

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

LARA MARQUES GIORDANI

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: REFLEXÃO
SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO COM OS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS
2009/1**

LARA MARQUES GIORDANI

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: REFLEXÃO
SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO COM OS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profa. Msc. Cleide Gessele

FLORIANÓPOLIS/SC

2009/1

LARA MARQUES GIORDANI

**Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Idoso: Reflexão sobre o processo de
envelhecimento com os profissionais de saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso julgado e aprovado pelo Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pela Comissão Examinadora integrada pelos membros:

Profª Msc Cleide Gessele - Orientadora

Profª Msc Naldir da Silva Alexandre – 1º Examinador

Prof. Msc Valter Martins – 2º Examinador

Florianópolis, Junho de 2009.

Dedico este trabalho a minha amada mãe Ede Maria Marques Giordani, minha amiga, companheira e principal incentivadora para concretização deste.

AGRADECIMENTOS

Quando a vida nos coloca em encruzilhadas devemos escolher um rumo, e aquele que nos parece certo no momento. Foi assim que saí da cidade de Santa Rosa, interior do Rio Grande do Sul, para alcançar um objetivo, deixando com saudades familiares, amigos, e pessoas importantes. Hoje este objetivo concretiza-se e posso com orgulho mostrar aos que acreditaram em mim que eu consegui!

Para chegar até aqui, vencer mais uma entre tantas etapas que foram e virão, quero expressar meu carinho para aqueles que estiveram ao meu lado e de alguma maneira ou outra ajudaram na construção deste trabalho.

À *Deus*, por me dar à oportunidade de viver e estar chegando até aqui com saúde e persistência para não desistir nas primeiras barreiras.

Aos meus pais *Jaime e Ede*, meus irmãos *Guto e Aline*, meu cunhado *Fábio* e meus sobrinhos *Henrique e Pedro* agradeço pela força e paciência por me ouvirem quando precisei e acompanhar essa etapa tão importante do meu crescimento profissional. Mesmo longe, sempre os senti pertinho de mim pois amo vocês incondicionalmente!

Ao meu noivo *Diáquenes* pela compreensão e carinho e seu jeito simples e esplendido de me amar... É uma pessoa muito especial e significa muito para mim!

À querida "*Tia Bea*" meu incentivo e braço forte, sempre presente em todos os momentos. Meu carinho por você é enorme! Também a *Lisi e Ale*, incentivadores para eu escolher o curso e grandes amigos. Obrigada pelo carinho de vocês!

À minha supervisora acadêmica, *Cleide* pelas vezes em que desabafei minhas angustias e medos, e pela força que me dava para não desistir e seguir adiante. Seus ensinamentos com certeza fazem muita diferença no meu crescimento profissional e pessoal. Muito obrigada, és uma pessoa muito especial!

À minha supervisora de campo, *Arlei* pela oportunidade em ser sua estagiária e, por me ajudar no que fosse preciso para meu crescimento profissional, com sua experiência, dinamismo e paciência. E também pelos bons momentos de descontração e reflexão. Estar ao lado de pessoas alegres e dispostas faz muito bem! Obrigada.

Minha amiga *Nidia*, "nossa amizade será eterna", acredito sempre nisso pois você tem muita participação neste meu caminho, sua amizade e carinho foram fundamentais. Somos abençoadas por ter uma à outra com esta amizade tão sincera. Amo você amiga!

Às minhas colegas e amigas, em especial *Bruna, Letícia, Mari, Josi, Patrícia e Priscila* por tudo que passamos juntas, e descobrimos em relação a nossa formação profissional e também uma grande amizade que do meio acadêmico nasceu. Obrigado por me darem o prazer da amizade e companhia de vocês e, por todos os momentos em que me ajudaram, sempre dispostas a dividir alegrias e problemas. Amo muito vocês...

