estar excluído de vários lugares sociais. Um desses lugares é aquele relativo ao mundo do trabalho.

O velho, antes de chegar à velhice, durante sua juventude, está inserido no mercado de trabalho, pois ainda é tido como possuidor da força de trabalho e ainda não possui limitações, sendo produtor de mais-valia dentro do processo de produção capitalista. Porém durante seu envelhecimento, ele passa a adquirir diversos problemas, consequentes de seu modo de vida, mas é somente na velhice que esses problemas se agravam e se tornam como características dessa fase, fazendo com que o indivíduo não seja visto mais como um ser produtivo, mas como um ser limitado e sem uma reserva funcional suficiente para continuar no mercado de trabalho, sendo incapaz de produzir a mais-valia e assim, não mais útil ao

capitalista. Isso acaba por associar o envelhecimento a uma imagem de invalidez, fazendo com que o indivíduo acredite que a velhice é a fase em que só pode se esperar pela morte e torna-se um ser incapaz, dependente e excluído do convívio social que tinha durante sua juventude.

Porém a ONU traz a imagem do que deve ser o envelhecimento ativo, “baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela ONU” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005, p. 14). A definição de envelhecimento ativo adotado pela Organização Mundial da Saúde – OMS, no final da década de 90: “Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005, p. 13). O gráfico abaixo apresenta a projeção do aumento da população mundial no período de 2010 a 2050, onde é possível verificar o estreitamento da base da pirâmide e o alargamento do topo, isto é, a redução da população jovem e o aumento da população idosa, caracterizando o envelhecimento populacional:

Figura 1: Pirâmides etárias absolutas:



Fonte: IBGE, 2016.

Segundo os dados do perfil dos idosos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2000), em 1950 havia cerca de 204 milhões de idosos no mundo, e em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas. Isso significa que houve um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. No ano de 2001, o Brasil contava com 15,5 milhões de idosos segundo o IBGE, já em 2011 o número de pessoas com sessenta anos ou mais torna-se um contingente de 23,5 milhões de pessoas. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será um montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade. Mascaró enfatiza que a longevidade atribuída a outros fatores gera uma transformação na percepção do envelhecer:

O aumento da longevidade, o progresso social e científico, as transformações na estrutura da família, a modernização dos costumes acarretam transformações profundas na sociedade e no comportamento das pessoas. À medida que a longevidade aumenta mais etapas na vida poderão ser vividas. (1996, p.68)

Porém o envelhecimento é visto de forma pejorativa em uma sociedade capitalista, onde a velhice é a fase onde o trabalhador já não possui a mesma força de trabalho que um jovem, sua utilidade de produção perde o valor e deixa de ser mão de obra. Mercadante (2002) ressalva a caracterização negativa da velhice em uma sociedade capitalista:

A velhice está diretamente relacionada ao alojamento do mundo produtivo nas sociedades capitalistas contemporâneas, onde os aspectos negativos de improdutividade, decadência, devido à valorização da força de produção, criam barreiras para a participação do velho em diversas dimensões da vida social. A inadaptação do idoso aos padrões ideais estabelecidos pela sociedade, como a perda do papel profissional com a aposentadoria e a perda do papel na família como chefe de família e provedor, conduz ao isolamento, onde o idoso vai diminuindo seus contatos com o mundo em que vive, surgindo sentimentos de inutilidade e solidão, levando à depressão e muitas vezes à morte.

No mundo do trabalho, o processo de envelhecimento não é valorizado, pois as mudanças acarretadas durante esse processo, como as biológicas, interferem diretamente no meio de produção. As pessoas que chegam à velhice nos anos atuais já foram trabalhadores, que um dia ofereceram sua força de trabalho e vitalidade em troca de um salário, que seria usado para sua sobrevivência e a de

sua família. Com a chegada da velhice, sua força de trabalho não é mais valorizada, e é substituída por alguma mais nova, deixando esse velho que dedicou os anos de sua juventude e sua saúde a um trabalho assalariado, como sendo um ser inútil e sem funcionalidade e que seria incapaz de realizar tarefas laborais, mesmo que tais limitações adquiridas durante o envelhecimento fossem fruto do próprio modo de trabalho. Segundo Marx “a sociedade, assim como a característica fundamental do homem está no trabalho. É do e pelo trabalho que o homem se faz homem, constrói a sociedade, é pelo trabalho que o homem transforma a sociedade e faz a história” (1988:409). Assim então, o idoso é excluído da lógica de produção e trabalho e visto que ele não está mais ativo, não se encontra mais como produtor de mais valia para o capitalista e também não faz mais parte do exército de reserva.

Simone de Beauvoir em *A Velhice* traz um questionamento que resume em poucas palavras a maior dúvida em relação à velhice, e Mascaro traz essa pergunta: Como deveria ser a sociedade para que o homem continue sendo homem, quando velho? “A resposta é simples: seria necessário que ele fosse sempre tratado como homem” (MASCARO, 1996, p.88). Reconhecer o envelhecimento como um processo natural, no qual o ser velho continua sendo possuidor de direitos, contudo com algumas especificidades, é crucial para poder compreender que a velhice não é sinônimo de morte ou invalidez. A senescência traz consigo variações, que podem ser determinadas pelo modo de vida que cada indivíduo leva, então, não sendo ela responsável por todas as enfermidades que o homem carrega consigo quando velho, pois estas podem ser adquiridas antes mesmo da chegada da velhice, e com o abeiramento dessa nova fase, as mazelas acabam por piorar, pois o corpo sofre transformações biológicas:

Para entender o processo de envelhecimento é necessário ter uma compreensão da totalidade e da complexidade do ser humano, pois cada aspecto seja biológico, cultural ou social não estão desconectados. Desse modo, entende-se os ciclos pelo qual o ser humano perpassa na sua existência. (Araldi, 2008, p. 16).

Beauvoir afirmou também que: “a velhice não poderia ser compreendida senão em sua totalidade; ela não é somente um fato biológico, mas também um fato cultural” (1990, p. 20). Essas mudanças sofridas durante o envelhecimento levantam questões que são específicas a este processo, com isso, foi necessário assegurar a

essa nova massa, direitos que garantissem que a qualidade de vida não fosse afetada, que suas especificidades como velhos fossem assistidas.

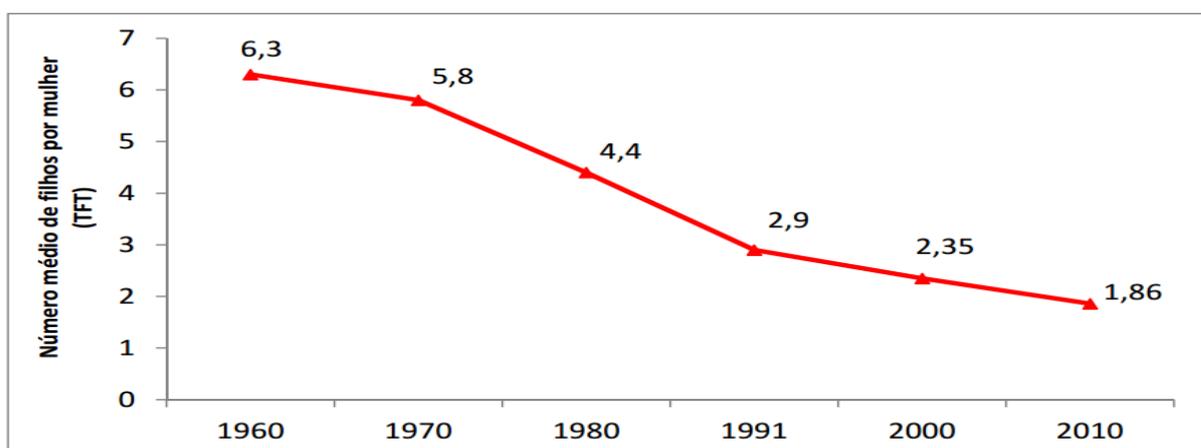
A política social tem como uma de suas principais funções a concretização de direitos de cidadania conquistados pela sociedade e amparados pela lei. Os direitos com os quais as políticas públicas se identificam, e devem concretizar, são os direitos sociais, que se guiam pelo princípio da igualdade, embora tenham no seu horizonte os direitos individuais que se guiam pelo princípio da liberdade (PEREIRA-PEREIRA, 2006, p. 101).

O idoso deve ser tido como sujeito de direito, apto a construir sua própria memória, a partir de suas experiências vividas em sua existência, durante todas as etapas de sua vida.

2.1. CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL:

O Brasil é tido como um país em desenvolvimento, pois, apesar de possuir um desenvolvimento econômico crescente e um nível de expectativa de vida que cresce a cada ano, ainda possui carências estruturais em sua sociedade. A expectativa de vida no Brasil vem aumentando consideravelmente, fazendo com que os idosos constituem a parcela mais crescente no país; a redução dos níveis da mortalidade devido à criação de antibióticos juntamente com as melhorias no saneamento básico que tiveram início a partir da década de 40, e diminuição da fecundidade a partir da década de 60 são os fatores de maior impacto sobre a estrutura etária.

Figura 2: Gráfico de Evolução da queda da taxa de fecundidade total no Brasil entre 1960 e 2010:



Fonte: Censos Demográficos IBGE. Extraído de: ALVES, 2011.

Para justificar a queda contínua da taxa de fecundidade no Brasil desde 1960, existem alguns fatores que foram determinantes, como a urbanização e o movimento de transição populacional das zonas rurais para esses centros urbanos em busca de uma melhor qualidade de vida, conseqüente do início do processo de industrialização. Maior oferta de trabalho assalariado, inclusão da mulher no mercado de trabalho, fortalecimento do poder de compra da classe trabalhadora possibilitando um maior nível de consumo, redução do que alguns autores chamam da pobreza, os avanços tecnológicos na área da saúde, que geraram a queda da mortalidade infantil e uma maior perspectiva de vida.

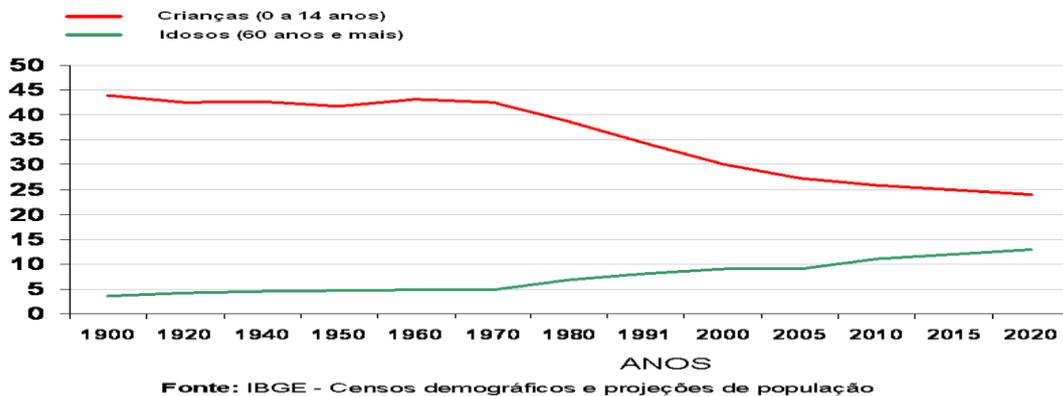
Ainda podemos colocar também como fatores de contribuição, o maior investimento em políticas públicas, como por exemplo, saúde, educação, previdência e crédito, desenvolvimento de leis e regulamentações que garantissem os direitos dos cidadãos brasileiros e respeitassem suas novas organizações na sociedade, e diversificação dos arranjos familiares. O Incentivo de educação para qualificação profissional, maior empoderamento feminino e inserção em todos os espaços sociais, principalmente no mercado de trabalho, e as novas organizações familiares.

Todos esses marcos acima implicaram no modo de vida de toda população, que em busca uma melhor qualidade de vida, gerou a diminuição do índice de fecundidade, trazendo uma perspectiva de um futuro onde a população será parcialmente estável, entretanto mais idosa e com um nível de crescimento diminuto e decrescente. Até 2050, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, isso significa que, uma grande parcela da população brasileira estará envelhecida, e nesse sentido será equivalente a países de alta renda, mesmo não possuindo o aparato social comparável em relação ao processo de envelhecimento e o idoso que existem nos países desenvolvidos. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente gradualmente suas possibilidades de morte”.

Camarano afirma que, “o envelhecimento populacional brasileiro pode ser traduzido no aumento da proporção da população de 60 anos e mais no total da

população brasileira” (CAMARANO, 1999, p. 1). Como indicam as projeções, a população idosa será um montante crescente em relação à população infantil de 0 a 14 anos de idade que apresenta um gradual declínio em relação a esta:

Figura 3: Gráfico de Proporção de Criança e idosos na População Total Brasil 1900 a 2000



Na imagem acima, podemos visualizar a grande variação em relação a proporção da população de idosos e crianças desde do ano de 1900, onde até 1970, o crescimento das populações eram praticamente estáveis. Foi no meado de 1970 que houveram grandes mudanças como é possível visualizar no gráfico, onde o número de proporção de crianças começou a cair bruscamente, enquanto a proporção de idosos teve uma crescente progressiva, mostrando uma realidade que já foi afirmada anteriormente, que em 2050 o Brasil será um dos países de população mais idosa do mundo.

A senescência nada mais é do que a diminuição natural e progressiva da reserva funcional dos seres vivos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os idosos - pessoas com mais de 60 anos - somavam 23,5 milhões dos brasileiros em 2011, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas. O Índice de Envelhecimento (IE) no Brasil em 2015 chega a 34,05, e tem índice esperado para 2030 de 76,39; na Bahia esses índices são respectivamente de 24,91 em 2015 e 65,33 em 2030. Segundo os dados estatísticos do IBGE (2000, 2013), o aumento da população idosa tem ocorrido de forma mais acentuada que nos países desenvolvidos, em 1950 - 4,4% da população estava na faixa etária acima de 60 anos; em 1991 - 7,4%; em 1996 - 12,4%; para 2020 estima-se que 13,8% da população será idosa, em

2025 – 16,2, em 2030 – 18,6, em 2040 23,8, em 2050 - 29,4, e em 2060 será de 33,7 a porcentagem de idosos.

Tabela I: População total de pessoas idosas: 1960-2020 (em milhões; projeções são variantes médias):

Regiões	1960			1980		
	População total	Acima de 65 anos	Acima de 80 anos	População total	Acima de 65 anos	Acima de 80 anos
Mundo	3.037,0	165,3	19,9	4.432,1	259,5	35,3
Regiões mais desenvolvidas (a)	944,9	80,3	11,7	1.131,3	127,8	20,9
Regiões menos desenvolvidas (b)	2.092,3	85,0	8,1	3.300,8	131,7	14,4

Regiões	2000			2020		
	População total	Acima de 65 anos	Acima de 80 anos	População total	Acima de 65 anos	Acima de 80 anos
Mundo	6.118,9	402,9	59,6	7.813,0	649,2	101,6
Regiões mais desenvolvidas (a)	1.272,2	166,0	30,2	1.360,2	212,4	43,4
Regiões menos desenvolvidas (b)	4.846,7	236,9	29,4	6.452,8	436,9	58,2

(a) Regiões mais desenvolvidas: América do Norte, Europa, Japão, Austrália, Nova Zelândia e União Soviética.
 (b) Regiões menos desenvolvidas: África, América Latina, Ásia (exceto Japão), Oceania (exceto Austrália e Nova Zelândia).

Fonte: (KALACHE, et al. 1987.)

Toda a transição demográfica que é observada acima foi explanada pelo demógrafo Warren Thompson, que conta com quatro conceitos para explicar sua teoria – natalidade (relação entre o número de nascidos vivos e o total da população em um dado lugar, num dado período de tempo), mortalidade (número de óbitos em relação ao número de habitantes) e fecundidade (capacidade de reprodução de determinada sociedade). A transição demográfica é dividida em quatro fases:

- Fase 1 (pré-moderna): ocorre variação da população, dependendo de eventos naturais (mudanças climáticas, enfermidades, etc.). Há grande população jovem, pois as taxas de natalidade e mortalidade são equivalentes e altas;
- Fase 2 (moderna): queda das taxas de mortalidade devido à maior disponibilidade de alimentos e de condições sanitárias básicas. Há o controle de certas doenças devido a inovações nas áreas da medicina, resultando no aumento da taxa de nascimento e da população;

- Fase 3 (industrial): êxodo rural, diminuição da modalidade da agricultura como principal fonte de sobrevivência, urbanização, melhora da renda familiar, entrada da mulher no mercado de trabalho, acessibilidade a métodos contraceptivos, diminuição da taxa de nascimentos.
- Fase 4 (pós-industrial): diminuem as taxas de natalidade e mortalidade, aumento da perspectiva de vida, elevando a proporção de idosos; encolhimento da população de jovens gerando a necessidade de imigração dos mesmos para ocuparem vagas em empregos de baixa remuneração.

Em relação à distribuição geográfica da população idosa brasileira, houve um grande crescimento de idosos, variando por regiões. De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2012, a população de idosos com 60 anos ou mais chegou a 12,6% da população total; enquanto a população de idosos com 65 anos ou mais chegou a 8,6%. Classificando essas porcentagens em relação às regiões brasileiras (NORTE, NORDESTE, CENTRO-OESTE, SULDESTE E SUL) temos a seguinte distribuição:

Tabela II: Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, por grupos de idade, segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e as regiões Metropolitanas, 2012

Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas	Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, por grupos de idade (%)					
	Total	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou mais
Brasil	12,6	4,0	3,0	2,4	1,6	1,7
Norte	8,1	2,8	1,9	1,5	1,0	1,0
Rondônia	7,8	2,8	1,8	1,6	0,8	0,8
Acre	7,2	2,8	1,4	1,3	0,7	1,1
Amazonas	7,7	2,4	1,9	1,3	0,9	1,1
Roraima	6,3	2,4	1,5	0,9	0,8	0,8
Pará	8,5	3,0	1,9	1,6	1,0	1,0
Região Metropolitana de Belém	10,1	3,3	2,5	1,9	1,1	1,3
Amapá	5,1	2,0	1,2	0,6	0,6	0,6
Tocantins	10,5	3,4	2,5	2,0	1,4	1,2
Nordeste	11,9	3,5	2,7	2,3	1,4	1,9
Maranhão	10,4	3,2	2,3	1,9	1,5	1,5
Piauí	12,3	3,8	2,7	2,4	1,6	1,6
Ceará	13,0	3,8	2,9	2,4	1,6	2,3
Região Metropolitana de Fortaleza	11,4	3,5	2,6	1,9	1,4	2,0
Rio Grande do Norte	11,6	3,3	2,6	2,4	1,4	1,9
Paraíba	12,9	3,6	3,0	2,5	1,6	2,2
Pernambuco	12,5	3,7	2,9	2,5	1,4	1,8
Região Metropolitana de Recife	13,0	4,1	3,0	2,6	1,5	1,8
Alagoas	10,4	3,3	2,7	1,7	1,1	1,7
Sergipe	10,4	3,2	2,3	1,9	1,2	1,7
Bahia	11,9	3,6	2,8	2,4	1,3	1,9
Região Metropolitana de Salvador	10,4	3,6	2,4	1,9	1,1	1,3
Sudeste	13,8	4,4	3,3	2,6	1,8	1,8
Minas Gerais	13,0	4,0	3,1	2,4	1,7	1,8
Região Metropolitana de Belo Horizonte	11,6	3,9	2,8	2,2	1,4	1,4
Espírito Santo	12,7	4,2	2,9	2,3	1,7	1,7
Rio de Janeiro	16,1	5,1	3,6	2,8	2,3	2,2
Região Metropolitana do Rio de Janeiro	16,6	5,1	3,7	2,9	2,5	2,4
São Paulo	13,4	4,3	3,2	2,5	1,7	1,6
Região Metropolitana de São Paulo	13,0	4,3	2,9	2,5	1,7	1,5
Sul	14,2	4,7	3,6	2,6	1,5	1,8
Paraná	12,9	4,4	3,2	2,4	1,4	1,6
Região Metropolitana de Curitiba	11,5	4,0	2,9	1,9	1,3	1,3
Santa Catarina	13,0	4,1	3,4	2,4	1,4	1,6
Rio Grande do Sul	16,1	5,2	4,1	2,9	1,8	2,1
Região Metropolitana de Porto Alegre	14,1	4,7	3,6	2,4	1,7	1,8
Centro-Oeste	10,8	3,7	2,7	1,9	1,3	1,2
Mato Grosso do Sul	11,2	4,0	2,5	1,9	1,4	1,4
Mato Grosso	9,9	3,7	2,5	1,6	1,1	1,0
Goiás	11,4	3,6	2,8	2,2	1,4	1,4
Distrito Federal	9,7	3,4	2,7	1,7	1,0	0,9

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2012.