Seção 1.01 A *família Pfitscher* por me acolher como uma filha e irmã, por todos os momentos em que estiveram comigo, sempre me auxiliando. Foi um prazer conhecer vocês. Muito obrigada por tudo!

As amigas eternas que longe ficaram *Dari, Aline, Fabi, Bianca e Nara*. Sabemos que cada um tem seu destino e mesmo assim nossa amizade somente cresceu com a distância. Vocês são fundamentais na minha vida!

Aos compadres, amigos e afilhada que aqui fiz *Juli, Maiquel, Vini e Yulia*, a amizade de vocês e carinho foram fundamentais para eu estar aqui. Obrigada pelos momentos mais divertidos desses anos. Adoro vocês!

As amigas da comissão de formatura *Flávia, Carol, Gabriela, Diane, Francine, Letícia, Luciana e Gabi*, com algumas o contato se estreitou nos últimos semestres e penso que poderia ter convivido mais com vocês. Foi muito trabalho, stress, preocupações; não é fácil ser da comissão de formatura, mas o esforço, a amizade de vocês e o companheirismo é que vale a pena. Momentos de muita alegria, construção pessoal e profissional foram ótimos, vocês são MARAVILHOSAS! Nunca esquecerei...

Obrigada a todos!

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo principal a reflexão da forma como gestor e os profissionais da saúde estão se preparando para trabalharem com o processo de envelhecimento nos programas municipais de atendimento a pessoa idosa, tendo em vista o que preconiza as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Inicialmente, faz-se a introdução ao assunto, discorrendo sobre a questão do envelhecimento a partir de uma consistente base teórica com índices de aumento da população idosa brasileira e a perspectiva da longevidade populacional. Após faz-se uma apresentação sobre as leis, estatutos, política pública de saúde e programas voltados ao idoso no Brasil e também em nível municipal. Em relação à pesquisa empírica, a metodologia utilizada é a abordagem quali-quantitativa. Como fonte de coleta de dados fez-se uso da pesquisa exploratória, além da entrevista semi-estruturada e da observação. Na seqüência, analisamos os dados da presente pesquisa realizada com os profissionais de saúde que trabalham com o público idoso em programas desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, desvelando a compreensão e o atendimento a este público com respaldo das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Palavras-chave: Envelhecimento. Política Pública de Saúde. Política Nacional de saúde da Pessoa idosa. Programas de atendimento ao idoso. Idoso.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Divisão de amostra por faixa etária.....	52
Gráfico 2: Divisão de amostra por escolaridade.....	53
Gráfico 3: Divisão de amostra por sexo.....	54
Gráfico 4: Divisão de amostra por tempo de atuação como profissional de saúde da rede municipal.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Divisão de amostra por faixa etária.....	52
Tabela 2: Divisão de amostra por escolaridade.....	53
Tabela 3: Divisão de amostra por sexo.....	54
Tabela 4: Divisão de amostra por tempo de atuação como profissional de saúde da rede municipal.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDS – Centro de Desportos

CEI – Conselho Estadual do Idoso

CEFID - Centro de Ciências da Saúde e do Esporte

CMI – Conselho Municipal do Idoso

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CS – Centros de Saúde

ESF – Estratégia em Saúde da Família

GETI – Grupo de Estudos da Terceira Idade

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

NIPEG – Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Gerontogerátrica

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAB – Piso de Atenção Básica

PEI – Política Estadual do Idoso

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis

PNI – Política Nacional do Idoso

PNPSI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF – Programa de Saúde da Família