Essa tabela mostra como o número de idosos varia entre as regiões, com poucas diferenças, porém mostrando que as regiões onde a industrialização iniciou no país, e onde a imigração foi mais forte, a população de velhos teve uma maior proporção em relação às outras faixas etárias. Em todas as regiões brasileiras, as proporções de idosos são altas comparadas ao total, o que ressalta que o crescimento do processo de envelhecimento é uma realidade em todo o país, mesmo que cada região possua suas características demográficas específicas. Apresentado os dados demográficos sobre o envelhecimento no Brasil, é notável como a população caminha para uma nova fase, no qual, a velhice deixará de ser um estado na minoria, e passará a ser uma condição da maior parcela da população. Pensando nisto, foi necessário criar uma base na esfera do jurídico nacional, onde foram criadas as:

- Constituição Federal de 1988:

“A Constituição de 1988 abriu espaço, por meio de legislação específica, para práticas participativas nas áreas de políticas públicas, em particular na saúde, na assistência social, nas políticas urbanas e no meio ambiente” (AVRITZER, 2009, p. 29-30). Em seu Capítulo VII, Título VIII, nos artigos 229 e 230 que apresentam regulamentos sobre o tema, mas não sistematiza políticas de acordo com as especificidades da velhice:

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

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

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

Visto que foi necessária a criação de outras ferramentas que indicassem os idosos como indivíduos de direitos específicos, onde a Constituição serviu como substrato, em 04 de janeiro de 1994, por meio da Lei Federal 8.842/94 foi instituída a Política Nacional do Idoso (PNI).

- A Política Nacional do Idoso, Lei 8.842 (BRASIL, 1994):

Trouxe uma nova perspectiva para o atendimento ao idoso, considerando-o como um cidadão com direitos e deveres e como pessoa em desenvolvimento, apta a se cuidar e tomar as suas próprias decisões. Regulamentou os direitos sociais dos idosos, assegurando independência, participação e atuação real como mecanismo de cidadania. Sendo uma lei que foi de diversas formas requisitada por toda a população, resultou de diversos debates e observações realizadas em diversos estados, tendo participação ativa de idosos, gerontólogos, geriatras, professores acadêmicos, aposentados e instituições representativas dessa população, que redigiram um documento que tornou-se teor base da lei. Consta como princípios no 3º art.:

I. A família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

- II. O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III. O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV. O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V. As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

Tais conceitos afirmam os direitos e deveres dos idosos como cidadãos, e da família e sociedade como sendo parte indissociável desse processo; mostram quais devem ser os objetivos das medidas que devem ser tomadas para que haja a promoção de um envelhecimento digno e de qualidade.

- O Estatuto do Idoso - Lei 10.741 (BRASIL, 2003):

Foi criado com a finalidade de garantir direitos e estipular deveres, visando melhorar a vida dos Brasileiros com mais de 60 anos, só veio reafirmar de forma mais característica todos os direitos previstos na Política Nacional do Idoso. O Estatuto do Idoso tem a intenção de fazer vigorar os direitos já garantidos na Constituição Federal de 1988, principalmente em relação à proteção dos direitos dessa população específica, e como já foi colocado acima, também é um instrumento que intensifica as diretrizes contidas na Política Nacional do Idoso (PNI) a fim de assegurar condições mínimas de tratamento com excelência para os idosos e minimizando as consequências das desigualdades sociais; trazendo assim uma face da velhice como sendo um direito, e o idoso um ser humano como os demais que o rodeiam, tornando-se possuidor do direito de ter uma vida digna, onde possa exercer sua cidadania e tenha oportunidades iguais de desenvolvimento:

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (Brasil, 2003)

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- I. Atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

- II. Preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;
- III. Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;
- IV. Viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;
- V. Priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuem ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;
- VI. Capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;
- VII. Estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;
- VIII. Garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.
- IX. Prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda. (Incluído pela Lei nº 11.765, de 2008).

Porém também se deve destacar que a proteção à velhice já era certificada no artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos, que foi adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 10 de dezembro de 1948:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito a segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

Porém isso não foi o suficiente para que os direitos dos idosos fossem considerados e assegurados. Como está previsto na Política Nacional do Idoso (PNI), em seu artigo 3º, “é dever da família, do Estado e de toda sociedade assegurar a promoção de vida digna e saudável ao idoso, garantindo sua participação na comunidade, defendendo seu direito à vida, a sua dignidade e bem estar”. Toda via, em nossa realidade brasileira ainda não está nem perto do ideal que é previsto na lei, pois o número de idosos que ainda se encontram em condições de pobreza, com dificuldade de locomoção, acesso precário à saúde que na maioria das vezes não atendem a suas especificidades, à educação e a outros tipos de serviços, são consideráveis. Isso resulta de políticas públicas que ainda são insuficientes, incompletas, mal implantadas e mal gerenciadas para cobrir essa determinada população, que aumenta de número aceleradamente.

Camarano afirma que - “o envelhecimento populacional traz novos desafios, sobretudo a transferência de recursos para atender as especificidades desse segmento da população” (1999, p.20-21). O aumento da população senil gera várias consequências, mas as que possuem mais destaque são as demandas de saúde: onde as doenças crônico-degenerativas, não aumentam os valores de internação e tratamento por pessoa, mas conseqüentemente geram maior assiduidade de internações hospitalares, consultas ambulatoriais, e utilização de remédios. Existem também outras duas questões que são o agravamento da pobreza e a exclusão para aqueles que ingressam na velhice. No núcleo familiar também são grandes as mudanças que ocorrem, visto que há o aumento do número de idosos dentro do lar, e assim surgem dificuldades como: a ausência de preparação, pouca disponibilidade de serviços específicos para esses idosos, insuficiência de tempo para que os cuidados com o idoso sejam o que ele precisa a estrutura física do domicílio que muitas vezes não são compatíveis com as necessidades dos idosos, e a renda que não é suficiente para todas as demandas. Essas são algumas adversidades que são enfrentadas no cotidiano dos brasileiros.

Assim, o envelhecimento populacional é um processo delicado no modo de produção capitalista, que vai além de uma mudança demográfica, pois assume uma posição de questão social que requer políticas e programas sociais efetivos para a consolidação dos direitos do idoso, da mesma maneira que, táticas para incentivar a colaboração da sociedade e dos idosos, para o cumprimento das políticas e dos direitos sociais dessa massa populacional.

2.2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA BAHIA

Trazendo essa breve análise sobre o envelhecimento para mais perto do objeto de pesquisa, a apresentação de dados sobre esse fenômeno no Nordeste e especificamente no estado da Bahia é necessária. De acordo com alguns dados dos censos demográficos, a taxa de fecundidade na Bahia seguindo o movimento mundial e nacional, que era de 7,2 filhos por mulher no ano de 1970, diminuiu para 3,6 filhos por mulher no ano de 1991, e conseqüente decresceu para 2,5 filhos por mulher em 2000, e em 2013 a taxa estava em 1,61 filhos por mulher. A perspectiva

de vida teve um crescimento de 11,4 anos de 1980 a 2004, sendo esse aumento de respectivamente de 59,7 anos para 71,2 anos, e atualmente, no ano de 2016, essa expectativa de vida chega aos 73,47 anos.

Tabela III: população de 60 anos ou mais de idade Brasil, Nordeste, Bahia e Cachoeira, 2010:

População de 60 anos ou mais de idade Brasil, Nordeste, Bahia e Cachoeira, 2010		
Área Geográfica	Nº	% do Total aproximadamente
BRASIL	20.590.599	10,8
NORDESTE	5.456.177	10,3
BAHIA	1.451.206	10,4
CACHOEIRA	3.355	10,5

Fonte: IBGE

Tendo como base as idades de 60 ou mais para identificar a população idosa, a percentagem da população de idosos foi aproximadamente de 10,8% no Brasil, 10,3% na região Nordeste de acordo com o Censo de 2010, feito pelo IBGE. No estado da Bahia, onde a população total era de 14.016,906 milhões de habitantes, de acordo com o Censo 2010, dividido em 417 municípios, o número de idosos chegava a 1.451,206 ou 10,4% do total, já a população de faixa etária de 0 a 29 anos eram de 54% do total da população, ou seja, 7,6 milhões de pessoas. Em 2030, a percentagem de idosos baianos chegará a 10,8% aproximadamente, demonstrando o efeito de redução da base e o alargamento do topo da pirâmide demográfica.

Há alguns anos atrás, o nível de crescimento contínuo do número de cidadãos brasileiros era grande, e na Bahia isso não era diferente. Estudos afirmam que, em respeito à estrutura etária no estado baiano, haverá modificações no perfil da pirâmide etária para os próximos anos (2010-2030), onde o processo de declínio da fecundidade, a queda contínua da taxa de mortalidade, mudanças na disposição espacial da população (rural-urbana) resultam no aumento da longevidade. A taxa de crescimento populacional seguirá decaindo, apontando que, apesar de haver um crescimento populacional estadual, ele diminuirá cada vez mais, isto é, entre os anos de 2010 e 2030 a população baiana crescerá de forma mais lenta, porém

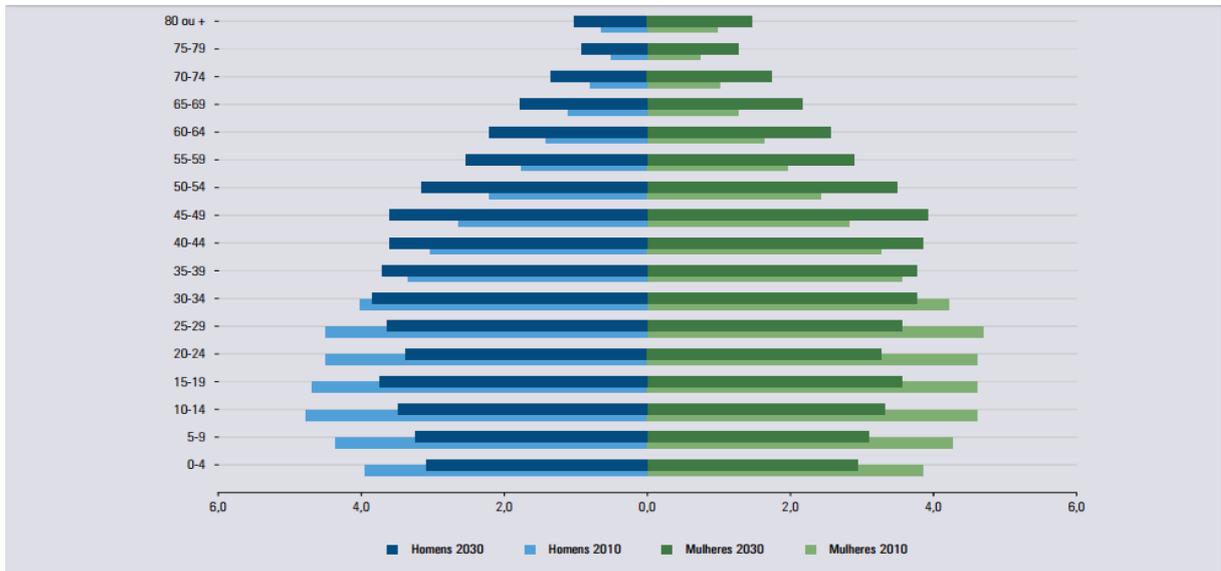
aumentará o número de cidadão que chegam à velhice, sendo assim serão elevadas as demandas populacionais por serviços e políticas públicas.

Fazendo uma análise das projeções demográficas, das mudanças nas proporções etárias, é possível visualizar aumento da procura de serviços aos idosos, seguida de uma queda nas demandas para crianças e jovens, realidade que modificará as bases das políticas sociais, de saúde, seguridade e educação. Assim, será necessário investir na criação e desenvolvimento de serviços voltados à população crescente de idosos (acima de 60 anos) principalmente no âmbito das políticas públicas segundo esse segmento populacional, que é formado por idosos que possuem diversas especificidades. Segundo Papaléo Netto (2002:10) a velhice pode ser considerada como sendo:

O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados. [...] o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte. (NETTO,2002)

E é válido citar que a maior parte dessa parcela de idosos são mulheres, provando uma das características da população velha que é a feminização da velhice, que possuem um diferencial notável de longevidade em relação aos homens, sendo que na Bahia, no ano de 2004, a expectativa de vida era de 74,5 anos para as mulheres, e de 68,0 anos para os homens. Essa diferença é resultado de um cuidado maior das mulheres com a saúde, onde buscam desde sua juventude, cuidados como prevenção e manutenção de sua saúde, já com os homens não existe essa procura em prevenção de doenças, mas sim quando já há sinais de alguma enfermidade, pulando a fase de prevenção e indo para fase de diagnóstico.

Figura 4: Gráfico Distribuição da população projetada, por sexo e grupos de idade - Bahia – 2010-2030:



Fonte: LED/Cedeplar

Elaboração: SEI/Dipeq/Copesp

Essa diferença é resultado de um cuidado maior das mulheres com a saúde, onde buscam desde sua juventude, cuidados como prevenção e manutenção de sua saúde, já com os homens não existe essa procura em prevenção de doenças, mas sim quando já há sinais de alguma enfermidade, pulando a fase de prevenção e indo para fase de diagnóstico. Como consequência, na fase da velhice, as mulheres acabam por sendo na maioria das vezes as cuidadoras de seus parceiros, a viuvez também é predominante para elas, e em instituições asilares, elas estão em maior número.

Existem outros fatores que eram considerados colaboradores para essas diferenças etárias, como por exemplo, o tipo de trabalho desenvolvido durante a juventude, que nas gerações anteriores, trabalhos tidos como de alto risco e pesados eram realizados por homens, porém, nos últimos anos podemos ver que esse fator já não contribui tanto, pois essa distinção de trabalhos não é de fato mais considerada, e mulheres e homens desempenham ofícios que possuem o mesmo nível de risco e esforço. Mais a frente será abordado um pouco mais sobre a saúde do idoso baseado em estudos gerontológicos, porém, é necessário comentar que no estado da Bahia, a maioria dos municípios não possuem geriatras atuando ativamente como é previsto no Estatuto do idoso no capítulo IV, artigo 15º, que

afirma que a prevenção e manutenção da saúde das pessoas idosas deverá ser realizada através de suporte geriátrico e gerontológico em espaços ambulatoriais, mediado pelo Sistema único de Saúde (SUS).

No estado da Bahia, o Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso (Creasi) desde 22 de janeiro de 1999 oferece serviços de acompanhamento e tratamento de doenças vinculadas ao processo de envelhecimento, onde são atendidos idosos que são usuários do Sistema Único de Saúde, e que precisam de tratamentos específicos e intensivos. O serviço atua juntamente com a Rede Básica de Saúde, onde é feito os encaminhamentos, e assim realizado o atendimento no Centro. A grande questão que dificulta o acesso a esse centro é que ele fica localizado na cidade de Salvador, e é um dos poucos que atendem a demanda de todo o estado nesses requisitos específicos. Ele é um órgão ainda desconhecido pela maior parcela da população baiana, que não é informada sobre esse serviço prestado, e isso também prejudica o acesso a esse centro.

2.3 DADOS SOBRE A SENESCENCIA EM CACHOEIRA:

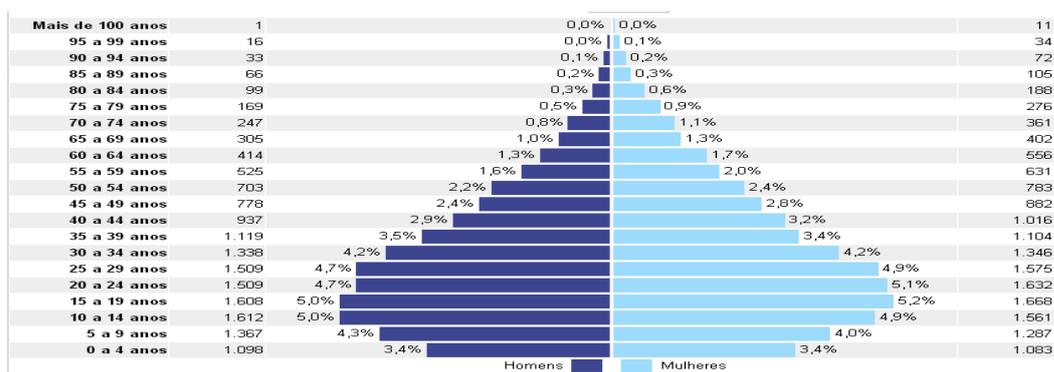
A cidade de Cachoeira é conhecida por sua riqueza histórica e cultural, fica localizada no Recôncavo baiano à margem esquerda do Rio Paraguaçu, sua área territorial é de 395 quilômetros quadrados. Foi fundada em 1531, era uma terra fértil para o cultivo de cana de açúcar e o desenvolvimento do fumo, e por ter uma localização favorável para o transporte de suas produções, pois ficava em um cruzamento de rotas que se direcionavam ao sertão, ao Recôncavo, às Minas Gerais e à Salvador.

“Historicamente, Cachoeira foi a pioneira no movimento emancipador do Brasil. Dali partiram os primeiros brados de revolta contra a opressão lusitana e surgiram mais tarde os batalhões patrióticos, liderados por figuras como a do Barão de Belém, Rodrigo Antônio Falcão Brandão, Maria Quitéria de Jesus a mulher-soldado, dentre outras que imortalizaram na história Nacional. A 25 de Junho de 1822, antecipando o Grito do Ipiranga, Cachoeira já proclamava o Príncipe D. Pedro I como Regente: estava lançada a semente, que frutificou em 2 de Julho de 1823, quando a Bahia definitivamente tornou-se livre do jugo português, consolidando a Independência do Brasil. Neste dia, pela primeira vez na História, a sede do Governo Baiano foi transferida oficialmente para a Cidade. A data comemora o 25 de Junho de 1822, quando Cachoeira e alguns Municípios vizinhos, iniciaram as lutas pela Independência da Bahia. Cachoeira, a Heróica, assim denominada pela lei nº 43, de 13 de Março de 1837, em virtude dos seus feitos, foi a Sede do Governo Provisório do Brasil durante a

guerra da Independência em 1822 e, novamente, em 1837, quando ocorreu o levante da Sabinada.” (IBGE, [200-?])

Formada por uma população mesclada por afro-descendentes (maior contingente) e descendentes de portugueses, suas culturas e religiões, mesmo sendo distintas, estão presentes de forma ativa e pacífica em todo o município. É válido citar também que a grande maioria da população é negra. Como palco de uma rica história, onde sua população foi protagonista de grandes marcos como a independência do Brasil, Cachoeira possui uma grande diversidade cultural, que vai desde religiões a modos de vida. Sua população foi aumentando com o passar dos anos, e junto com esse crescimento, a expectativa de vida também progrediu, assim, aumentando o número de idosos no município. De acordo com o Censo 2010 feito pelo IBGE, Cachoeira que constava com uma população total de 32,026 pessoas, destes, 3,355 cidadãos eram idosos, respectivamente 10,48% do total, o que já pode ser considerado como uma população idosa como afirmam Rodrigues e Soares (2006, p.3): “Uma população é considerada envelhecida quando a proporção de idosos atinge o índice entre 10-12%...”. Nessa população, 2,005 são mulheres sendo que 1,783 tinham entre 60 e 84 anos e 222 tinham 85 anos ou mais; os homens eram formados por 1,350 num total, sendo que, 1,234 tinham entre 60 e 84 anos e 116 tinham 85 anos ou mais.

Figura 5: Gráfico Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Cachoeira-Ba, 2010:



Fonte: IBGE

Da população total, 15.643 vivem na zona rural, e 16.387 vivem na área urbana. Além da zona urbana, o município é formado por distritos: Belém, Capoeiruçu, Murutuba e Santiago do Iguape, e também de povoados: Alecrim, Bela Vista, Boa Vista, Calolé, Engenho da Ponte, Formiga, Opalma, Pinguela, Ponto

Certo, Saco, Santo Antônio de Tibiri, São Francisco do Paraguaçu, Tupim dentre outros.

Os idosos estão distribuídos por todo o território municipal, os que moram na zona rural enfrentam em seu cotidiano dificuldades em relação à distância entre o centro da cidade e suas respectivas localidades de moradias, e os velhos que vivem na área urbana enfrentam os percalços da estrutura urbana da cidade, que por ser histórica, é tombada como monumento histórico, impossibilitando a reestruturação para atender as necessidades das limitações que alguns idosos e também pessoas em processo de envelhecimento possam ter. Isso seria exemplificado no tipo de calçamento das ruas, nas estreitas ou até inexistentes calçadas, falta de rampas para acesso em algumas estruturas, entre outras. Existe um grande número de idosos que durante a juventude trabalhou com a cultura da pesca, e mesmo na velhice, há aqueles que ainda continuam trabalhando, seja por necessidade ou por que gosta do que fez e não há nada que o impeça de continuar. Cachoeira possui diversos e importantes grupos culturais, como a Irmandade da Boa Morte e os grupos de samba de roda, nos quais os integrantes são parcialmente ou totalmente formados por pessoas idosas, porém não são reconhecidos como sendo um grupo de pessoas velhas, mas sim conhecidas de acordo com sua produção cultural.