SBGG-SC - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO.....	17
1.1 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	17
1.2 O CONTEXTO BRASILEIRO DE ENVELHECIMENTO.....	20
1.3 A LONGEVIDADE DA POPULAÇÃO.....	23
2 O DIREITOS DOS IDOSOS NAS LEIS VIGENTES.....	27
2.1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL: O DIREITO DOS IDOSOS NA SUA EVOLUÇÃO.....	27
2.2 POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO E ESTATUTO DA PESSOA IDOSA.....	30
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	34
2.4 COMPREENDENDO O ATENDIMENTO A POPULAÇÃO IDOSA EM NÍVEL NACIONAL.....	41
2.5 COMPREENDENDO O ATENDIMENTO A POPULAÇÃO IDOSA EM NÍVEL LOCAL.....	43
3 PESQUISA E ANÁLISE DOS DADOS.....	49
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....	49
3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	51
3.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DA PESQUISA.....	55
3.3.1 Promoção do envelhecimento ativo e saudável.....	56
3.3.2 Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa.....	60
3.3.3 Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.....	62
3.3.4 Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.....	64
3.3.5 Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social.....	67
3.3.6 Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.....	70

3.3.7 Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.....	73
3.3.8 Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.....	74
3.4 O SERVIÇO SOCIAL DENTRO DAS EQUIPES DE SAÚDE.....	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICES.....	96

INTRODUÇÃO

Este trabalho intitulado **“Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Idoso: reflexão sobre o processo de envelhecimento com os profissionais de saúde”** é fruto da experiência vivenciada durante o estágio curricular obrigatório do Curso de Serviço Social, realizado no Serviço Social do Comércio (SESC), Unidade Florianópolis, junto ao Trabalho Social com Idosos. Neste período foi possível identificar e trabalhar com os aspectos do envelhecimento junto aos grupos de idosos e, a partir dessa experiência surge os objetivos deste trabalho.

Nas últimas décadas, a expectativa de vida da população brasileira tem aumentado consideravelmente. Este aumento da longevidade se deve em especial às tecnologias médicas avançadas, melhoria da qualidade de vida, avanço da ciência e as novas alternativas de participação e inserção social da pessoa idosa. Isto determina um segmento que cresce em grande escala, estimando-se para um futuro próximo que o número de idosos prevalecerá sobre o número de jovens. A velhice é resultado da evolução da vida, constituindo-se num processo natural e inevitável, para qualquer pessoa. Nesta fase sempre ocorrem mudanças físicas, psicossociais, biológicas e também, as mudanças de cunho sócio-econômico, que acontecem quando a pessoa se aposenta.

No entanto, a tendência contemporânea é a inversão da representação da velhice como sendo um processo de perdas e a atribuição de novos significados aos estágios mais avançados da vida, que passam a ser tratados como momentos privilegiados para novas conquistas e pela busca do prazer.

Este trabalho tem por objetivo refletir e analisar a forma como gestor e os profissionais da saúde de Florianópolis estão se preparando para trabalharem com o processo de envelhecimento nos programas de atendimento à pessoa idosa, tendo em vista o que preconiza as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Visto que o momento atual é considerado ímpar na história da humanidade, pois nunca o ser humano teve a possibilidade de viver uma vida tão longa e ao alcance de uma grande parcela da população. Todavia a longevidade requer do poder público e da sociedade civil a efetivação de políticas públicas adequadas e recursos humanos qualificados para o atendimento e valorização dessa parcela da população.

Entendendo a saúde como um termo complexo, produto da história, da cultura, da religião, da organização social e econômica, das condições de vida e trabalho, da subjetividade, dos valores, desejos e das relações afetivas das pessoas e dos grupos de que

elas são partes, ou seja, a maneira como as pessoas vivem, moram, alimentam-se, trabalham, amam, divertem-se, movimentam seus corpos; a maneira como as pessoas levam a sua vida, interfere em seu equilíbrio vital e, portanto, no seu processo saúde-doença. Desta forma caracterizar o processo de envelhecimento e a partir disto analisar o atendimento a este público na área da saúde constitui processo essencial de valorização e acesso a direitos sociais.

Para tanto, este trabalho estrutura-se em três seções. A primeira seção busca caracterizar o processo de envelhecimento com a conceituação da temática abordada, além de enfocar o idoso na sociedade contemporânea através de dados do contexto brasileiro evidenciando, a exclusão social e o processo de preconceito e discriminação em relação à velhice e seus aspectos cronológicos, biológicos e psico-sociais e, sobre a perspectiva de longevidade da população através de avanços da ciência e tecnologia.