Na área da saúde pública, o município disponibiliza um programa voltado para quem está perto da velhice e quem já completou os sessenta anos de idade, que é a Academia da Saúde, onde idosos são acompanhados por profissionais de educação física e nutricionistas em atividades físicas cotidianas, entretanto esse serviço é acessível somente para os usuários que moram na área urbana, visto que fica situado no centro da cidade, o que é longe para quem mora no campo, gerando um isolamento desses. Além disso, existem os serviços básicos oferecidos nas Unidades de Saúde da Família (UBS) que estão divididas em atendimento de emergência no hospital, porém, na cidade não há atendimento gerontológico e nem geriátrico, o que seria específico e necessário para a manutenção adequada da saúde dos idosos do município.

3. BREVE HISTÓRICO DA SITUAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL:

O sistema capitalista traz consigo diversas conseqüências, principalmente para as massas populares, como por exemplo, a pobreza e a desigualdade social. No Brasil, a partir de 1930, a industrialização tornou-se rapidamente o centro da economia, e em poucos anos, o país transformou-se de um país de economia baseada na cultura agrária para uma grande potência industrial, mas esse processo gerou diversas conseqüências, como a transformação demográfica da população brasileira: antes a maior parcela da população vivia em zonas rurais e tinham como meio de sustento a agricultura, depois com a industrialização, essa maioria mudou-se para zonas urbanas e começaram a ter como meio de sustento trabalhos assalariados.

Essa transformação, impulsionada na década de 1930, gerou novas demandas, pois, a maioria dos trabalhos assalariados eram em péssimas condições e mal remunerados, conseqüentemente essas pessoas não tinham como garantir o mínimo para suprir o seu bem estar e o de sua família, como saúde, moradia estruturada, educação de qualidade, e até mesmo a alimentação. A atenção à saúde pública antes da Revolução de 1930 era somente emergencialista, e atuava no controle de enfermidades, sendo essas, por exemplo, a varíola, a peste bubônica e a febre amarela, e a expectativa de vida nessa época era em média 36,49 anos. O governo federal criou iniciativas para prevenção, como vacinação, instruções sobre higiene, mapeamento e notificação de casos, isolamento de enfermos e eliminação de possíveis causas de transmissão, e é válido lembrar que as áreas urbanas eram prioridades de tal intervenção, já que a população operária habitava nessas áreas, e era necessário manter o máximo de tal mão de obra ativa.

Houveram também mudanças nas políticas de saúde, onde foi reformulado o Ministério dos Negócios de Educação e Saúde Pública, que passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde de acordo com a Lei Nº378, foi fundado também o Conselho Nacional de Saúde como instrumento do governo federal para auxiliar na administração das atividades realizadas. Porém ainda não existia assistência médica nessa época, exceto em casos tidos como de risco, como doença mental, hanseníase e tuberculose. Quando foi criado o Ministério do Trabalho, durante o Governo de Getúlio, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões

(IAPs), marco inicial para a criação do sistema de proteção social brasileiro (NETO, et al. [20--]). Os IAPs eram para todas as categorias de trabalhadores, onde o trabalhador só tinha acesso ao benefício se contribuísse; tais benefícios incluía uma melhor assistência a saúde médica e hospitalar. (NETO, et al. [20--]).

Nos meados dos anos 1940, o Estado começou a atuar ativamente na regulação das atividades econômicas, e assim, implantou no Brasil um sistema de assistência à saúde, que podia ser caracterizado como parte da proteção social, porém era baseado em interesses produtivista, visto que, foram beneficiados por esse novo sistema os trabalhadores assalariados dos novos setores da economia, quando sancionada a Lei nº 5.452 em 1º de maio de 1943 que unificava todas as legislações trabalhistas existentes no Brasil naquela época (CLT), e também a estatização da previdência social. Na década de 1940 a população total brasileira era de aproximadamente 41,2 milhões de habitantes, sendo que 12,8 milhões viviam em áreas urbanas e 28,8 milhões em zonas rurais. Durante 1940, a maioria da população urbana era parte do proletariado, eram pessoas pobres, que migraram do interior para as áreas urbanas industriais em busca de melhorias de vida.

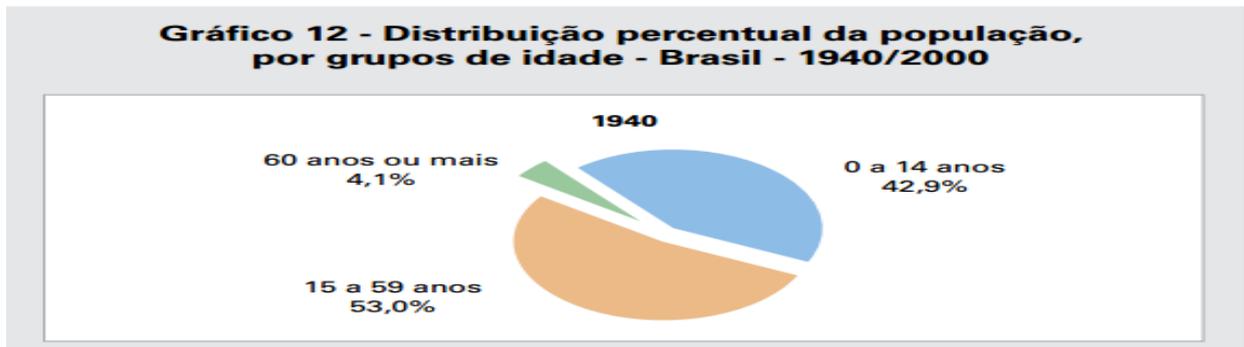
Tabela IV: População, segundo o sexo e a situação do domicílio - Brasil - 1940/2000:

Sexo e situação do domicílio	População	
	1940 (1)	2000 (2)
Total	41 169 321	169 799 170
Sexo		
Homens	20 579 364	83 576 015
Mulheres	20 589 957	86 223 155
Situação do domicílio		
Urbana	12 880 790	137 953 959
Rural	28 288 531	31 845 211

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000.

Nos anos de 1940, a taxa de natalidade estava em constante crescimento, o que garantia o aumento das futuras gerações de trabalhadores, pois a maior parcela dos nascidos daquela época eram de famílias pobres e proletárias, segundo o IBGE, o Censo de 1940, mostra que as mulheres dos grupos etários de 15 a 49 anos tinham em torno de 6 filhos, e a expectativa de vida chegava há 42,7 anos. A população idosa da época não passava de 4,1% do total, já a população jovem de faixas etárias de 15 a 59 anos era de 53%, e as crianças e adolescente de 0 a 14 anos eram 42,9% da população.

Figura 6: Gráfico Distribuição percentual da população, por grupos de idade - Brasil – 1940:



Fonte: IBGE, censo demográfico 1940

A saúde pública na década de 40 era basicamente voltada para o controle de doenças infecciosas, para casos emergenciais e para manutenção da saúde do trabalhador assalariado. Assim, a saúde se manifesta como uma questão social, que incitou, nos meados dos anos 40, diversas manifestações dos movimentos operários em busca de melhorias nas condições de trabalho na época e oferecimento de serviços de saúde de qualidade e que atendesse as demandas da população. Nas lutas sindicais, foram realizadas grandes greves que exigiam melhorias nos salários, a regulamentação do trabalho infantil e feminino, ajustes de diminuição das jornadas de trabalho, a instituição do direito de descanso semanal, serviços de saúde que visassem o bem estar da população, dentre outros.

É nesse contexto que as Políticas Sociais entram como amenizadoras dos efeitos colaterais da súbita transformação econômica que o Brasil sofreu. As políticas públicas são entendidas como conjunto de decisões e ações pelo Estado que visão a garantia de direitos sociais que são previstos em lei. Azevedo afirmou que: “Política Pública é tudo o que um governo faz e deixa de fazer, com todos os impactos de suas ações e de suas omissões” (AZEVEDO, 2003, p. 38).

Já Souza apresentou sua interpretação como:

Campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e ou entender por que o como as ações tomaram certo rumo em lugar de outro (variável dependente). Em outras palavras, o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em

programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real. (SOUZA, 2003, p. 13).

Com o passar dos anos algumas demandas sociais para além das trabalhistas começaram a tomar espaço no cotidiano, e as políticas públicas ainda não atendiam todas as necessidades básicas da população, como saúde, segurança alimentar, habitacional, educação, segurança, o transporte, a transferência de renda, dentre outros diversos. As ações das políticas sociais eram paliativas, pois geravam uma falsa sensação de seguridade dos direitos sociais, porém na verdade atuavam baseados em interesses econômicos estatais, e não na promoção dos direitos (PAIVA, 2014).

Entre 1940 e 1950, o Estado de Bem-Estar brasileiro foi assegurado a partir de transformações dos órgãos do Governo, que tiveram como base para criação desse novo estado, políticas voltadas principalmente para os trabalhadores que residiam em áreas urbanas. Porém a saúde pública que era vista como sendo demanda somente de questões trabalhistas, passa a ser uma Questão Social, visto que a população crescia de forma acelerada, e as políticas sociais vigentes não atendiam as necessidades básicas dos cidadãos que não tinham como buscar por serviços privados. Não havia ofertas de serviços que tratassem a saúde pública não sendo somente emergencialista, afetando a qualidade de vida de toda população pobre e trabalhadora, que tinha como expectativa de vida em média até 51,6 anos. O Estado burguês ainda não via a saúde como um direito de todo ser humano, e o envelhecimento era privilégio de poucos, visto que não havia aparatos para que esse processo acontecesse de maneira saudável e ativa (PEREIRA-PEREIRA, 2008).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que antes era conjunto ao Ministério da Educação. Esse ministério era responsável por qualquer questão pertinente à saúde humana, porém as ações efetuadas pelos órgãos dessa estrutura eram principalmente objetivadas para a saúde das crianças e das gestantes, pois seriam essas as futuras gerações trabalhadoras, assim, a saúde do adulto e do idoso ainda não eram colocadas como prioridades, mesmo que essas populações fossem estimadas como as futuras populações predominantes (SOUZA, 2003).

Por volta dos anos 60 o Brasil se encontrava no meio de um golpe militar, a ditadura trouxe consigo uma nova estrutura governamental, que não privilegiou os

direitos da população. As políticas de saúde eram priorizadas para ampliar a efetivação no setor privado. A saúde estava separada em dois eixos, a medicina previdenciária que era voltada para trabalhadores formais e que moravam em zonas urbanas, e a saúde pública que tinha caráter substancialmente preventivo, administrada pelo Ministério da Saúde, era voltada para as classes pobres, e os que viviam nas zonas rurais.

Nessa época, as taxas de fecundidade e mortalidade começaram a diminuir, iniciando assim um processo de transformação da população em relação à faixa etária, pois a expectativa de vida aumentava conforme o passar dos anos e com as inovações na medicina, diminuía também a quantidade de nascidos, com a criação de novos métodos contraceptivos. Em 1960 foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social, onde foram instauradas as instituições de previdência; no ano de 1966 o sistema previdenciário unificou os IAPs ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Foi nos anos 70 que se iniciou o movimento da Reforma Sanitária força, a partir de movimentos sociais contra a ditadura que buscavam por liberdade e a garantia dos direitos, como saúde e democracia, Sergio Arouca traz em um depoimento um resumo sobre o movimento:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas Universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998)

Na oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), em julho de 1986, houve o fortalecimento dos movimentos por Reforma Sanitária, onde foi discutido por diversos representantes da sociedade civil, um novo modelo para saúde no Brasil:

Em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas às principais demandas do movimento sanitarista: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único. (PAIVA, 2014, p.25)

Nesta Conferência foi afirmado que o direito à saúde se caracteriza como um dos direitos fundamentais para o bem do ser humano e que é dever do Estado a sua garantia. Como resultado foi criado um conceito ampliado de saúde, onde esta é consequência das condições de “alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Relatório final de VIII CNS, 1986). O ponto de vista que a “Saúde como um Direito do Cidadão e Dever do Estado” criado na 8ª CNS foi colocado como fundamentação do Movimento Sanitário, sendo assim, restabelecidas as bases para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde.

Com o passar dos anos as Questões Sociais foram expandidas para além das trabalhistas, como a saúde, segurança alimentar, habitacional, educação, segurança, transporte, transferência de renda, dentre outros diversos. E no período de pós ditadura, o país estava em um processo de redemocratização, onde era necessário a reinstituição e aprimoramento dos direitos sociais que haviam sido banidos da sociedade brasileira. Foi na década de 1980, especificamente em 5 de outubro de 1988 que a Constituição Federal foi promulgada, e nela eram previstos os direitos sociais, políticos, econômicos e culturais que haviam sido cortados no período da ditadura. É conhecida popularmente como Constituição Cidadã, pois apesar de ter sido a sétima constituição já criada no país, ela seria a mais completa e que visava o verdadeiro sentido de direitos sociais para a população brasileira, garantindo por lei os direitos básicos.

Na Constituição Federal de 1988 foram assegurados os direitos de cidadania e bem estar social da população brasileira, e o dever do estado de garantir a efetivação desses direitos. A saúde foi um desses direitos assegurados no Título VII, Capítulo II, Sessão II, 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.

Também foi aprovada nessa Constituição a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que representou um grande marco na história das políticas de saúde

brasileira, pois a atenção à saúde populacional passa a ser um direito fundamental de cidadania assegurado por lei, e o Estado passa a ter o dever de provê-la a qualquer cidadão residente no Brasil. Em 1990 é criada a Lei Orgânica da Saúde (LOS, Lei nº 8080/90), que institui o Sistema Único de Saúde, e trazia as regulamentações para organização de ações que garantissem a promoção da saúde, como também para a proteção, prevenção, recuperação, tratamento da saúde pública por todo território nacional. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) definia o papel do Sistema Único de Saúde como sendo para a assistência a todos os requisitos que envolvam a atenção à saúde da população brasileira, como a saúde do trabalhador, a assistência farmacêutica, a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica.

A implantação do Sistema Único de Saúde já passou por diversas transições, e por dificuldades desde sua criação até os dias atuais, um desses impasses foi em relação à proposta de descentralização das ações, pois os estados e os municípios não tinham recursos próprios para atuar de acordo com essa proposta e os repasses fundo a fundo feitos pelo Governo não dava conta de tal demanda. Para resolver tal impasse, foram criadas portarias nomeadas de Normas Operacionais Básicas (NOB), que tinham como objetivo estabelecer responsabilidades sanitárias com objetivos, competências e período de tempo determinado para execução. Também foi aprovado a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) no ano de 2002, visando garantir maior igualdade na destinação de verbas e acessibilidade de serviços e ações de saúde em todas as categorias de atenção para toda a população.

O Sistema Único de Saúde passa a ser a porta principal para a saúde pública do país, onde a população trabalhadora e pobre passa a ter o direito de acessar serviços públicos de atenção à saúde. Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) hoje em dia conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), que seria o primeiro contato da população com o sistema público de saúde. Com esse novo programa, é desfeito o modelo de atenção emergencial à saúde que era vigente na época, trazendo a família para o centro da intervenção como sendo o principal objeto de atenção. Nesse contexto é ampliada a compreensão sobre o processo de saúde-doença, e a promoção a saúde é visada a tentar alcançar todos os cidadãos.

O SUS foi criado no intuito de promover assistência integral e gratuita para a totalidade da população, porém seus principais usuários são pessoas em situação de pobreza e em estado de vulnerabilidade, que ao longo de suas vidas não tiveram acesso a seus direitos, e que viveram por décadas trabalhando em péssimas condições para sobreviver. Porém, mesmo que o Sistema Único de Saúde tenha sido planejado com o propósito de possibilitar o acesso a direitos básicos para a manutenção da saúde, ainda é um processo recente, e ainda precisa ser aperfeiçoado, visto que para se atingir um status de Bem Estar social é necessário acompanhar as mudanças que ocorrem na sociedade brasileira, como por exemplo, o processo acelerado de envelhecimento populacional, que está acontecendo desde os anos de 1960, porém só vem ser notado nos últimos anos, mas ainda assim ainda não é visto como uma demanda de grande importância.

3.1. SAÚDE E ENVELHECIMENTO:

No Brasil, o envelhecimento populacional é resultado de transformações sociais que implicaram em mudanças de alguns parâmetros de saúde, como a diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade e a elevação na expectativa de vida. O envelhecimento é um processo natural, que começa a partir do nascimento, e conforme o crescimento há uma queda contínua da reserva funcional, resultando em transformações biológicas (morfológica fisiológica e bioquímica) no corpo humano.

Tais mudanças não geram especificamente patologias como é acreditado em nossa sociedade, o que acarretam em doenças são as condições de vida que uma pessoa possui durante a sua juventude, e que na velhice os efeitos são amplificados, visto que há diminuição da reserva funcional (BEAUVOIR, 1990, p.36-48). Uma pessoa que possui uma vida ativa e saudável durante sua juventude terá uma senescência totalmente diferente daquele que não teve uma vida ativa e que não possuía atos saudáveis durante sua mocidade, porém isso não é consequência somente dos atos cometidos, mas também do cotidiano que a pessoa viveu e dos serviços no qual ela possuía acesso durante a vida.

Ainda existem tabus pertinentes ao envelhecimento, no qual, resultam em tratamentos errados em relação ao que é natural ao idoso. Envelhecer não significa adoecer, pois as mudanças que ocorrem com a pessoa idosa é resultante de todo um modo de vida, e o que é natural ao envelhecimento pode agravar o que já havia sido adquirido antes da velhice. Tratar os problemas de saúde de um idoso como sendo responsabilidade de sua velhice, é retirar a responsabilidade do Estado, que tem o dever de promover ações preventivas durante toda a vida desse idoso, desde seu nascimento.

O Sistema Único de Saúde (SUS) que foi criado com o intuito de ser a porta de entrada para saúde pública, onde seriam efetivados os direitos relacionados à saúde dos cidadãos brasileiros com ações de promoção, proteção e recuperação. Porém, quando vamos para realidade da saúde pública brasileira, nos debatemos em um sistema que abrange na maioria das vezes ações de recuperação, pois em nosso histórico brasileiro, a acessibilidade a serviços de saúde gratuitos é um benefício recente, visto que antes era somente emergencialista, e ainda assim, em nossa sociedade atual se carrega o costume de buscar serviços públicos de saúde quando já existem sintomas de alguma enfermidade.

Tais costumes de comportamento implicam diretamente no processo de envelhecimento, que só é percebido quando as conseqüências da falta de prevenção de doenças durante a juventude geram sérias complicações na velhice, assim atribuindo a essa fase uma imagem negativa. A velhice traz consigo certas limitações, visto que há diversas mudanças biológicas, psicológicas e sociais, porém é possível tratar tais especificidades e garantir aos idosos uma vida de qualidade, desfazendo a idéia de inutilidade, incapacidade e fragilidade que é atribuído ao velho.

Com o crescimento da população idosa no mundo, surge a Gerontologia, ciência que surge da necessidade de se desenvolver estudos sobre o envelhecimento em suas características bio-psico-sociais, na busca de desmistificar esse processo biologicamente natural, tem como um dos objetivos fazer uma ampla análise sobre o que é resultante do processo de envelhecimento e o que é característico da senectude. A partir desses estudos é criada a área da medicina específica para o cuidado com o idoso, a Geriatria, onde são tratadas as doenças que são conseqüências do envelhecimento com o intuito de promover uma melhor

qualidade de vida ao senil. No Brasil, o Estatuto do idoso trás a importância da prestação de serviços geriátricos aos idosos, quando coloca como garantia de prioridades no Título I, art. 3º, parágrafo único, a:

VI - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos.

Para que haja promoção de serviços de saúde que sejam eficientes às especificidades das demandas da velhice, é necessário limitar quais são as patologias resultantes do processo de envelhecimento e quais são resultantes da velhice, para assim, não se contribuir a velhice fardos que foram adquiridos em fases anteriores.

3.2. CONCEPÇÕES DA GERONTOLOGIA:

A Gerontologia traz alguns conceitos importantes e que devem ser ressaltados quando se procura entender o que envolve o processo de envelhecimento e a velhice. Para analisar a realidade vivida por um idoso, é necessário o entendimento dos fatores que englobam o processo de envelhecimento. Assim, são levantadas aqui as principais definições que são necessárias se compreender de acordo com Moraes (2012):

Quadro 1: Conceitos Gerontológicos acerca do envelhecimento e da velhice:

CONCEITOS GERONTOLÓGICOS ACERCA DO ENVELHECIMENTO E DA VELHICE	
Autonomia	Habilidade de tomar suas próprias decisões sem interferências de terceiros, em relação à vida cotidiana, de acordo com seu próprio desejo. Porém possuir autonomia não significar ser independente, visto que pode haver a necessidade do indivíduo necessitar de ajudar para realizar aquilo que teve autonomia para decidir.

Quadro 1: Conceitos Gerontológicos acerca do envelhecimento e da velhice (Continuação):	
Capacidade Funcional	Refere-se ao estado de autônoma, onde o indivíduo mantém condições físicas e psicológicas para garantir sua independência e capacidade de se relacionar em seu meio. Esta capacidade mantém um nível de crescimento desde a infância até a fase adulta, onde inicia o processo inverso. A velocidade da queda da capacidade funcional é influenciada pelo modo de vida que o indivíduo leva durante a fase adulta, como também pelo meio que este vive.
Envelhecimento Saudável ou Ativo	Processo de melhoria das condições de saúde, segurança e participação, com o intuito de aprimorar a qualidade de vida durante todo o processo de envelhecimento.
Envelhecimento	Processo que se inicia desde o nascimento, e que gera modificações biológicas, psicológicas e sociais; A partir da fase que o organismo alcança uma maturação biológica, por volta dos trinta anos de idade, inicia-se o processo de transformações estruturais e funcionais, gerando um desgaste e progressiva perda da reserva funcional.
Fragilidade	Síndrome resultante da relação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais ao longo da vida, que resultam em uma situação de maior vulnerabilidade, que resultam em um declínio funcional.
Independência	Possuir autonomia para realizar atividades de vida cotidiana sem depender de ajuda de terceiros, ainda que haja a necessidade de utilizar objetos que facilitem tais atividades, como por exemplo, próteses e dispositivos externos; a idéia de dependência é associada a uma imagem de invalidez e improiciência psicológica, física ou social.
Longevidade	Período de vida entre o nascimento e a morte. Capacidade de alcançar uma maior expectativa de vida dentro das características da sociedade em que vive.
Qualidade de Vida	Nível das condições básicas e complementares para alcançar um nível de bem-estar físico, psicológico, emocional, mental e social resultando em uma maior longevidade.
Saúde	Estado de bem-estar físico, psíquico e social, no qual, não significa a inexistência de alguma patologia, pois o indivíduo pode ser portador de alguma doença crônica, porém o controle desta doença lhe permite ter uma vida saudável.

Quadro 1: Conceitos Gerontológicos acerca do envelhecimento e da velhice (Continuação):	
Senescência	Grupo de mudanças biológicas que transcorrem durante o envelhecimento, sendo dividido em morfológica, como o aparecimento de rugas e cabelos brancos, as fisiológicas, que estão relacionadas às modificações nas funções orgânicas e as bioquímicas que são as mudanças das reações químicas que acontecem no organismo.
Senilidade	Fase do envelhecer que é acometida por declínios físicos gerados por doenças que podem ser adquiridas durante o envelhecimento.

Fonte: Moraes, 2012.

Tais conceitos são bases para se entender o que é o envelhecimento e saber diferenciar quais são as modificações geradas por tal processo e pela velhice. Contemplado esses conceitos básicos e importantes para compreensão do que envolve a velhice e o envelhecimento, serão apresentadas a seguir as grandes síndromes geriátricas ou conhecidas como os 7 “is” da geriatria, que são: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incapacidade comunicativa, incontinência urinária, iatrogenia e a insuficiência familiar.

3.3. AS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS E ESPECIFICIDADES DA SAÚDE DO IDOSO BRASILEIRO:

Com a estimativa de que o Brasil seja até 2050, o quinto país com maior quantidade de idosos no mundo, chegando a 22,7% a proporção dos idosos brasileiros, é necessário que sejam feitas análises sobre os impactos que essa grande transformação causará nas estruturas sociais e econômicas, principalmente nos sistemas públicos de prestação de serviços de saúde. É preciso debater e estudar a situação da saúde do idoso brasileiro e o que acarreta o envelhecimento e a chegada da velhice na atual conjuntura brasileira, para se conseguir tratar de forma precisa e correta todas as demandas que surgem desse segmento populacional mais velho.

A expressão “Síndrome Geriátrica” surge como meio para caracterizar um grupo de condições clínicas que acometem os idosos, porém não são reconhecidas

como doenças. Tais condições clínicas podem ser caracterizadas como sendo de origens variadas, são predominantes em populações idosas, porém não são causadas pelo envelhecimento, e em suma maiorias são crônicas, o que atinge diretamente a qualidade de vida de quem é portador e de quem o cerca cotidianamente. Assim, serão apresentadas as sete principais síndromes geriátricas ou os 7 “is” da geriatria que são geradas pelo comprometimento dos principais sistemas funcionais de acordo com Moraes, Marino e Santos (2009):

Quadro 2: Os 7 “Is” da Gerontologia:

OS 7 “IS” DA GERONTOLOGIA	
INCAPACIDADE COGNITIVA	A expressão cognição diz respeito ao conjunto das funções encefálicas superiores e seus principais domínios – atenção, funções executivas, habilidades visuoespaciais, linguagem, memória e praxias. O comprometimento dessas capacidades pode prejudicar a funcionalidade do indivíduo, pois sempre que há alterações dessas funções, onde há a possibilidade de lesionar ou retirar a autonomia e independência para conduzir e cuidar de sua própria vida existe a incapacidade cognitiva. As transformações nas capacidades mentais superiores que não resultam em perda na funcionalidade do indivíduo não podem ser caracterizadas como incapacidade cognitiva, mas sim como transtorno cognitivo moderado. Para identificar se um indivíduo é portador de alguma incapacidade cognitiva é necessário que haja a comprovação de danos na funcionalidade do indivíduo ou incapacidade de exercer atividades de vida diária (AVDs). Os principais motivos que podem gerar a incapacidade cognitiva são delirium, demência, depressão, e doenças mentais (esquizofrenia, oligofrenia e parafrenia).
IATROGENIA	É todo dano causado à saúde, seja doença ou lesão funcional, física ou psicológica gerado por tratamento de ordem médica, pois tais doenças podem ser resultado da interação do médico com o paciente, sejam por procedimentos de diagnósticos, medicamentos, instrumentos ou procedimentos. Esses danos são responsáveis por altas taxas de mortalidade e morbidade, principalmente entre os idosos, devido serem naturalmente mais vulneráveis às reações negativas em relação às medicações, da polifarmácia, e polipatogenia, como também por utilizarem mais os sistemas de saúde pública. Por essas razões, o paciente idoso deve ser tratado de forma que haja a prevenção da iatrogenia, ou sendo diagnosticados fatores de risco que possam desenvolver tal patologia, como exemplos: cascata propedêutica, distanásia, latrofarmacogenia, iatrogenia da palavra, iatrogenia do silêncio, Internação hospitalar, subdiagnóstico, prescrição de intervenções fúteis e/ou sem comprovação científica e iatrogenia do excesso de intervenções reabilitadoras.
INSTABILIDADE POSTURAL	Sendo a mobilidade um dos princípios de independência do indivíduo, o seu comprometimento através da instabilidade postural pode acarretar diversas consequências, como por exemplo, a dependência, complicações por causa de quedas, incapacitação dentre outras.
INCAPACIDADE COMUNICATIVA	A dificuldade ou perda da capacidade de se comunicar acarreta em sérios problemas, como a perda da independência, a exclusão social, depressão

	dentre outros.
IMOBILIDADE	As limitações de movimento são caracterizadas como imobilidade, pois afetam o deslocamento do indivíduo no espaço, causando a sua dependência.
INCONTINENCIA URINÁRIA (IU)	Perda involuntária de urina, que gera conseqüências na qualidade de vida, causando muitas vezes frustrações psicossociais e exclusão do convívio social.
INSUFICIÊNCIA FAMILIAR	Conseqüência das transformações sociodemográficas e culturais, onde a família passa a ter diversas formações, que em algumas vezes não possuem condições para acolhimento da pessoa inábil, que historicamente dependiam do apoio e do cuidado no seio familiar, resultando em uma fragilidade no suporte familiar

Fonte: Moraes, Marino e Santos, 2009.

A caracterização dos 7 “is” da geriatria destaca a situação de vulnerabilidade que o idoso pode estar exposto durante seu envelhecimento, porém também mostra que todos os problemas podem ser prevenidos. Seria necessário haver o oferecimento de serviços de saúde que trabalhassem com o mapeamento de tais situações de risco através de análises completas sobre a saúde da pessoa que está envelhecendo e do idoso, pois tais patologias não são características somente da velhice, mas sim resultantes do modo de envelhecimento que cada indivíduo leva.

4. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO IDOSO

Sendo o envelhecimento populacional um fato real e mundial, esse fenômeno é sentido de forma mais intensa em países em desenvolvimento, a exemplo o Brasil, que, de acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), será até 2025, parte do grupo de países do mundo com maior contingente de idosos. Sendo assim pode-se analisar que o envelhecimento está diretamente ligado ao processo de desenvolvimento de um país, como também o tipo de envelhecimento que é oferecido à população varia conforme o desenvolvimento econômico e a orientação que esse desenvolvimento segue. A promoção de um envelhecimento ativo e saudável deveria ser um dos principais focos de atuação na saúde pública, porém, na realidade brasileira, ainda não há uma priorização além do que está nas legislações da promoção à saúde voltada para esse processo que está crescendo aceleradamente:

O aumento do número de idosos e expectativa de vida necessita ser acompanhado pela melhoria e manutenção da saúde e qualidade de vida, pois a desinformação sobre a saúde do idoso ainda é grande e seus desafios também. (COSTA; CIOSAK, 2010).

Assim, é indispensável que as transformações da expectativa de vida que estão ocorrendo durante as últimas décadas sejam acompanhadas de mudanças na promoção do envelhecimento ativo e saudável. Desde a Constituição Federal de 1988 que a Saúde passou a ser um direito público, e a saúde do idoso passou a ser considerada com alguns cuidados, com a criação de legislações e políticas específicas que pudessem garantir o mínimo desse direito primordial. No Brasil, a primeira política pública voltada especificamente para os idosos foi promulgada em 1994 e regulamentada somente dois anos depois, a Política Nacional do Idoso (PNI, Lei nº 8.842) veio para reafirmar o que havia sido apresentado na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080, 1990):

O direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90. Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil se organizou para

responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. (WILLING; LENARDT; MÉIER, 2012)

A Política Nacional do Idoso foi uma tentativa de instaurar uma base legal para que o Estado em conjunto à sociedade pudesse proporcionar a população brasileira condições mínimas de direito para um envelhecimento digno, assim é afirmado no Artigo 3º da política :

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei. (BRASIL, 1994)

Nessa mesma política foi afirmado em seu décimo artigo, como dever do governo disponibilizar a população idosa serviços de saúde através do Sistema Único de Saúde, sendo esses como uma forma de proteção da saúde da população idosa, tanto no âmbito da prevenção, proteção, promoção e recuperação.

A criação dessa política teve como intuito formal garantir direitos essenciais a toda população idosa, que no país crescia de forma progressiva, porém, os principais usuários dos serviços do SUS em sua grande maioria eram e continuam sendo pessoas pobres e trabalhadores assalariados, que não conhecem tais direitos que possuem. A Política Nacional do Idoso trouxe de uma forma geral e resumida o que seria necessário ofertar à população idosa como forma mínima de direito, como exemplo o acesso a serviços de saúde que integrasse as especificidades da saúde do idoso. Porém foi em 1999 que surgiu a primeira Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI), que só foi implementada em 2006 (Portaria nº 2.528), quando foi reformulada e readequada a realidade da população idosa brasileira e passou a se chamar Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Essa política foi idealizada no intuito de fortalecer o âmbito da promoção de bem estar social de uma classe etária que em toda a história foi estigmatizada, onde esses idosos passassem a viver sua velhice de forma autônoma, mantendo sua capacidade funcional e tendo acesso aos seus direitos básicos, como por exemplo,

a saúde. O direito à saúde que só foi afirmado pela Constituição Federal de 1988 foi o ponto inicial que desencadeou a criação de políticas voltadas para o idoso, e se vê a necessidade em saber quais foram tais leis, diretrizes, decretos e políticas que antecederam e contribuíram para criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI):

Quadro 3: Leis, Diretrizes, Decretos e Políticas sobre Saúde como direito do Idoso no Brasil:

Nome	Ano	O que fala? (Citações diretas)
Constituição da República Federativa do Brasil	1988	Art. 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.”
Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080)	1990	Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 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. É criado o Sistema único de Saúde: Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
Política Nacional do Idoso (Lei nº8.842)	1994	Art. 10º , inciso II - na área de saúde: a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais ; g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso.”
Política Nacional do Idoso (Decreto nº 1.948)	1996	Art. 9º Ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, compete: I - garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema único de Saúde - SUS; II - hierarquizar o atendimento ao idoso a partir das Unidades Básicas e da implantação da Unidade de Referência, com equipe multiprofissional e interdisciplinar de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde; V - fornecer medicamentos, órteses e próteses, necessários à recuperação e reabilitação da saúde do idoso; VI - estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde; VII - desenvolver política de prevenção para que a população envelheça

		<p>mantendo um bom estado de saúde;</p> <p>VIII - desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso de forma a: a) estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com a autonomia e independência que lhe for própria; b) estimular o auto-cuidado e o cuidado informal; c) envolver a população nas ações de promoção da saúde do idoso; d) estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de grupos de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social; e) produzir e difundir material educativo sobre a saúde do idoso;</p> <p>XII - incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais.</p>
Política Nacional de Saúde do Idoso (nº 1.395)	1999	Tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.
Redes de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS)	2002	Art. 2º Determinar às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/2002, a adoção das providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que integrarão estas redes. § 1º As Redes de que trata o caput deste artigo deverão ser integradas por: I - Hospitais Gerais; II- Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.
Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS)	2002	As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem adotar as providências necessárias para organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, organizar/habilitar/cadastrar os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, no quantitativo máximo estabelecido no Anexo da Portaria GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002. Os Centros de Referência serão responsáveis pela assistência integral e integrada aos pacientes idosos nas seguintes modalidades assistenciais: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar. A assistência a ser prestada pelos Centros de Referência deve ser conduzida em conformidade com as Diretrizes Essenciais contidas na Política Nacional de Saúde do Idoso, consubstanciadas na: · promoção do envelhecimento saudável; · manutenção da autonomia e da capacidade funcional; · assistência às necessidades de saúde do idoso; · reabilitação da capacidade funcional comprometida e, · apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.
Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741)	2003	<p>Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.</p> <p>Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.</p> <p>Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.</p> <p>A garantia de prioridade compreende:</p> <p>I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;</p> <p>II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;</p> <p>III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;</p> <p>IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;</p> <p>V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;</p>

		<p>VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;</p> <p>VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;</p> <p>VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.</p>
Diretrizes do Pacto pela Saúde (Portaria nº 399/GM)	2006	<p>SAÚDE DO IDOSO:</p> <p>Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.</p> <p>1 - O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:</p> <p>Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; A implantação de serviços de atenção domiciliar; O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; Fortalecimento da participação social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.</p> <p>2 - Ações estratégicas:</p> <p>Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.</p> <p>Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.</p> <p>Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.</p> <p>Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.</p> <p>Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.</p> <p>Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.</p>
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº2.528)	2006	<p>A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.</p> <p>São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:</p> <p>a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;</p> <p>b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;</p> <p>c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;</p>

		<p>d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;</p> <p>e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;</p> <p>f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;</p> <p>g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.</p> <p>3.1. Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável:</p> <p>a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;</p> <p>b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;</p> <p>c) valorizar e respeitar a velhice;</p> <p>d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;</p> <p>e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;</p> <p>f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;</p> <p>g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;</p> <p>h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;</p> <p>i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;</p> <p>j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;</p> <p>k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;</p> <p>l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;</p> <p>m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;</p> <p>n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;</p> <p>o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;</p> <p>p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;</p> <p>q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;</p> <p>r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o auto-cuidado dos usuários do SUS;</p> <p>s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;</p> <p>t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e</p> <p>u) articular as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS.</p>
--	--	---

Fonte: Brasil, 1988; Brasil,1990; Brasil, 1994; Brasil, 1996; Brasil, 1999; Brasil, 2002; Brasil, 2002; Brasil,2003; Brasil, 2006; Brasil, 2006.

Essa tabela traz os principais trechos de cada documento, em que a saúde e o idoso aparecem como foco de ação, onde a promoção da saúde é um direito e vai além do atendimento médico. A trajetória de todas as leis, decretos, diretrizes e políticas que foram apresentadas acima mostram como a preocupação com a saúde do idoso é recente e só se concretizou especificamente nas demandas reais dos

idosos brasileiros a partir de uma longa construção e reformulações de tais legislações. Todas as citações acima deixam em evidência que a saúde é um direito de todos os cidadãos e que é dever do Estado criar políticas públicas que busquem efetivar e proporcionar tal direito a todos, nesse sentido é criado o Sistema único de Saúde, que possui como característica principal promover serviços que ofereçam assistência à saúde a população. Aos idosos, desde a primeira política voltada para essa população, no ano de 1994, até a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em 2006, a saúde foi colocada como um direito fundamental, onde deveria ser prestada a assistência total à essa população, sendo ofertada no SUS, a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa.

Dentro desses serviços, é destacado nas diretrizes do Pacto pela Saúde de 2006, citada na tabela acima, a priorização do atendimento e acolhimento aos idosos dentro das unidades de saúde, visto que a população idosa possui o direito a prioridade que é afirmada no Estatuto do idoso, porém na realidade brasileira essa prioridade na maioria dos casos não é respeitada ou limitada à poucos serviços ofertados, visto que, no cotidiano é possível se encontrar idosos madrugando em filas de espera para ter a oportunidade de garantir uma vaga no atendimento médico, que em muitas vezes necessitam com urgência. É destacada também a necessidade de haver a capacitação e educação contínua dos profissionais do SUS que trabalham diretamente com a saúde do idoso, onde a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) deveria ser apresentada a esses profissionais, para ser usada como base de sua atuação profissional com os idosos. Na Atenção Básica, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as principais portas de entrada do SUS, e fazem o controle do mapeamento de todos os usuários por território, sendo assim, um dos serviços mais usados do SUS; as Unidades devem ser instrumentos de acolhimento e para isso devem estar preparas e equipadas de forma a facilitar o acesso da pessoa idosa a esse serviço:

As Unidades Básicas de Saúde são consideradas a “porta de entrada” do SUS e, como tal, espera-se que sejam acolhedoras, receptivas, e ofereçam condições mínimas de segurança e conforto, inclusive para os usuários com dificuldade de locomoção, como é o caso de alguns idosos. Porém, sabe-se que muitas UBS no país funcionam em construções adaptadas, sem o planejamento prévio e fora dos parâmetros e critérios técnicos definidos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas. (UNA SUS/ UFMA, 2014)

Os profissionais que nela atuam devem ser capacitados a lidarem com todos os usuários, e compreender as características desse público. Os idosos que não possuem condições de utilizar serviços de saúde particulares, em suma maioria, acabam por se tornarem usuários do SUS e possuem como referência de serviços principal as UBS, onde deveriam encontrar o atendimento básico e acompanhamento da sua saúde. Nessas UBS, os profissionais que nela atuam deveriam de acordo com as diretrizes do Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), participar de programas frequentes de educação sobre o envelhecimento e a saúde do idoso, para assim promover serviços de saúde para a população que está envelhecendo e a que já é idosa de maneira efetiva e que correspondam as demandas reais do envelhecimento populacional de acordo com o que é previsto por lei.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), sendo resultante de toda a longa caminhada da produção de políticas de proteção à pessoa idosa no Brasil, trouxe nas suas diretrizes nove pontos que apresentam de forma ampla, noções de como proporcionar a população idosa um contínuo processo de envelhecimento saudável, ativo, autônomo e participativo, o que necessita que seus direitos sejam assegurados durante toda sua vida, principalmente o direito à saúde:

d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica; e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde. (BRASIL, 2006)

Onde é abordada a saúde do idoso na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a Atenção Básica é colocada como principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), e a partir do ingresso nesse sistema, é necessário que haja o acompanhamento do idoso e de sua família:

O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local. (BRASIL, 2006)

Por ser a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica, que é baseado nos princípios da universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006), deve proporcionar aos usuários idosos, ações de qualidade que priorizem a saúde e bem estar do idoso, onde haja o acompanhamento contínuo, além do que é feito nas Unidades Básicas de Saúde, pois, a família do idoso também deve fazer parte das ações:

Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial ... A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido... A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local. (BRASIL,2006)

A saúde do idoso não deve ser tratada como um caso singular de tratamento de doenças crônico-degenerativas, mas sim de forma ampla, que envolva a saúde física e mental, como também a capacidade funcional, a autonomia do idoso em relação às atividades da vida diária. Visto que o crescimento da população idosa brasileira acarreta no aumento das demandas relacionadas à saúde do idoso, passa a ser dever dos programas que compõe a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, trabalhar o envelhecimento como sendo um fator natural, e conscientizar seus usuários que a saúde do idoso é consequência do modo de vida que cada pessoa leva e a quais direitos se teve acesso durante a vida, por isso é afirmado na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que a promoção da saúde deve ser ofertada em todas as faixas etárias (BRASIL,2006) .