Na segunda seção, realizaremos uma trajetória histórica da inserção do idoso no âmbito da Política Social no Brasil através das alterações ocorridas nas constituições brasileiras até a promulgação da Constituição Federal em 1988. Após esta trajetória apresentaremos os avanços nas legislações vigentes destinadas ao público idoso e, também seus limites de acesso e viabilização dos direitos da pessoa idosa referindo-se a política pública de saúde.

Na terceira seção apresentaremos a metodologia da pesquisa, que compreende os procedimentos metodológicos utilizados, a natureza e caracterização da pesquisa, seus sujeitos e os limites aos quais está sujeita. Nesta mesma seção será apresentada a análise dos dados coletados através da pesquisa exploratória realizada com 6 (seis) profissionais da saúde pública municipal que trabalham diretamente com o público idoso através de programas dentro da Estratégia em Saúde da Família, objetivando analisar a compreensão do processo de envelhecimento por parte desses profissionais em relação a sua atuação na saúde pública com base nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Finalizando o trabalho são apresentadas as considerações finais obtidas a partir da construção do estudo desenvolvido, resgatando aspectos importantes e enfatizando o processo de envelhecimento como elemento central de estudo e aprofundamento dos profissionais da saúde para atendimento a um público com características tão específicas que é o idoso, garantindo seus direitos para efetivação dos mesmos buscando aproximar o real com o constitucional.

1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO

1.1 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O aumento da população idosa é um fenômeno social mundial e trás consigo alterações sociais que influenciam diretamente na qualidade de vida dos idosos, causando mudanças, físicas, psicológicas, afetivas e sociais. A velhice não é um episódio novo na humanidade, os idosos sempre estiveram presentes como indivíduos ou como personagens literários, a história e a literatura estão repletas de personagens e relatos sobre o tema. A velhice como categoria é, entretanto, fenômeno recente (AGUSTINI, 2003).

Há, na verdade, uma multidão de idosos nos mais diferentes lares, países e continentes, porém cada um vivenciando a experiência de sê-lo de forma particular, conforme suas características biológicas, psicológicas e o seu respectivo contexto social (SILVA, 2004).

O que ocorre é que “os homens eludem os aspectos de sua natureza que lhes desagradam” (BEAUVOIR, 1990, p.7), a imagem da velhice é muito estigmatizada, considerada como algo ruim, sombrio, assustador, porque representa a negação de valores até então cultuados e supervalorizados, como a beleza eterna, a rigidez, a produtividade, a força e o poder, valores estes considerados próprios da juventude, e por isso almejado por muitos.

Todavia, outros desafios se fazem presente no cotidiano dos idosos, as desmistificações de padrões estabelecidos socialmente a eles, como improdutivos, incapazes, sem vida sexual entre outros.

Assim, faz-se necessário distinguir conceitualmente envelhecimento e velhice:

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 (COSTA, 1998, p.26).

O envelhecimento é uma manifestação do fenômeno da vida, um processo natural e inevitável para qualquer ser humano na evolução da vida, pois compreende o ciclo vital que vai do nascimento até a morte.

A velhice, resultado do envelhecimento é apenas mais um momento da vida, como a infância ou a maturidade. Velho ou idoso é o indivíduo que está na velhice, e estes termos são contemplados pela Constituição Brasileira. Comumente a velhice é considerada como uma realidade que afeta somente uma parcela da população, isto é, separam os idosos de outras

faixas etárias da sociedade como um grupo com características próprias. Logicamente, há uma partilha de característica, mas, o curioso é que esta distinção supõe maior separação de outras **faixas etárias** da sociedade do que a experimentada por outros grupos sociais como: crianças, adultos, operários, funcionários públicos etc. (MORAGAS, 1997). A velhice é marcada por mudanças biológicas, fisiológicas, psicossociais, econômicas e políticas que compõe o cotidiano das pessoas. Estas mudanças podem ocorrer de duas formas básicas, a aceitação da velhice como parte integrante da vida ou ser sentida com grande intensidade, como um “peso”, tudo dependerá da relação da pessoa com a velhice.

O autor Moragas (1997) apresenta três concepções de velhice para situá-la frente a diversos conceitos:

- *Cronológica*: compreende o tempo de vida marcado em anos. Define-se no momento em que a pessoa atinge uma idade de aposentadoria e unido a este vem o afastamento do mercado de trabalho. A objetividade da idade cronológica transforma-se em inconveniente, quando fica comprovado o impacto diferente de tempo para cada pessoa, de acordo com o que tenha sido sua maneira de viver, sua saúde, suas condições de trabalho. Assim, o período cronológico toma dimensões diferentes para cada pessoa de acordo com as suas condições de vida.
- *Funcional*: define-se pelo “emprego do termo “velho” como sinônimo de “incapaz” ou limitado, e reflete a relação tradicional de velhice e de limitações. Trata-se do conceito falso de velhice representado para sociedade como um sujeito incapaz e funcionalmente limitado que deve ser desmistificado pois, a população idosa não encontra-se impossibilitada de desenvolver uma vida plena integrando aspectos físicos, o psíquicos e o sociais.
- *Velhice*: etapa vital compreende uma etapa diferente das vividas anteriormente que o tempo produz sobre a vida das pessoas. Esta etapa possui uma realidade própria e diferenciada das anteriores, limitada unicamente por condições objetivas externas e subjetivas. Esta etapa produz certas limitações que com o passar do tempo vão se agravando, mas, também tem potencialidades únicas e distintas como à serenidade, maturidade, experiência, perspectiva de vida pessoal e social que podem compensar quando, utilizadas adequadamente com as limitações desta etapa.

Um enfoque objetivo da velhice trabalha com o fator cronológico do decorrer do tempo juntamente com as dimensões perpassadas pelas pessoas. É preciso conhecer a idade cronológica, mas também as condições psíquicas, econômicas e sociais da pessoa para que o conceito velhice represente uma totalidade e não somente uma dimensão que impressione ao olhar de um observador. Assim, como apresenta Moragas, (1997, p.21):

É necessária uma mentalidade aberta, que supere preconceitos e atitudes negativas em relação à velhice, e que considere a idade não como algo determinante das possibilidades vitais de uma pessoa, mas como uma variável acrescida às que condicionam sua situação.

Assim é preciso trabalhar com a questão da idade em sua autêntica dimensão e também considerar outras variáveis que fazem parte da vida dos indivíduos e que os mesmo não conseguem exercer influência, como: sexo, raça, nacionalidade, família de origem, entre outros. Embora o processo de envelhecimento seja caracterizado como um processo de perdas, não pode ser necessariamente um momento marcado por doenças, dependência ou isolamento social. De acordo com Mascaro, (2004, p. 54):

O que atrapalha os idosos são os preconceitos, a idéia de que velhice é sinônimo de doença e incapacidade. Assim, a velhice é estereotipada a partir de várias concepções construídas ao longo dos tempos e reproduzidas no seio das diferentes sociedades.

A velhice não tem um momento ou idade cronológica uniforme para começar, é um momento individual, onde devem ser consideradas as variáveis que cada indivíduo perpassa e, os quais não têm influência como já citado.

Assim, como nos diz Beauvoir (1990), para compreender a realidade e significação da velhice é indispensável observar o lugar que é destinado aos idosos e que representação se faz deles em diferentes tempos, em diferentes lugares.