É necessário que a Atenção Básica trabalhe voltada para o envelhecimento de seus usuários, e com as especificidades que a saúde do idoso requisita:

A Atenção Básica deve estar voltada para o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa através do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas e, sob a forma de trabalho em equipe dirigido às populações de territórios bem delimitados, pelo qual assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território.(COSTA; CIOSAK, 2010)

O aspecto geral da Atenção Básica é o desenvolvimento de ações que promovam a proteção da saúde individual e coletiva, seja para prevenção, manutenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação (BRASIL, Portaria n. 648, 2006):

Quadro 4: A Política Nacional de Atenção Básica:

NOME	ANO	PRINCÍPIOS GERAIS (Citação direta)
PORTARIA Nº 648/GM	2006	<p>“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Atenção Básica tem como fundamentos:</p> <p>I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;</p> <p>II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;</p> <p>III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;</p> <p>IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;</p> <p>V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e</p> <p>VI - estimular a participação popular e o controle social.</p> <p>Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.”</p>

Fonte: Brasil, 2006.

As ações desenvolvidas dentro da atenção básica são realizadas na Estratégia Saúde da Família (ESF) pelas equipes de Atenção Básica (eAB) nas Unidades Básicas de Saúde (USB) e pelos Agentes Comunitários de Saúde na busca ativa pelo território, mapeamento e conscientização da população sobre os serviços de saúde existentes na Atenção Básica de Saúde do Município. Dos processos de

trabalho que são atribuídos às equipes de Atenção Básica (eAB) na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes; II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários; III - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis; IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências; V - Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada; VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários; VIII - Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras; IX - Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas; X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral; XI - Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos. (BRASIL, 2011)

Na Atenção Básica, as UBS trabalham dentro de um município com objetivo de descentralizar o atendimento, e aproximar os serviços de saúde às comunidades. De acordo com o processo de trabalho que as equipes de Saúde da Família (eSF) devem desenvolver dentro das UBS, citado anteriormente, é dever das equipes junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desenvolverem um mapeamento da região onde vão atuar, para efetuar o cadastramento dos usuários na UBS, onde a partir dessa atividade também será levantado o número de idosos que necessitam estar inclusos nas atividades de atenção à saúde que devem ser desenvolvidas. É a partir desse primeiro contato que o acompanhamento com o idoso inicia, e este deve ser inserido nas programações efetuadas pelas eSF, onde o idoso deve ser integrado a grupos de atividades educacionais dentro e fora da unidade, ser acolhido com a escuta qualificada, e ter atenção integral à sua saúde nos âmbitos da prevenção, proteção, promoção, e reabilitação, sempre buscando oferecer ao idoso autonomia e uma melhor qualidade de vida.

De acordo com essa organização, as ações dentro da atenção básica devem ser resultantes de um esforço de todos os componentes das equipes de atenção básica em promover saúde no território em que atuam. Todos os profissionais que trabalham dentro das equipes que atuam na atenção básica de saúde precisam conhecer e usar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) para basear a sua atuação, não limitar o seu trabalho com a população em somente operar atividades como agendamento de vacinas e programas para grupos diabéticos e hipertensos, que são rotulados como sendo para idosos, porém englobam qualquer usuário de qualquer faixa etária que possuam essas patologias, criando um serviço que é caracterizado como sendo prioridade para os idosos, entretanto, não possui esse perfil.

A saúde do idoso é tida dentro da atenção básica como uma das áreas estratégicas de acordo com os princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica (AB). Dentro da atenção primária da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a saúde não é vista como sendo a ausência de patologias, mas sim como prevenção e promoção de saúde, por isso o envelhecimento deve ser tido como um dos principais enfoques temáticos para ser trabalhado dentro da atenção primária. Nisso, o atendimento ao idoso deve ir além da assistência médica, e adquirir um caráter preventivo, onde haja o acompanhamento desse idoso e proporcionar meios para que ele possa buscar uma melhor qualidade de vida na sociedade em que convive.

5 – Como os velhos são vistos e se vêem dentro na Atenção Básica a Saúde de Cachoeira:

Tendo como objetivo principal desse trabalho fazer uma análise da atenção à saúde dada à população idosa e identificar como os idosos vêem a saúde prestada a eles dentro da atenção básica no município de Cachoeira-BA, foi necessário realizar um corte mais específico, para que fosse realizada uma pesquisa qualiquantitativa, tanto com os idosos usuários dos serviços, como também com os profissionais que os ofertam, sendo escolhida uma amostra aleatória. A Unidade Básica de Saúde (UBS) escolhida foi a UBS Aristides Novis, situada em uma localidade dentro da área urbana do município, na Rua da Feira, que é considerada periférica, visto que é distante do centro comercial e a população que vive no bairro em grande parte encontrasse em estado de vulnerabilidade (SACRAMENTO, SANTOS, 2012).

Os procedimentos técnico-metodológicos utilizados na pesquisa foram aplicações de questionários, realizadas com o apoio da discente Juliana Carmo, estudante de serviço social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e integrante do grupo de pesquisa e extensão GTENPO (Grupo de Trabalho sobre o Envelhecimento Populacional no Recôncavo) e Adriely Matos, estudante de serviço social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Os questionários foram divididos em dois tipos, um que foi aplicado com os usuários dos serviços da unidade com sessenta anos ou mais e outro que foi utilizado com os profissionais que atuam na UBS escolhida. Foram necessárias duas semanas para que os questionários fossem aplicados e as informações necessárias fossem coletadas. A análise crítico-reflexiva dos dados será apresentada a partir das falas dos idosos seguida pelas dos profissionais para que haja uma verificação e comparação das experiências e opiniões de cada grupo em relação à envelhecimento e saúde dentro da UBS Aristides Novis.

5.1. Caracterização da instituição:

A Unidade Básica de Saúde da Família Aristides Novis, fica situada na cidade de Cachoeira-Ba, na Avenida Antonio Carlos Magalhães, no endereço Rua Martins

Gomes ou popularmente conhecida como Rua da Feira, S/N, Centro. Foi a primeira Unidade de Saúde Básica implantada na cidade, porém não foi encontrado nenhuma fonte que disponibiliza-se a data de inauguração e histórico da unidade, e nenhum dos funcionários souberam responder algo sobre; o atendimento ocorre nos horários de 8:00 às 12:00 horas e 14:00 às 17:00 horas de segunda a sexta. Atende atualmente 5.933 usuários no total, que são moradores dos bairros e ruas popularmente conhecidos como Viradouro, Três Riachos, Rosarinho, Rua da Feira e Avenida São Diogo, que são parte do território de cobertura da unidade; segundo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a unidade cobre um território que deveria ser responsabilidade de duas unidades, visto que possui um grande número de usuários residentes em tal localidade, e somente uma equipe de Saúde da Família (eSF), sendo que cada equipe deve ser responsável por no máximo até quatro mil usuários (BRASIL, MS, 2007). Do total dos usuários atendidos pela unidade, 11% são idosos, e dessa porcentagem, 63% são mulheres e 37% são homens.

Os profissionais que atuam na unidade no momento atual são doze Agentes Comunitários de Saúde (ACS), porém somente oito estão ativos no campo de trabalho, uma recepcionista, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira que se encontra afastada por estar em período de campanha, pois a mesma é candidata a vereadora, porém a profissional é substituída por outras enfermeiras que variam de semana para semana; uma dentista e um médico clínico; a rotatividade de enfermeiras e médicos é uma situação que implica no conhecimento desses profissionais sobre a rede de apoio municipal e as características dos próprios usuários.

A Unidade também conta com o apoio de uma equipe de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Assistente Social, Nutricionista, Psicóloga, Fisioterapeuta e Profissional de Educação Física, que realizam mensalmente, atividades como sala de espera com os usuários da unidade, e quando necessário e solicitado, visitas domiciliares. Essa equipe do NASF é responsável pelos 5.933 usuários da unidade quando necessário, além de atuar em mais cinco Unidades Básicas de Saúde do município, o que gera como consequência a pouca disponibilidade em estar realizando mais intervenções durante o mês, assim não alcançando toda a população coberta pela UBS pesquisada. Como anteriormente foi citado, a unidade faz a cobertura de uma

população que deveria ser atendida por duas unidades, então conseqüentemente de acordo com a demanda deveriam ser duas equipes do NASF atuando com essa população de 5.933 usuários.

Os serviços que são prestados na unidade atualmente são as consultas com o médico clínico e tratamento odontológico que de acordo com a necessidade do usuário devem ser marcadas antecipadamente na unidade, visto que o atendimento é de acordo com a hora de chegada; vacinação, injeções, curativos, acompanhamento da saúde de crianças e gestantes, encaminhamento para especialidade, fornecimento de medicação básica que é liberada somente com a apresentação da receita médica, como analgésicos e adjuvantes, antipiréticos, medicamentos para alívio da dor crônica, antiinflamatórios, antialérgicos, anti-infectantes, imunossupressores e imunoterápicos, medicamentos e antídotos usados em intoxicações exógenas, soluções hidroeletrólíticas e corretoras do equilíbrio ácido-básico, agentes empregados na terapêutica de nutrição, vitaminas e substâncias minerais, medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central e periférico, sobre o sistema cardiovascular e renal, sobre o sangue, sobre o sistema digestivo, sobre o sistema respiratório, sobre os sistemas endócrino e reprodutor, fármacos usados em pele, mucosas e fâneros, e métodos de barreira.

Dos atendimentos realizados diariamente nas unidades, o acolhimento a demandas espontâneas é realizado pela enfermeira e a técnica de enfermagem, que realizam triagem para verificar a necessidade de atendimento do usuário, assim como também conferem pressão arterial, fazem curativos, efetuam vacinação de acordo com a campanha vigente ou demanda, fazem pesagem, aplicam injeções e em casos de emergência auxiliam o médico clínico.

Nessa unidade, são ao todo atualmente atendidas 1.817 famílias sendo que, a maioria dos usuários são pessoas que vivem em áreas periféricas, que vão da classe média à classe baixa, em sua maioria são negros, de 20 a 39 anos, do sexo feminino:

Tabela V: Usuário da UBS Aristides Novis

Sexo	Faixa Etária (anos)										Total
	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	
Masculino	6	81	55	115	205	249	1.080	393	269	240	2.693
Feminino	6	103	76	147	199	287	1.215	450	346	411	3.240
Número de pessoas	12	184	131	262	404	536	2.295	843	615	651	5.933

Fonte: DATASUS – SIAB, JUL.2016.

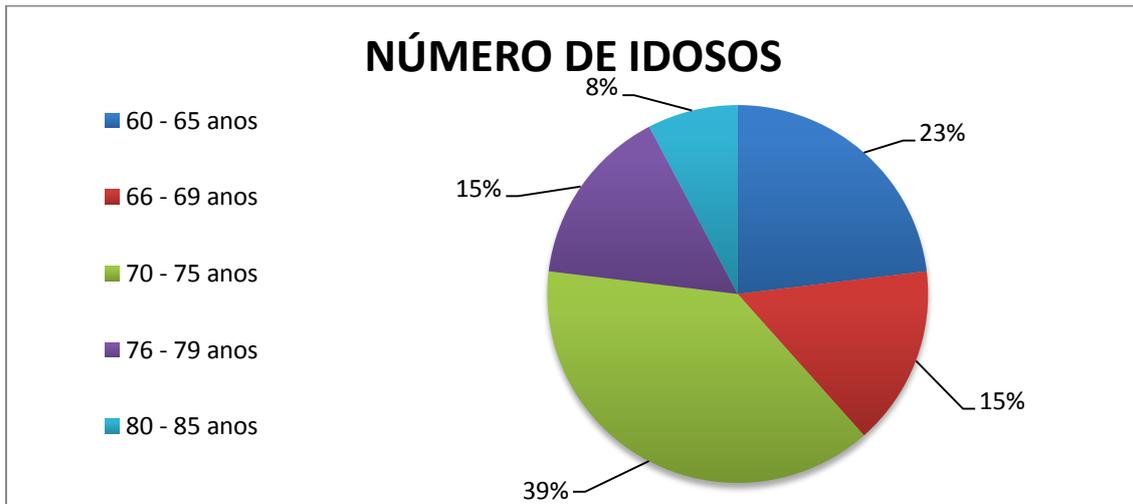
Da sua estrutura física, que é acessível para deficientes físicos, a unidade é composta por recepção, corredor de espera, salas para atendimento odontológico e médico, sala de procedimentos, sala de enfermagem, sala de vacinação, sala de dispensação de medicamentos, sala de arquivos e reuniões, copa/cozinha e banheiro. Essa estrutura citada acima foi reformada e reinaugurada em maio do ano de 2014. As salas de espera realizadas pela equipe do NASF na unidade são efetuadas no corredor onde os usuários ficam esperando por atendimento, um lugar estreito e que dificulta a realização de intervenções, visto que o corredor é onde ficam as salas de atendimento médico, odontológico, vacinação, dispensação de remédios e que dá acesso à parte restrita aos funcionários, resultando na movimentação constante de pessoas pelo corredor.

5.2. Análise dos dados e Resultados:

A pesquisa semi-estruturada foi realizada com os idosos que são atendidos na unidade e os profissionais que trabalham na unidade. Alguns idosos foram abordados dentro da própria unidade de saúde e outros foram entrevistados em suas residências. Foram elaborados dois tipos de questionários, um para os idosos e outro para os profissionais, onde o intuito principal foi extrair desses dois públicos a noção sobre envelhecimento, saúde e como esses dois temas estão relacionados dentro da atenção básica e nos serviços prestados na unidade.

Todos os entrevistados tiveram a liberdade de responder somente as questões que queriam e se necessário, se ausentar da entrevista em qualquer momento. Somente uma idosa teve que se retirar no meio da entrevista, respondendo somente a parte social do questionário, mesmo assim essa idosa está incluída nessa pesquisa. Foram apresentados os objetivos principais da pesquisa antes que fosse iniciada para que a pessoa decidisse se ela gostaria ou não de participar dessa pesquisa.

Figura 7: Gráfico Perfil de idade dos idosos usuários da UBS Aristides Novis:

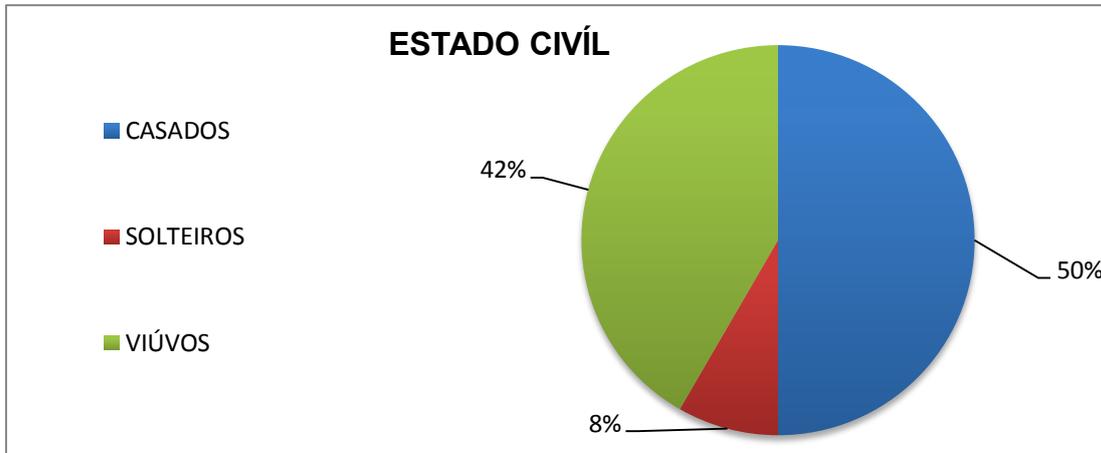


Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Os idosos entrevistados foram em um total de 13, sendo 01 homem e 12 mulheres, desse total, metade foi entrevistada em seus respectivos domicílios pois moravam na área de abrangência da unidade de saúde e os demais na unidade de saúde. Em relação à quantidade de idosos homens na entrevista, durante a seleção da amostra aleatória, o número de homens com 60 anos ou mais presentes na unidade eram de no total 02, porém somente um se disponibilizou a participar da pesquisa. É possível assim perceber que em comparação à quantidade de mulheres idosas que buscam os serviços de saúde na unidade, os homens idosos são uma parcela menor, pois estes não procuram a unidade com o objetivo de buscar a prevenção ou proteção à saúde, mas sim para tratamento e recuperação da saúde, caracterizando assim a diferença da expectativa de vida entre os sexos (SALGADO, 2002). Ao todo, as idades desses idosos variaram entre 62 anos e 81 anos, sendo que seis se consideram negros, seis pardos e um branco.

Dos idosos entrevistados, 50% nasceram em Cachoeira, enquanto a outra metade passou a viver na cidade ainda na infância, todos afirmaram que gostam de viver na cidade e não viveriam em outro município em nenhuma fase de sua vida. Doze dos entrevistados afirmaram viver em casa própria que conquistaram depois de anos de trabalho, e uma em casa alugada.

Figura 8: Gráfico Perfil do estado civil da amostra de idosos usuários da UBS Aristides Novis:



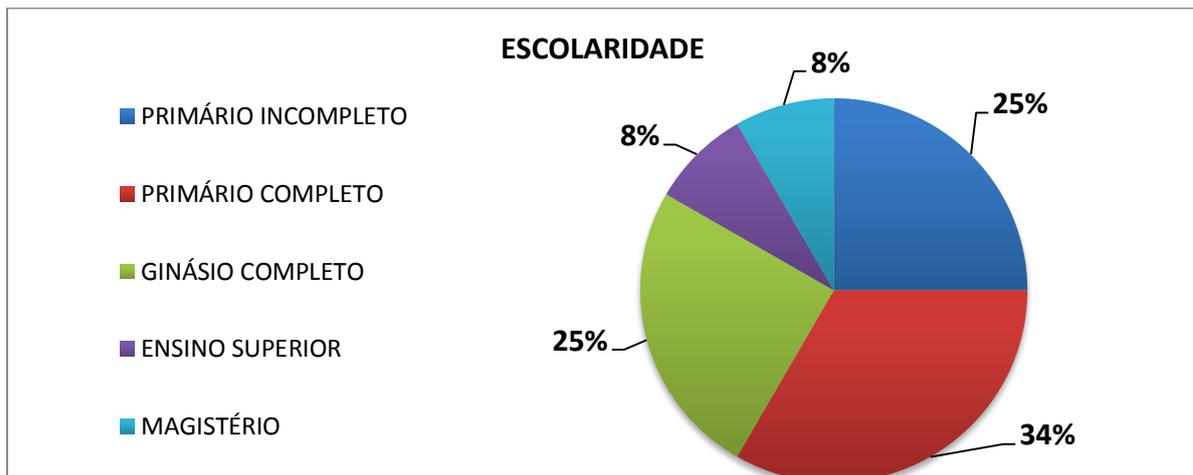
Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Seis idosos são casados e vivem com seus companheiros, filhos e netos, com quais dividem as despesas da casa, os demais, seis são viúvos, e desses, três moram sozinhos e dois dividem a moradia com companheiro, filhos e netos, e uma idosa é solteira, porém vive com seu companheiro. As três idosas que vivem sozinhas alegaram que depois da morte de seus companheiros haviam ficado sozinhas nas casas, e que não gostavam de viverem sozinhas, porém não queriam atrapalhar a vida dos filhos ou sobrinhos, e preferiam permanecer morando em suas casas sozinhas do que ir morar com alguém; duas das três idosas possuíam algum tipo de limitação, visual e física, e que por consequência disso já haviam caído tanto na rua como em suas casas, um dos fatores que acometem muito os idosos. Deveria haver um acompanhamento mais frequente dos agentes comunitários com essas idosas, visto que, a solidão é um fator que piora a situação clínica do idoso e é arriscado, já que há casos de limitações, gerando exclusão social e dependência de apoio em determinadas atividades do cotidiano. As idosas afirmaram que muitas vezes não tiveram como ir à unidade por não aguentarem caminhar, e se queixaram sobre a ausência dos ACS, que segundelas, só as visitam uma vez no ano.

Em relação à renda, seis dos entrevistados são aposentados por idade e recebem um salário mínimo, dois idosos são aposentados por tempo de contribuição e recebem um salário mínimo, uma idosa é aposentada por invalidez e recebe um salário mínimo, uma idosa é aposentada pensionista, duas não são aposentadas pois não trabalhavam, e uma idosa não quis responder. Na maior parte dos casos

dos entrevistados, especificamente cinco, as idosas afirmaram que o dinheiro recebido da aposentadoria seria a fonte principal ou única para sustento próprio ou da família. Nenhum dos entrevistados recebem algum tipo de benefício social governamental, e somente dois possuem convênio de saúde particular.

Figura 9: Gráfico Perfil de Escolaridade dos idosos usuários da UBS Aristides Novis:



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

A escolaridade dos entrevistados varia entre 1º série do primário à formação superior; como sendo três idosas com o primário incompleto, pois estas declararam que tiveram que largar os estudos para trabalhar, quatro possuem o ensino primário completo e alegaram que não tiveram paciência para continuar os estudos ou tiveram que trabalhar, quatro idosas concluíram o ginásio, uma fez o magistério e uma é graduada em contabilidade, porém não atuou na área.

Dos entrevistados, 92% se consideram idoso, sendo que duas se lamentaram por estar nessa fase da vida devido as limitações e enfermidades que as acometeram, uma falou que não se envergonha de ser velha, pois é uma fase da vida em que todos passam, e os demais afirmaram que já estavam na idade da velhice; somente uma idosa disse que não se achava idosa, pois associa a velhice com a condição física e não com a idade. Foi possível perceber nas falas dos idosos que a velhice é considerada um peso na vida da maioria desses usuários, que lembram de sua juventude com saudade, pois não tinham tantas delimitações e patologias, podiam ir aonde quisesse e quando queriam, e tinham forças para trabalhar. Simone Beauvoir (1990) no seu trabalho intitulado A velhice, trouxe em um

trecho que mostra como a imagem do ser velho é enraizada negativamente dentro de diversas sociedades:

Para cada indivíduo, a velhice acarreta um degradação que ele teme. Ela contradiz o ideal viril ou feminino adotado pelos jovens e adultos. A atitude espontânea é a de recusá-la, uma vez que se define pela importância, pela feiúra, pela doença. A velhice dos outros inspira também uma repulsa imediata. Essa relação elementar subsiste mesmo quando os costumes a reprovam. Toda sociedade tende a viver, sobreviver; exaltar o vigor e a fecundidade, ligados à juventude; teme o desgaste e a esterilidade da velhice. (p.51 - 52, 1990)

Compreendendo que os idosos entrevistados foram expostos desde sua infância a uma imagem negativa do envelhecimento e da velhice, é compreensível que alguns não se sintam bem por estar nessa fase da vida que é associada a mais malefícios do que benefícios. Para que essa imagem fosse desconstruída seria necessário desenvolver um trabalho junto a esses idosos de empoderamento e valorização da velhice:

A valorização e respeito ao idoso surge como necessidade premente na distribuição mais eqüitativa do poder, possibilitando uma perspectiva de rompimento com a discriminação generalizada atribuída a este segmento. O poder e seu exercício cotidiano assumem conceito central nos processos de transformação, desenvolvimento e promoção da cidadania dos indivíduos. (Oliveira, Oliveira, Scortegagna, 2010)

Entretanto, todos os idosos entrevistados negaram participar de alguma ação ou atividade, dentro ou fora da UBS voltada para os velhos. Alguns citaram que anos atrás havia reuniões semanais com o grupo de hipertensos e diabéticos para realização de atividades físicas e palestras sobre saúde, e grande parte desse grupo era idosa, porém a responsável pelas atividades não atua mais na unidade, e assim, a única intervenção em que os idosos podiam interagir dentro da instituição foi cancelada. E isso está em desacordo com o que é previsto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que enfatiza em suas diretrizes que na promoção ao o envelhecimento ativo e saudável, os profissionais devem propiciar aos usuários idosos ações para articular a interação e o acesso a informações sobre saúde e envelhecimento. O Ministério da Saúde desenvolveu no ano de 2006 o Caderno de Atenção Básica nomeado como Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, no qual constam normas e manuais técnicos para os profissionais que operacionalizam os

serviços na atenção primária; um dos capítulos de tal manual traz meios para que os profissionais possam promover ações de hábitos saudáveis. As ações são pautadas em três tipos de níveis de bem estar, no qual são a Alimentação Saudável para Pessoas Idosas, a Prática Corporal/Atividade Física e o Trabalho em Grupo com Pessoas Idosas. Em todos os três níveis, é alertada a importância de se estar desenvolvendo ações dentro da atenção básica que implementem tais conceitos nos atendimentos aos idosos, visto que a promoção a saúde vai além de consultas e vacinas. Porém, na realidade da UBS em que a entrevista foi realizada, as medidas idealizadas no Caderno de Atenção Básica citadas anteriormente, não são implementadas na rotina de ações da unidade, visto que os idosos relatam que não existe nenhuma ação ou grupo que desenvolvam atividades de educação ou prática corporal. Mais adiante citarei a associação das doenças crônicas ao envelhecimento dentro da unidade.

Em relação ao envelhecimento, quando indagados sobre o que eles entendiam sobre tal processo, grande maioria refletiu antes de responder. Na tabela a seguir é mostrado as respostas de acordo com a percepção de cada idoso sobre o envelhecimento:

Quadro 5: Respostas transcritas dos idosos sobre o que é envelhecimento:

IDOSO	FALA	IDADE
01	“É uma fase da pessoa que tem mais cuidado, é uma fase que a gente tem que passar por ela mesmo, e a gente, e tem que ter mais cuidado. É uma coisa que a gente vai envelhecer pra depois, eu creio que até pra desfrutar um pouco daquilo que a gente plantou, por exemplo trabalhou o tempo todo e vai envelhecer com saúde né, com a família, mas infelizmente tudo tá tão difícil, que a gente não tem nem muita alegria.”	63
02	“A cada dia vai passando, antigamente eu era jovem, hoje já sou idoso.”	75
03	“Envelhecimento precoce.”	79
04	Não sabe	79
05	“É sofrer, sofrimento. Não tenho mais aquelas mesmas atividades. Preciso de uma coisa é tão difícil. Os pessoal fica acusando de chamar os dois filhos que eu tenho de resto, mas cada qual tem seu dever a fazer. Tem outras aí de minha idade, outras mais velhas e mais forte, passeia e tudo, eu nem na igreja nem todo dia vou na igreja. Eu trabalhei demais pra ter esse rancho, eu vinha da firma, corria aqui atrás dos porcos, atrás de cabra.”	81
06	“É o cuidado. A gente vira criança. No abrigo onde eu trabalhei tinha diversas crianças, muitas crianças mesmo. Eu abraça e beijava todas elas, e a dona da casa ficava, ficava numa alegria, dizia, olha, fazendo desse povo criança. Quando eu chegava, o meu deus, lá vem minha mãe, aí eu brincava, eu dava risada, ajudava, entendeu? Quando eu saía, eles sentiam a falta de mim. Eu acho que idoso tem que ter mais cuidado, mais respeito, é isso? Por que hoje não tem mais respeito. Quando eu trabalhei, a orientação que ela deu foi essa, ela dizia a gente, a gente já foi jovem, quem sabe o que vai chegar nessa idade? Tinha senhoras de cem anos lá, aí eu deva banho, eu beijava, eu lavava, penteava cabelo, quando eu chegava ficava tudo alegre, aí elas se sentiam satisfeita, chegava pra dona da casa e dizia, isso aí não é uma lavadeira não, isso aí é uma mãe. E eu acho que deve ser assim né? Que hoje, a humanidade não respeita mais ninguém.”	74

07	“Doença”	70
08	“A pessoa tá ficando velha né?”	62
09	“Envelhecimento é ter saúde”	65
11	Não soube responder	72
12	“Velhice”	67
13	“Envelhecimento é a pessoa já idoso né? O idoso.”	73

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016

É possível perceber nas falas dos idosos como o termo envelhecimento é diretamente associado à velhice, e não a um processo constante, heterogêneo e que possui diversos significados de acordo com as experiências individuais de cada sujeito imerso nas relações sociais, que é iniciado desde o nascimento (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008); alguns não souberam o que falar sobre tal processo e grande maioria associou o envelhecimento a questão da saúde. A compreensão sobre o que é velhice e envelhecimento ainda é algo distorcida, pois é associada à morte, invalidez, dependência e exclusão social; Neri e Freire (2000, p.8, apud SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008.) trazem que - “Na base da rejeição ou da exaltação acrífica da velhice, existe uma forte associação entre esse evento do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência”. Os idosos acreditam que o envelhecimento só acomete quem já é velho, que é um fator característico a quem já está com a idade avançada, que não tem mais a mesma estrutura física e biológica de quando era jovem. Goldman e Faleiros fazem uma análise sobre a relação negativa sobre o envelhecimento e a velhice e como elas devem ser pensadas:

Em contraposição ao conceito de velhice como gestão de perdas, propomos que a velhice seja vista como uma relação biopsicossocial, que envolve as trajetórias individuais, familiares, sociais e culturais ao longo do tempo de vida, num entrecruzamento de trabalho/não trabalho; reprodução/infertilidade; normas e papéis de utilidade/inutilidade, defasagem/sabedoria, de isolamento/integração, perdas e ganhos, e de condições de exercício da autonomia/dependência, e de projetos pessoais. Assim, a velhice não é uma categoria homogênea para todos e nem um processo de via única, situando-se nas transições contraditórias das mudanças demográfica, social, cultural e epidemiológica de cada povo. (Goldman e Faleiros, 2008)

Cada envelhecimento é singular e varia de acordo com diversos fatores. A velhice é heterogênea e cada indivíduo vivencia a sua em particular. A caracterização dessa fase da vida como sendo um ciclo de perdas e restrições é algo comum em nossa cultura capitalista, porém deve ser desmistificado por todos, através de ações dentro dos programas sociais, de saúde e educação, mostrando o real valor do envelhecer, proporcionando aos cidadãos meios para que tenham um envelhecimento ativo e saudável.

A questão do respeito e cuidado com a pessoa idosa também foi citada por uma das entrevistadas, onde ela coloca que se deve ter o respeito e zelo com quem já é idoso, visto que um dia todos chegaram a essa fase. É notável que os idosos não possuem o conhecimento científico e teórico do que seja envelhecimento, velhice e suas distinções, eles conhecem o que vivem e o viram durante suas vidas, e isso não é algo referente somente à esse pequeno grupo, mas sim a realidade de muitos, visto que a temática não é valorizada e tratada com a devida importância dentro de nossa sociedade.

Quando os entrevistados foram indagados sobre o que é saúde, os idosos que estavam tímidos e objetivos começaram a mostrar o que sabiam sobre a pergunta:

Quadro 6: Respostas transcritas dos idosos sobre o que é saúde:

IDOSO	FALA	IDADE
01	“Saúde pra mim é fundamental, quem não tem saúde, meu deus do céu, hoje no mundo tá lenhado, por que tudo difícil, e com o mundo que nós estamos vivendo hoje, hospitais falindo, remédio caro, e a gente não tem como a gente cuidar bem da nossa saúde hoje né. Na nossa vida saúde é tudo, debaixo de deus”	63
02	“Eu estou doente, ter uma assistência boa, é uma boa saúde, é um bom atendimento, tá entendendo?”	75
03	“A saúde é tudo né? Ninguém pode viver sem saúde não.”	79
04	“Saúde é coisa boa minha fia, por que a gente tando com saúde a saúde, a gente faz tudo o que a gente quer, fica com disposição, é tudo, a saúde é isso.”	79
05	“Saúde é vida, pessoa com saúde é outra coisa. Quando me lembro de meus tempos, misericórdia, eu trabalhava muito, não sentia nada. Quando a pessoa fica velha e desarcerta é que vai ver o que é a juventude. Eu era um raio, não sentia nada no corpo, parece que eu não tinha nada, agora eu tou vendo que eu tenho tudo.”	81
06	“Saúde é a gente viver sem sentir nada né? Viver disposta, disposta a fazer as	74

	coisas, sempre alegre, por que se você não tiver disposta você não faz nada.”	
07	“Ausência de doenças.”	70
08	“É a gente viver bem, fisicamente né? Tranquilidade.”	62
09	“É tomar os remédios certinho, se alimentar direitinho, como ela passa, seguir a dieta.”	65
11	“Não ter doenças.”	72
12	“É bom que não vem todo dia ao médico.”	67
13	“Saúde é a pessoa viver bem, não sentir nada, ter força de fazer as coisas, a energia de fazer as coisas, graças a deus eu tenho. Saúde pra mim é isso, dormir bem, se alimentar bem, acabou, não é não?”	73

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016

A partir das falas acima transcritas, é possível ter uma idéia de como os idosos idealizam a saúde, um fator que para eles é indispensável, fundamental e muito importante, porém está mais interligada à ausência de patologias e ao tratamento médico e controle de doenças. Na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) a definição dada usada para definir é - “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” (1946). A associação da saúde à falta de doenças é parte do senso comum, porém vai além desse conceito, visto que uma pessoa pode ser saudável, porém ser portador de alguma doença, como exemplifica Almeida Filho:

Na prática clínica e na vida cotidiana, identificamos com freqüência indivíduos ativos, social e profissionalmente produtivos, sem sinais de comprometimento, limitação funcional ou sofrimento, auto e hetero-reconhecidos como sadios, que, no entanto são portadores de doenças ou sofrem de agravos, seqüelas e incapacidades parciais, mostrando-se muitas vezes profusamente sintomáticos. Outros, ao contrário, encontram-se infectados, apresentam comprometimentos, incapacidades, limitações e sofrimentos sem qualquer evidência clínica de doença. (...) a Saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como "ausência de doença". Como corolário, tem-se que os estados individuais de saúde não são excludentes *vis à vis* a ocorrência de doença. (2000)

Com base nisso, é possível observar que muitos idosos não possuem noção de que saúde vai além de ter ou não alguma doença, e isso acaba por limitar seu

conhecimento sobre o que deve ser ofertado para manutenção de sua saúde, quais são os serviços para além da assistência médica e utilização de remédios para tratamentos dentro da rede pública. Isso é visto quando os entrevistados foram questionados sobre quais serviços de saúde eles utilizavam na rede pública de saúde do município; todos os idosos tiveram dúvidas sobre quais serviços seriam esses, pois alegaram nunca terem sido informados sobre quais serviços seriam esses, e que só conheciam os que eram ofertados na própria unidade, na policlínica e no hospital. Dos serviços oferecidos na UBS, os mais utilizados pelos idosos e a frequência foram:

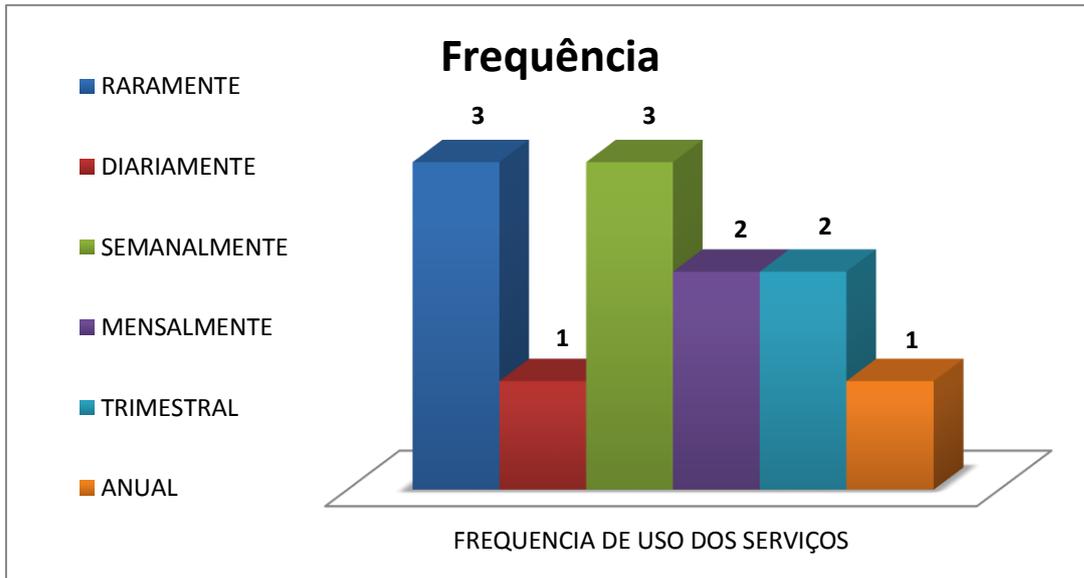
Figuras 10- Gráfico Serviços de saúde utilizados pelos usuários idosos dentro da unidade Aristides Novis:



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016

Tais serviços oferecidos não são específicos aos idosos, na unidade não existe nenhum programa ou ação voltado a esse grupo etário. Dentro do município o único programa de saúde oferecido pela Atenção Básica especificamente aos idosos será a Academia da Saúde, porém não existe nenhum tipo de comunicação entre a UBS e esse programa, o que mostra a falha no apoio em rede dos serviços de saúde municipal.

Figura 11- Gráfico Frequência de uso dos serviços de saúde utilizados pelos usuários idosos dentro da unidade Aristides Novis:

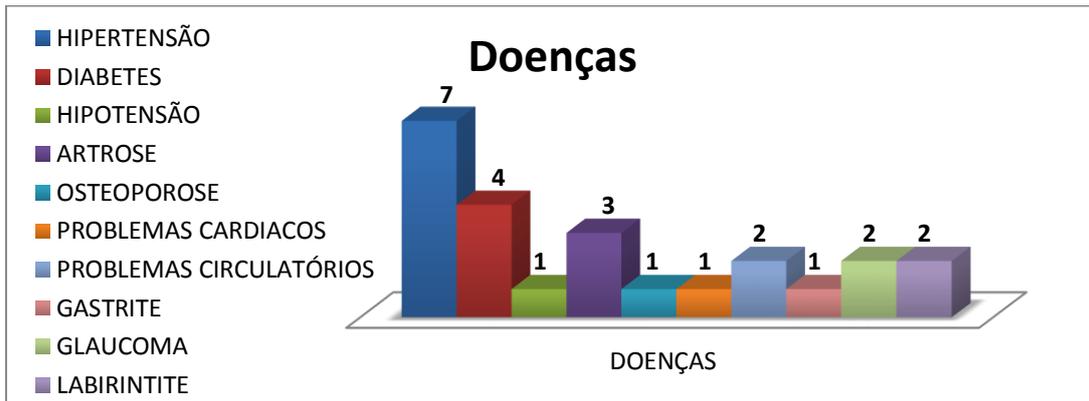


Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016

Dentre esses serviços, a frequência variou de acordo com a necessidade, visto que a campanha de vacinação só acontece uma vez no ano; grande parte dos usuários que procuram a consulta médica é para renovar a receita dos medicamentos ou pedir requisição de exames, sendo agendadas de três em três meses; os idosos que procuram os serviços da dentista são para extrair todos os dentes, para poderem colocar uma prótese dentária, e a aferição da pressão e da glicemia são utilizadas semanalmente por alguns usuários. Quanto ao acesso, os idosos declararam que eles próprios vão atrás dos serviços, e marcam suas consultas, que às vezes precisam pegar fila para conseguir ficha para serem atendidos, e poucos afirmaram que os Agentes Comunitários de Saúde mediam esse contato e aproximação com a unidade.

Das doenças alegadas pelos idosos, hipertensão e diabetes foram as dominantes, visto assim a necessidade de acompanhamento contínuo desses usuários.

Figura 12 - Gráfico de doenças que acometem dos entrevistados:



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016

Entretanto, os acompanhamentos realizados segundo os próprios idosos são somente a aferição da pressão e da diabetes, a consulta para renovação da receita dos remédios e disponibilização dos medicamentos, isso sendo realizado de trimestralmente. Foi questionado também se essas doenças para eles eram consequências da velhice, nove idosos responderam que não, visto que seriam doenças que adquiriram antes mesmo de se tornarem idosos e duas afirmaram que sim, que tais doenças eram específicas à velhice, pois quando eram jovens não possuíam nenhuma patologia:

Não, tem gente aí que já nasce com diabetes. - Entrevistado 3

Sim, eu acho que é doença de velho, por que quando a gente tá moderno a gente não sente nada. - Entrevistado 11

As demais doenças como glaucoma, osteoporose, problemas cardíacos e labirintite são acompanhadas por outros médicos especialistas que não atendem na unidade, com isso, se faz necessário fazer o encaminhamento desses idosos para policlínica ou para hospitais de outras cidades, como por exemplo, para o hospital da cidade de São Félix. Quando a especialidade médica ou exame que o usuário necessita não atende na rede pública, o idoso é obrigado a buscar por atendimento em clínicas particulares, porém, maior parte dos idosos entrevistados disseram que não possuíam condições financeiras de fazer todos os exames que precisavam em clínicas particulares, visto que recebiam um salário mínimo para arcar com todas as despesas, como as contas de luz, água, alimentação e remédios, e não sobrava dinheiro suficiente para pagar tais serviços particulares. Os idosos entrevistados que

afirmaram entender que as doenças que os acometem durante a velhice é resultado dessa fase revela que, na unidade não há a preocupação em informar aos idosos que tipos de doenças os acometem e as causas diversas, apresentar o que é saúde durante o envelhecimento e na velhice e a que doenças a pessoa idosa fica predisposta, limitando ao idoso somente informações sobre seu estado clínico e qual tratamento deve utilizar.

Alguns idosos ao serem indagados sobre os serviços públicos no município que encontravam responderam de forma sincera os obstáculos que enfrentam:

Tem vez que tem médico, tem vez que tá boa, tem vez que tá ruim, tá péssimo, entendeu? E assim vai tocando o barco. - Entrevistado 2

Não tem nada. - Entrevistado 3

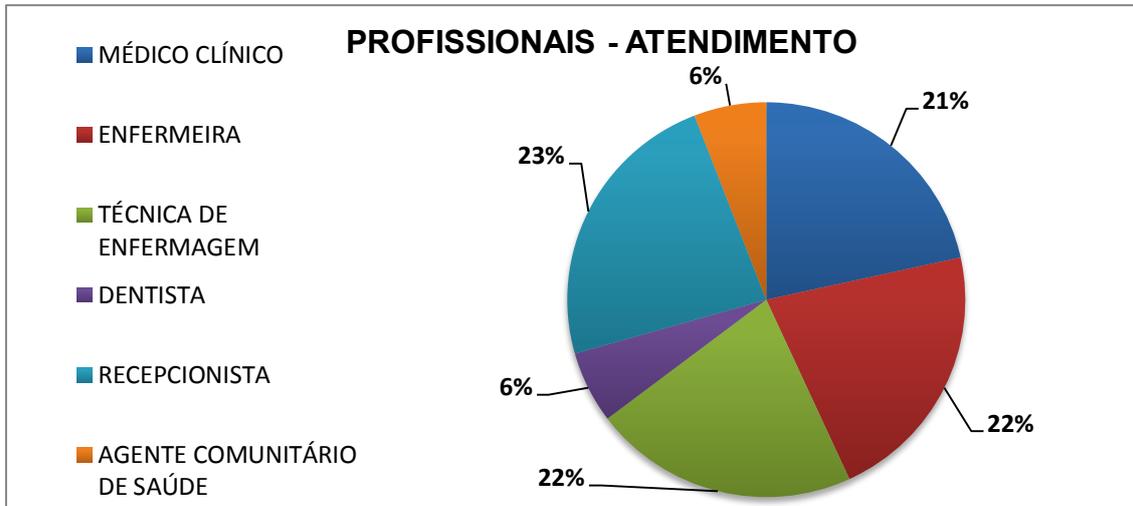
Deveriam ser ofertados todos que a gente tem direito - Entrevistado 8

E quando a pergunta foi especificada para a Atenção Básica, se eles sabiam quais serviços deveriam ser ofertados dentro desse sistema, oito de nove idosos que responderam a pergunta disseram somente que não sabia. Com essa resposta foi possível verificar que a maior parte dos usuários entrevistados não sabiam que a UBS é somente a estrutura do serviço, que faz parte da Atenção Básica do município, e que conta com uma equipe de Saúde da Família que atua nessa unidade, como também com uma equipe do NASF e de ACS; para esses idosos a unidade é somente o lugar onde eles encontram consultas e medicamentos. A única idosa que respondeu a essa pergunta de outra forma, afirmou que existe a necessidade de se criar mais intervenções e ações voltadas para os idosos, mas isso para além da unidade

Atividade que venha ajudar os velhinhos, que nem todo mundo aguenta ficar naquela academia lá em baixo. ter mais um lugar que a gente pudesse aprender a fazer uma arte, esses artesanatos, não é? por que aqui tem muito pouco. isso ia ajudar muito, trazer coisas novas pra aqui. - Entrevistada 1

Sobre os profissionais que atendem os entrevistados na instituição, os idosos delataram que são atendidos na maioria das vezes pela recepcionista que faz a ficha de para atendimento, pelo médico clínico, pela enfermeira e pela técnica de enfermagem:

Figura 13: Gráficos Profissionais que atendem a amostra de idosos usuários da UBS Aristides Novis:



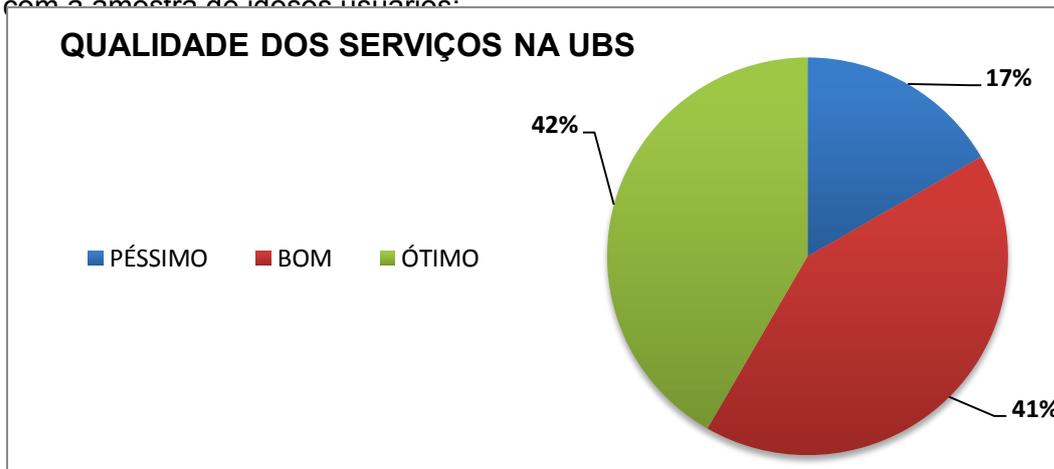
Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Dentro desse gráfico acima, é notável que a porcentagem de idosos que alegaram ter contato com os Agentes Comunitários de Saúde é de apenas 6%, tendo em conta que eles são o primeiro contato dos usuários da comunidade com a unidade de saúde, e os responsáveis por fazer o acompanhamento dos idosos fora da unidade com as visitas domiciliares. Os ACS se tornam o principal elo entre a unidade e os usuários, sendo responsáveis pela busca ativa e por fazer a troca de informações. Porém, como é afirmado no gráfico, o contato com os ACS é quase que inexistente, poucos afirmaram ser acompanhados por esses profissionais, enquanto a grande maioria afirmou só receber a visita uma vez por ano.

A agente comunitária não vai fazer a visita, só vai para pedir para assinar. – Entrevistado 5

Do conjunto dos serviços prestados por todos os citados no gráfico anterior profissionais, a qualidade para os idosos variou entre péssimo, bom e ótimo:

Figura 14: Gráfico Qualidade dos serviços oferecidos na UBS Aristides Novis de acordo com a amostra de idosos usuários:



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Nas falas dos idosos sobre o porquê das escolhas entre as três opções de qualidade de serviços, alguns ficaram receosos e preferiram não responder, enquanto outros falaram suas opiniões:

A gente não melhora nada, eu fico tomando, tomando remédio, eu tomo insulina duas vezes no dia, de manhã e de noite e a minha diabetes só vive alta. Esse que tá ai agora (médico clínico) não olha nem pra minha cara. Eu sento lá, ele tá lá no outro lado, só sabe mesmo passar receita, pra pagar duzentos reais pra fazer eletro, pra fazer, tirar glicemia, essas coisas. Já teve uma médica aí boa, tinha atenção com os velhos, mas esse aí. Quem fazia essas coisas com a gente era doutora rita, quando tava aí, tirava um dia da semana e levava a gente lá pro jardim pra fazer física. Mas esses que tá ai e nada é a mesma coisa. - Entrevistado 3

Não tem nada o que dizer de ruim, pois sempre que vou às consultas sou receitada e passam o remédio. – Entrevistado 4

Eu tenho um bucado de requisição aí que não marca. Pra mim é péssimo, que seja até bom pra os outros, mas pra mim não é bom não. – Entrevistado 5

Eu graças a deus não tenho o que dizer da enfermeira, essa principalmente tem muito cuidado comigo. Que qualquer coisa que eu sinto eu falo com ela, e ela me atende muito bem. Graças a deus. - Entrevistado 6

A partir das falas dos idosos é possível observar que as avaliações feitas por eles estão vinculadas ao conhecimento ou não conhecimento dos direitos e da memória. É afirmado na PNSPI em sua diretriz sobre Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, que o idoso deve ser informado a respeito dos seus direitos, sobre

o envelhecimento e a cerca dos serviços que utilizam; porém tais deveres não são realizados pelos profissionais dentro da unidade de saúde, que acabam por restringir os idosos ao conhecimento mais profundo sobre a velhice e seu contínuo processo de envelhecimento. Das reclamações ou objeções feitas, os serviços que são prestados na unidade são para alguns idosos insuficientes às suas demandas, e o acolhimento e acompanhamento da saúde desses usuários não são sequer citados por eles, já que não são realizados como deveriam. O respeito ao idoso e a atenção na escuta é de extrema importância, visto que maior parte dessa população é excluída, isolada e ignorada nos seus meios sociais, o que muitas vezes implica na piora do quadro clínico. Entender o que o idoso necessita para além das necessidades clínicas é papel da equipe que atua dentro dessas unidades, para que assim haja a promoção da saúde em todos os âmbitos.

A saúde priorizada dentro da unidade de acordo com o que os depoentes falaram, é estritamente de caráter curativo, não são realizadas atividades ou ações constantes que incentivem um envelhecimento ativo, somente é efetuado salas de espera com a equipe do NASF uma ou duas vezes no mês, porém, tal atividade não é voltada especificamente para saúde da pessoa idosa, mas para saúde de qualquer usuário da unidade.

Com referência à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), sete dos entrevistados disseram que não conheciam e nunca ouviram falar, os demais disseram que já haviam visto na televisão reportagens falando sobre tal política, porém não conheciam e não sabiam o que era previsto nela. Também foi afirmado por sete idosos que dentro da UBS que são atendidos, nunca nenhum profissional havia falado sobre seus direitos referentes à saúde ou sobre a PNSPI, enquanto cinco idosos disseram que já haviam sido informados sobre alguns direitos:

Não, eles não orientam não, eles falam as coisas quando eles querem.- Entrevistado 2

Que, o direito que eu tenho é ficar na fila pra conseguir uma ficha. Se eu for tomar a frente, as modernas é até capaz de me bater.” - idosa que precisa acordar quatro horas da manhã para ficar na fila para pegar a ficha, pois afirma que as pessoas não respeitam seu direito de prioridade. - Entrevistado 3

Sempre falam, quando tem negócio das festas dos idosos, eles me chamam, aí eu vou, eles aí falam aquelas palavras, aquelas coisas bonitas... - Entrevistado 4

Em me receitar, ter o médico aí, quando tem aí a pessoa vai e se receita, às vezes alguém acha remédio, pra mim é difícil achar, nunca tem. Tem uma dona aí que a doutora passou pra eu voltar com oito dias, quando terminasse o remédio, que quando eu cheguei lá, fui a primeira que cheguei, passei a noite sem dormir direito, já pensando lá, morando aqui de junto. Aí eu fui a primeira que cheguei, na hora de distribuir as fichas, a tal que distribui não me deu, já teve aqui na semana passada, mas foi a doutora que mandou quando eu terminasse o remédio, e não me deu a ficha. Eu me aquecei com a doutora, ela fez quando você precisar falar comigo pode empurra a porta e entrar. - Entrevistado 5

Alguns idosos tiveram medo de falar sobre o que acham dos serviços, entretanto outros afirmaram que dentro da unidade o idoso não é priorizado, que é desrespeitado muitas vezes por alguns profissionais e por outros usuários. O respeito e valorização da velhice são pautados como direitos dos idosos tanto no Estatuto do Idoso como na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), e vão além da forma de tratamento; ter acesso a serviços que priorizem a saúde e o bem estar do idoso para além do tratamento médico, é promover um envelhecimento saudável, no qual a imagem a velhice seja desvinculada à doença e a morte, e traga empoderamento ao idoso em relação a seu envelhecimento.

Em relação aos profissionais entrevistados, em um total foram 9 funcionários, sendo eles uma recepcionista que trabalha na unidade há 08 meses, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que variam entre 03 a 17 anos de serviço na unidade, uma dentista que atua há 03 anos na unidade e um médico clínico que está há 05 meses na unidade. Foram entrevistados também 03 profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, sendo essas uma Assistente Social, uma Nutricionista e uma Psicóloga. Nenhum dos profissionais possuem algum tipo de especialização ou capacitação voltada para o envelhecimento e velhice.

As equipes que atuam na unidade de saúde são os responsáveis por garantir os direitos em relação à saúde aos idosos, promover condições dentro desse âmbito que facilitem o acesso do idoso a todos os serviços que são enfatizados na PNSPI. Para que haja eficiência na atuação para com esse grupo etário, é necessário compreender o que é envelhecimento e velhice, saber distingui-las e quais as formas de proporcionar a população idosa um envelhecimento ativo e saudável. O atendimento a esse seguimento etário é considerado por dez dos entrevistados

como diferenciado do que é ofertado a outros usuários, visto que de acordo com as respostas, há priorização dos idosos em todos os serviços, é necessário ofertar uma maior atenção a esses idosos que em grande parte são mais educados e gentis que os usuários mais novos.

As respostas dos profissionais sobre o que eles entendiam o envelhecimento variaram de acordo com a ocupação de cada um dentro da unidade:

Quadro 7: Respostas transcritas dos profissionais sobre o que é envelhecer:

PROFISSIONAL	FALA
RECEPÇÃO	“É questão do tempo, do ano vivido, as pessoas tem que realmente que envelhecer.”
ACS 03	“Sabedoria”
ACS 04	“É uma continuidade da vida, por que todo mundo passa por etapas, tem suas fases, e todos nós, nem todos nós podem chegar. Faz parte da vida.”
ACS 6	“É um processo natural.”
ACS 5	“O envelhecimento é um estado mental, e não físico.”
T.E.	“O envelhecimento é a experiência do dia a dia, quando você vai envelhecendo, você vai vendo o que você fez o que você pode melhorar. Você vai ter noção o que você fez antes, você pode fazer e o que você pode melhorar.”
DR. D.	“É experiência, acúmulo de experiência.”
DR. M.C.	“Processo natural, que necessita muito do acompanhamento da saúde pra que ele siga da melhor forma possível.”
NASF 1	“Entendo ser uma etapa da vida do ser humano.”
NASF 2	“Entendo ser uma etapa da vida do ser humano.”
NASF 3	“É um processo pelo qual todo ser humano passa pela diminuição orgânica e funcional.”

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

É possível analisar que, mesmo atuando na saúde e diretamente com os usuários idosos, os profissionais que atuam na unidade possuem um conhecimento limitado e superficial em relação a um processo que é natural a todos, que é o envelhecimento. A compreensão sobre a diferença entre o processo de envelhecimento e a fase da velhice é imprescindível a todos os profissionais que

lidam com o público idoso, e é previsto tanto no Estatuto do Idoso, nas Diretrizes do Pacto pela Saúde e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que traz como uma das diretrizes - “Disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa...” (BRASIL, 2006).

A PNSPI deve ser um dos embasamentos principais em relação à atuação dos profissionais da atenção Básica, visto que, essa política traz as principais diretrizes para proporcionar aos idosos um envelhecimento saudável, trazendo autonomia e independência para essa população. Os profissionais quando questionados sobre tal política responderam:

Quadro 8: Respostas transcritas dos profissionais sobre o conhecimento da PNSPI:

PROFISSIONAL	FALA
RECEPÇÃO	“Não conheço.”
ACS 02	“Pra falar a verdade, a gente já aprendeu muitas coisas, agora, eu não ligo sobre isso. Eu vivencio mais a prática.”
ACS 03	“Pouco, precisa fazer mais campanha.”
ACS 04	“Não conheço.”
ACS 5	“Conheço pouco, mas conheço. A gente tem que conhecer. Infelizmente a gente”
ACS 6	“Não conheço.”
T.E.	“Não conheço.”
DR. D.	“Conheço pouco.”
DR. M.C.	“Conheço as campanhas de vacinação e orientação.”
NASF 1	“Garante a atenção adequada a pessoa idosa com bases nas diretrizes do sus.”
NASF 2	Não respondeu
NASF 3	“Visa garantir atenção adequada e digna a pessoa idosa a partir das diretrizes do sus.”

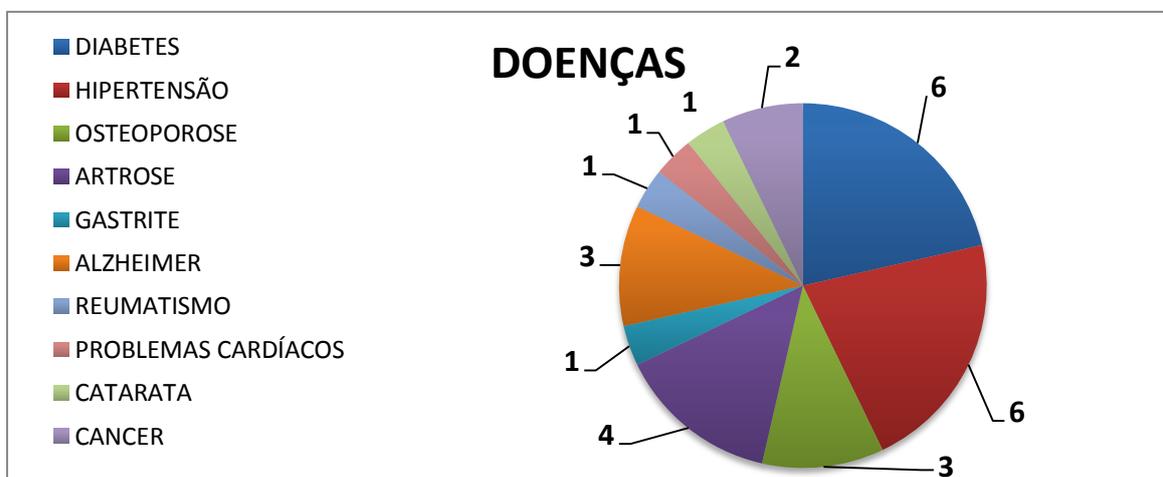
Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

A maior parte dos profissionais atuantes na unidade não conheciam a PNSPI ou já tinham ouvido falar, porém não conheciam de forma mais aprofundada tal

política. Os que afirmaram conhecer eram formados em nível superior, e afirmaram terem ter conhecido tal política ainda na graduação. Essa tabela mostra uma realidade na qual grande maioria dos profissionais da saúde faz parte, a falta de conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Em uma de suas diretrizes, tal política traz como um dos pontos principais a divulgação e informação sobre a própria PNSPI para os profissionais de saúde, gestores, e para os usuários, algo que não é efetivado na Unidade Básica pesquisada, visto que mais de 50% dos idosos entrevistados afirmaram não conhecerem tal política, assim como mais 50% dos profissionais afirmaram não conhecer totalmente ou conhecer pouco. A desvalorização dessa política como um instrumento de trabalho é visível na fala da ACS 02 que afirmou já ter passado por capacitações anos anteriores, porém prefere viver a prática; a atuação dos profissionais que deveria ser a de informar os idosos sobre seus direitos é comprometida quando o próprio agente não conhece tais direitos e não possui interesse em aprender sobre, limitando para o idoso o acesso aos direitos de saúde que vão além de consultas médicas e medicamentos.

Em uma avaliação dos serviços ofertados aos idosos, dos oito profissionais que responderam, seis afirmaram que todos os serviços ofertados aos idosos estão de acordo com o que é previsto na PNSPI, todos que afirmaram são da equipe do NASF e da equipe de Saúde a Família; já dois alegaram que os serviços não estão de acordo com o que é apresentado na PNSPI, pois falta qualificação dos serviços e servidores que atuam na Atenção Básica.

Figura 15: Gráficos Doenças que acometem os idosos de acordo com os Profissionais que atendem a amostra de idosos usuários da UBS Aristides Novis:



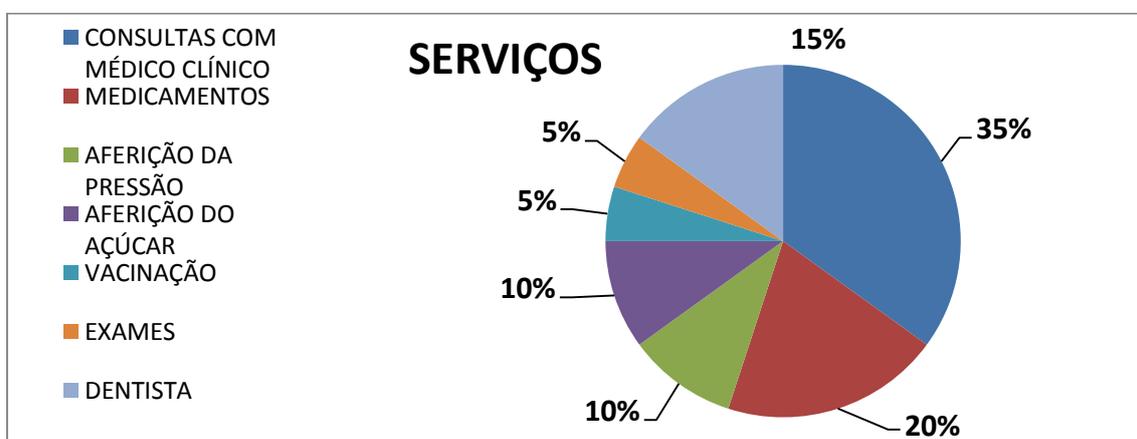
Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Aos profissionais, foi questionado sobre quais seriam as doenças específicas ao envelhecimento que eles conheciam, com exceção da equipe do NASF que preferiu não responder tal questão, todos afirmaram que dentre as doenças mais comuns aos idosos seriam hipertensão e diabetes como é possível visualizar no gráfico. Porém essas doenças não são ocasionadas pela velhice, então a associação dessas doenças crônicas a velhice é errônea, visto que são patologias que podem ser desenvolvidas em qualquer idade e por diversos fatores. Através desse conceito, e pelo grande número de idosos com tais doenças, eles são encaixados em grupos de diabéticos e hipertensos, que são referenciados como grupo de idosos, apesar de não ser formado só por idosos:

Grande parte das equipes que trabalham com as atividades de grupos considera que os idosos estão incluídos nos grupos de hipertensão e diabetes, fato que reforça o tratamento do envelhecimento natural como doença, o que não é verídico. Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa (dependendo de sua situação familiar e comunitária), além de maior aceitação na sociedade. Faz-se necessário uma maior reflexão das equipes de saúde de Atenção Básica/Saúde da Família sobre o trabalho em grupo, para poder utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva. (BRASIL, MS, 2006)

Sendo assim, os profissionais que atuam na unidade acabam por transmitir para os idosos que as doenças como a diabetes e hipertensão são consequência do processo de envelhecimento, associando uma imagem de enfermidade a velhice.

Figura 16: Gráficos Serviços de saúde que os idosos mais procuram de acordo com os Profissionais que atendem a amostra de idosos usuários da UBS Aristides Novis:



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

De acordo com o gráfico acima, dos serviços ofertados pela unidade de saúde, a consulta médica e os medicamentos são os mais procurados pelos idosos, o que corresponde ao que foi respondido pelos usuários, pois a procura de consultas seria para solicitar renovação de receitas. O acompanhamento da saúde do idoso é limitado a esses serviços, o que caracteriza os serviços com perfil curativo, visto que as demandas atendidas são somente as referentes ao estado clínico do paciente.

Os profissionais quando indagados sobre a frequência e a quantidade de idosos, maior parte não souber responder, somente os ACS tinham esse tipo de dado, porém nem todos os tinham em mãos, pois não há o acompanhamento registrado na unidade, só são contabilizados os números de idosos nas campanhas de vacinação, no mais, não há na unidade um monitoramento através da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, um material desenvolvido pelo Ministério da Saúde para acompanhar e registrar dados sobre a saúde do idoso na atenção básica, visto que é alegado não ter esse material disponível na unidade. Nisso já entra a questão sobre como o Sistema Único de Saúde preconiza a atenção a pessoa idosa, onde os profissionais responderam que através de busca ativa, campanhas voltadas para os idosos e de vacinação, como também a priorização do idoso em relação aos atendimentos, disponibilização de medicamentos nas unidades e humanização dos serviços. Entretanto, quando analisamos as respostas dos idosos com essas dos profissionais percebemos há discordâncias entre elas, visto que alguns dos usuários delatam não terem seu direito à prioridade respeitado dentro da unidade, o acolhimento não é efetivado, os ACS demoram em realizar as visitas, que em muitos casos se tornam anual, e existe a falta de remédios disponíveis na unidade.

Dos serviços no município voltados para a saúde do idoso, dos profissionais somente seis responderam quais serviços em suas concepções eram voltadas para as pessoas idosas, sendo que a Academia da Saúde foi citada somente por dois entrevistados, medicação, vacinação e Hiperdia pelos demais. Enquanto a maior parcela de idosos não souberam responder essa pergunta, a maior parcela dos profissionais não responderam, e esses foram os que possuíam nível superior; é a partir dessa negação a responder tal questionamento que é perceptível que os idosos não possuem acesso à essas questões visto que os próprios profissionais não sabem informar. E para qualificar os serviços de saúde ofertados no município, alguns alegaram que são ótimos, pois o atendimento é garantido, enquanto outros

afirmaram que é necessário melhorar, visto que o número de demandas é maior do que os serviços atendem, faltam vagas para consultas com especialistas e para exames.

A Rede de apoio de acordo com os profissionais da equipe de ACS ainda é falha, pois falta diálogo e apoio para que haja a realização de um trabalho efetivo na promoção a saúde dos idosos, enquanto a equipe de saúde da família considera que há apoio e comunicação dentro da rede; a equipe do NASF não respondeu essa questão. A partir dessas respostas é possível perceber onde está a maior dificuldade de todo o sistema de saúde municipal em ofertar e efetuar atividades e atenderem as demandas, a falta de apoio e comunicação entre toda a Rede de Atenção a Saúde é uma das principais causas da ineficiência da promoção da saúde de qualidade. Quando os idosos alegam que não conhecem serviços de saúde para além do que é ofertado na unidade, é resultado da falta de interação da Rede de Atenção a Saúde, que não vincula os serviços para facilitar o acesso.

Considerações Finais:

O número da população idosa no Brasil vem aumentando de maneira acelerada com o passar dos anos e isto está causando uma transformação bruta do perfil populacional do país. Com o número de idosos crescendo em todo o país, é necessário que haja a preocupação em efetivar os direitos que são a eles atribuídos em todos os âmbitos, principalmente na Saúde Pública.

Nesse presente trabalho, o objetivo principal foi fazer uma análise dos serviços de saúde oferecidos à população idosa de Cachoeira na Atenção Básica a partir do olhar dos idosos em comparação com a perspectiva dos profissionais que atuam na Atenção Básica. Foi necessário realizar um corte dentro da área urbana para que fosse possível escolher a Unidade Básica de Saúde e uma amostra aleatória da população idosa usuária dos serviços da unidade selecionada.

A partir da coleta de dados com ambos públicos alvos, foi possível ter acesso a dados de relevância para pesquisa, onde os dois pontos de vista foram analisados e comparados, de forma que, os parâmetros usados para compreender o estudo, foram a Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa e o Caderno da Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.

Dos resultados da pesquisa foi observado que a maior parte dos entrevistados idosos e profissionais não sabiam distinguir o processo de envelhecimento da fase da velhice, unificando os dois como um fator só, o que mostra que informações sobre tal temática ainda não é tão estudado e divulgado dentro de nossa sociedade, sendo que é afirmado como uma diretriz da PNSPI a divulgação de informações para os usuários dos serviços de saúde pública e capacitações dos funcionários que atuam no SUS sobre o envelhecimento e saúde do idoso. A falta de compreensão sobre o envelhecimento, a velhice, o que é resultante desse processo e os direitos dos idosos na esfera da saúde, faz com que os profissionais entrevistados não atuem de forma a promover o envelhecimento ativo e saudável, dando um caráter curativo aos serviços prestado aos idosos dentro da Unidade de Saúde Básica. E é possível visualizar que mesmo os idosos possuindo direito, não é garantido o acesso à saúde. A saúde do idoso é colocada só como tratamento de doenças, que são tidas como sendo consequência da velhice, e o idoso acaba por aceitar tal concepção, associando uma imagem negativa a velhice; a

saúde também é colocada pelos entrevistados como sendo a ausência de doenças, e não ao bem-estar do idoso em todos os níveis.

Os serviços de saúde oferecidos aos idosos dentro da unidade são limitados à consultas médicas, aferimento de pressão e diabetes, acompanhamento no Hiperdia, vacinação, dentista e medicações; o cuidado com a saúde do idoso para além desses serviços como é levantado na PNSPI é totalmente negligenciado, e os idosos por não conhecerem a política e não saberem quais os outros serviços deveriam ser oferecidos por direito como acompanhamento nutricional, grupos para socialização de informações pertinentes ao envelhecimento, atividades físicas e outras ações que incentivem hábitos saudáveis, acreditam que os serviços ofertados são bons e se limitam ao básico oferecido.

De acordo com todas as análises e fatos constatados com as entrevistas, é possível perceber que dentro da Atenção Básica do município de Cachoeira, a saúde do idoso não é priorizada, não há investimento nos recursos humanos para capacitá-los em relação ao envelhecimento e o velho, a oferta de serviços pertinentes a promoção da saúde aos idosos é limitada ao básico oferecido nas unidades e a saúde do idoso é tratada somente em relação às doenças que são detectadas. Ainda não é compreendido que o cuidado com a saúde do idoso não é cuidar de doença, é necessário desassociar essa idéia de velhice como sinônimo de doença.

A problemática que agrava a situação da saúde pública atualmente é o número crescente de idosos, que demandará a melhoria e ampliação dos serviços de saúde ofertados, e sendo a porta de entrada dos SUS, as Unidades Básicas de Saúde precisam estar adaptadas a atender as demandas requeridas pela população idosa e proporcionar a seus usuários serviços que incentivem o envelhecimento ativo e saudável. As equipes que atuam na UBS em que foi desenvolvida a pesquisa precisam ser capacitadas a atender esse segmento etário, para assim proporcionar aos idosos um acompanhamento eficiente e capaz de assegurar todos os direitos previstos na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

REFERENCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 3, n. 1-3, p. 4-20, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2000000100002&lng=pt&nrm=iso>. Visitado em: 02 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2000000100002>.
- AMORIM, Camila Carvalho; PESSOA, Fabrício Silva (org.). Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA: São Luís, 2014.
- ARALDI, Marilani. A descoberta de projetos de vida – contribuição do projeto idoso empreendedor no processo de envelhecimento. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, UFSC. Florianópolis: 2008.
- AROUCA, Sérgio. Depoimento sobre a reforma sanitária. 1998. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>
- AVRITZER, L. Participatory institutions in democratic Brazil. Johns Hopkins: University Press, 2009.
- AZEVEDO, Sérgio de. Políticas públicas: discutindo modelos e alguns problemas de implementação. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando A. Dos (et. al.). Políticas públicas e gestão local: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: FASE, 2003.
- BALLONE, G.J. (2000). Personalidade. In. PsiqWeb, Programa de Psiquiatria Clínica na Internet. Disponível em : <http://www.psiqweb.med.br/site/>.
- BEAUVOIR, Simone de. A Velhice. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 1990. (Série Legislação Brasileira).
- BRASIL. Decreto n. 1.948, de 3 julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/D1948.htm>>. Acessado em: 21 jun. 2016.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº10.741, de 1ª de outubro de 2003. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
- BRASIL. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde (BR). Portaria No 1.395 de 9 de dezembro de 1999: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 13 Dez 1999. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acessado em: 21 jun. 2016.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acessado em: 21 jun. 2016.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acessado em: 21 jun. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 21 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [Internet] Brasília; 2006. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeDaPessoaIdosa.pdf>> Acessado em 20 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [legislação na Internet]. Brasília; 2006. Disponível em : <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acessado em: 21 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Política Nacional do Idoso. Lei nº8.842, de 4 de janeiro de 1994.

BRASIL. Portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde- 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Disponível

em:< http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html >. Acessado em: 21 jun. 2016.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. [Internet] Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acessado em: 21 jun. 2016.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão, n. 858, IPEA, Rio de Janeiro, 2002.

CAMARANO, A. A.. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 1999.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão, n. 167, IPEA, Rio de Janeiro, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. 2002.

COSTA, Elizabeth M. Sene. Gerontograma: a velhice em cena – estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade. São Paulo: Agora, 1998.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. Revista Escola de Enfermagem, São Paulo, v.44,n.2,p.437-444.2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200028>. Acesso em 20 jun. 2016.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

DUARTE, M. J. R. S. Autocuidado para a qualidade de vida. In: CALDAS, P.C. A saúde do idoso: A arte de cuidar. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

DUARTE, Y. A. O., DIOGO, M. J.D'E. Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Ateneu, 2000.

IBGE, Histórico do município de Cachoeira-Ba, [200-?]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/LWE>. Acessado em: 10 mai. 2016.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo.

LIMA, Ângela Maria Machado de; SILVA, Henrique Salmazo da; GALHARDONI, Ricardo. Successful aging: paths for a construct and new frontiers. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008.

MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. O Manifesto Comunista. 3ª edição, São Paulo, Global, 1988.

- MERCADANTE, E. Velhice: a identidade estigmatizada (Tese de doutorado) PUC-SP.1997.
- MORAES, E.N.; MARINO, M.C.A.; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. In: Revista Médica de Minas Gerais. 2010
- MORAES, Edgar Nunes. Atenção a saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MORIN, E. 1997. O homem e a morte. Rio de Janeiro. Imago
- NÉRI, A. L. (Org.). Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas, SP: Alínea, 2007.
- NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A.A. (Org.), Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004, p. 427-450.
- OLIVEIRA, R.C., OLIVEIRA, F.S., SCORTEGAGNA, P. A. Pedagogia Social: possibilidade de empoderamento para o idoso. 2010. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000092010000100022&script=sci_arttext. Visitado em : 30 Jun 2016.
- PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.
- PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. São Paulo: Editora Ateneu, 1996.
- PASCHOAL, Sérgio Márcio. Pacheco. In: NETTO, Matheus Papaléo. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, p. 313-323, 2002.
- PEREIRA-PEREIRA, Potyara A.. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, Ivanete (org.). Política social no capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.
- SACRAMENTO, L. E.S, SANTOS, M.C. A cidade de Cachoeira: a relação crescimento e desenvolvimento sob a luz da população periférica. 2012. Disponível em: <http://periodicos.uesb.br/index.php/ascmpa/article/viewFile/3732/3418>. Visitado em 03 ago. 2016.
- SALGADO, Carmen Delia Sánchez. Mulher idosa: a feminização da velhice .Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento, v. 4, 2002.
- SCHINEIDER, R.H, IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>. Visitado em: 30 Jun 2016.
- SOUZA, Celina. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. Caderno CRH, Salvador, n. 39, jul./dez. 2003.

WILLIG, M.H.; LENARDT, M.H.; MÉIER, M.J.; A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO IDOSO NO BRASIL: BREVE ANÁLISE. *CogitareEnferm.* 2012. Disponível em :< <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29298>>. Acessado em: 21 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: OPAS; 2005.

ZIMMERMANN, Clóvis Roberto. *As Políticas Sociais e os Direitos: alguns apontamentos sobre o Programa Bolsa Família no Nordeste*. *Revista política Hoje*, vol. 18, n.2, 2009. Disponível em: <http://www.ufpe.br/politica/hoje/index.php/politica/article/view/34/25>. Acessado em: 20 Jul.2016.

APÊNDICE:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS.
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA

DATA DE APLICAÇÃO: ____ / ____ / ____

NOME DA INSTITUIÇÃO/BAIRRO

1. Nome:
2. Data de nascimento: ____ / ____ / ____ IDADE 3. Cidade de Nascimento:
4. Sexo: F () M () 5. Estado Civil: ()Solteiro () Viúvo (a) ()Casado(a) / companheiro () Desquitado/ separado/ divorciado
5. Etnia: Negra/o() Parda/o() Amarela/o() Indígena() Branco() Outras:
6. Religião : () Católica ()Candomblecista. ()Espírita ()Evangélica ()Outra
7. Profissão:
8. Especialização:
9. Função:
10. Tempo de serviço na unidade:
11. Trabalha em outro local?

12. Quantas pessoas idosas são cadastradas na unidade?

13. Quantas das pessoas idosas cadastradas estão em atendimento?

QUESTIONÁRIO PARA OS FUNCIONÁRIOS

- 1. O que a Senhora/Senhor entende sobre o**
- 2. O que Senhora/Senhor conhece sobre as doenças**
- 3. Como o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a atenção à pessoa idosa?**

- 4. Há diferença em atender a população idosa e a população não idosa?**
- 5. O que a população idosa procura nesse serviço?**

- 6. Quais as principais queixas diagnósticas?**
- 7. Existem muitos idosos que freqüentam o serviço?**
- 8. Cerca de quantos?**

- 9. Quais são os serviços de saúde mais utilizados pelos idosos, e com qual freqüência?**
- 10. Quais serviços no município são voltados especificamente à saúde do idoso? Média e Alta complexidade**
- 11. Como se dá o acesso? Encaminhamento**

- 12. O que você acha dos serviços de saúde prestados aos idosos no município?**
- 13. O que você conhece da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?**
- 14. Onde teve acesso à essa informação?**
- 15. Os serviços ofertados aos idosos estão de acordo com o que é previsto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?**
- 16. Como a Rede de Atenção a Saúde procura garantir a integridade da saúde do idoso?**



SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA

DATA DE APLICAÇÃO: ____/____/____

NOME DA INSTITUIÇÃO:

1. Nome:
2. Data de nascimento: ____/____/____ 3. Cidade de Nascimento:
4. Sexo: F () M () 5. Estado Civil: ()Solteiro () Viúvo (a) () Casado(a) / companheiro () Desquitado/ separado/ divorciado
5. Etnia: Negra/o() Parda/o() Amarela/o() Indígena() Branco() Outra :
6. Religião: () Católica () Candomblecista. () Espírita () Evangélica () Outra:
7. Trabalha: Sim () Não() Profissão:
8. Com o que?
9. Aposentada Pensionista: Sim () Não()
10. Aposentada (o): Sim () Não()
11. Renda:
12. Benefício social governamental: Sim () Não() Qual?
Valor atual:
13. Escolaridade:

14. Moradia: Própria () Alugada () Cedida () Outra:
15. Possui algum convênio de saúde particular? Sim () Não ()
16. É atendido em qual unidade de saúde?

QUESTIONÁRIO PARA OS IDOSOS

- 1. A Senhora/Senhor se percebe como uma pessoa idosa?**
- 2. O que a Senhora/Senhor entende sobre o envelhecimento?**
- 3. Possui alguma doença? Quais?**
- 4. A Senhora/Senhor reconhece essas doenças como específicas ao envelhecimento, doenças de velho?**
- 5. Quais são essas doenças?**
- 6. Quais os principais serviços de saúde que a Senhora/Senhor utiliza na rede pública?**
- 7. Com qual frequência?**
- 8. Como a Senhora/Senhor avalia esses serviços:**
- 9. Já foi atendido na Unidade Básica de Saúde da Família? Por Quê?**
- 10. Nesses serviços quais profissionais lhe atendem?**
- 11. Quais atividades são realizadas?**
- 12. Com qual regularidade?**
- 13. Como se dá o acesso?**
- 14. O que a Senhora/Senhor acha que é saúde?**
- 15. Conhece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?**

16. Quais serviços de saúde são oferecidos no município?

17. Nesse serviço já lhe orientaram sobre seus direitos no que se refere à saúde?

18. A Senhora/Senhor sabe quais serviços devem ser ofertados por direito na Atenção Básica de Saúde ao idoso?

19. O que a Senhora/Senhor encontra nos serviços de saúde

20. A Senhora/Senhor acredita que os serviços de saúde oferecidos na rede pública do município aos idosos estão de acordo com o que é previsto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?

21. O que a Senhora/Senhor acha dos serviços de saúde prestados aos idosos?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS.
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **Saúde do Idoso na Atenção Básica do Município de Cachoeira-Ba**, orientado pela docente **Marcela Mary José da Silva** e realizado pela discente **Ágata Souza Magalhães**, ambas da **Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)**. O objetivo geral deste trabalho é fazer uma análise da atenção dada à saúde do idoso dentro da Atenção Básica de Saúde do município de Cachoeira. Para realizar o estudo será necessário que o(a) Sr.(a) se disponibilize a participar de uma entrevista semi-estruturada, de caráter SIGILOSO, que será utilizada na construção de uma monografia sobre a temática Atenção Municipal de Saúde em Cachoeira e o Envelhecimento, no qual sua participação é confidencial e sua identidade **NÃO** será revelada em qualquer hipótese. Não haverá risco da sua participação nesta pesquisa, em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual o(a) Sr.(a) receberá uma cópia. O(a) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através dos telefones: (75)991367981 (celular), ou por email: agata.magalhaes@outlook.com.

Eu _____(nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa intitulada - Saúde do Idoso na Atenção Básica do Município de Cachoeira-Ba.

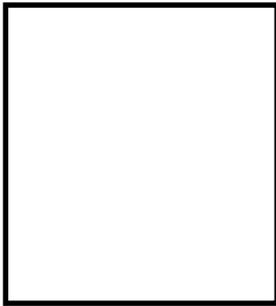
Cachoeira-BA, _____ de Julho de 2016.

Assinatura do Pesquisador : Ágata Souza Magalhães
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Cel: (75) 991367981
e-mail:agata.magalhaes@outlook.com

Assinatura do entrevistado

Caso o idoso esteja impossibilitado de assinar:

Eu _____, abaixo assinado, confirmo a leitura do presente termo na íntegra para o(a) paciente _____, o(a) qual declarou na minha presença a compreensão plena e aceitação em participar desta pesquisa, o qual utilizou a sua impressão digital (abaixo) para confirmar a participação.



Polegar direito (caso não assine).