Pensando no idoso hoje podemos caracterizar esta etapa da velhice com um olhar diferenciado, visto que muitos idosos procuram atividades diversificadas, estão mais atuantes e participativos na sociedade. Buscando espaços de expressão e aprendizagem, de convivência com o outro, troca de experiências, conhecimentos e ampliação de laços de amizade. Possibilitando então ao idoso, maior dinamismo e construindo uma nova imagem social dos mesmos.

No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso em seu 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” (BRASIL, 2004). A pessoa é considerada idosa a partir de seus 60 (sessenta) anos onde então, gozará dos direitos assegurados pelo Estatuto e pelas leis vigentes a esta população. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) o início da “velhice” em países desenvolvidos é de 65 anos por haver melhores condições de desenvolvimento e a expectativa de vida ser maior; em países em desenvolvimento a idade de início é 60 anos. Assim, utilizamos 60 anos como idade de início da velhice, e em observância ao fato de que no Brasil esta é a idade estipulada pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Na próxima seção será apresentado o contexto brasileiro de envelhecimento a partir dessa e de outras leis.

1.2 O CONTEXTO BRASILEIRO DE ENVELHECIMENTO

No Brasil o fenômeno do envelhecimento vem crescendo substancialmente, e com ele a expectativa de vida da população.

Algumas medidas de proteção à velhice começam a ser esboçadas no final do século XIX, mas sempre vinculada à ordem do trabalho. A partir da década de 1960 a velhice começa a ser reconhecida, ainda que em largos passos, tendo em vista que até a década de 1970 o Brasil era considerado um país jovem (SILVA, 2006). Um marco na abordagem desta temática se dá com o texto de Simone de Beauvoir “A Velhice”, publicado em 1970 e que tinha como objetivo quebrar a “conspiração do silêncio” que marcava o tratamento dado ao assunto até este momento. De acordo com Silva, (2004, p. 19):

Pode-se considerar que somente nas últimas décadas do século XX é que a velhice passou a representar uma preocupação nova como categoria social, sendo um tema privilegiado e inserido nos campos de discussão das ciências sociais e humanas.

Este aumento da longevidade é resultado dos avanços tecnológicos e da medicina, da urbanização, da tecnologia, planejamento familiar e saneamento básico que ao diminuir a taxa de mortalidade favorece o aumento de vida da população. Essas alterações colocam em evidência questões referentes aos idosos no Brasil.

Segundo dados do IBGE (2008), a população brasileira envelhece em ritmo acelerado. Desde os anos 1960 que a taxa de crescimento da população brasileira vem experimentando paulatinos declínios, intensificando-se juntamente com as quedas mais pronunciadas da fecundidade. No período 1950-1960, a taxa de crescimento da população recuou de 3,04% ao ano para 1,05% em 2008. Mas, em 2050, a taxa de crescimento cairá para -0,291%, que representa uma população de 215,3 milhões de habitantes. Segundo as projeções, o país apresentará um potencial de crescimento populacional até 2039, quando se espera que a população atinja o chamado “crescimento zero”. A partir desse ano serão registradas taxas de crescimento negativas, que correspondem à queda no número da população. Vale ressaltar que se o ritmo de crescimento populacional se mantivesse no mesmo nível observado na década de 1950 (aproximadamente 3% ao ano), a população brasileira chegaria, em 2008, a 295 milhões de pessoas e não nos 189,6 milhões divulgados pelo IBGE.

O país caminha velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido. O índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira.

Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existem 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro muda e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172,7 idosos. Um exame das estruturas etárias projetadas mostra, também, a transformação nas relações entre pessoas que ingressam (e permanecem) nas idades ativas e aquelas que atingem as chamadas idades potencialmente inativas. Em 2000, para cada pessoa (1) com 65 anos ou mais de idade, aproximadamente 12 estavam na faixa etária chamada de potencialmente ativa (15 a 64 anos). Já em 2050, para cada pessoa (1) com 65 anos ou mais de idade, pouco menos de 3 estarão na faixa etária potencialmente ativa. No tocante às crianças e jovens, existirá cada vez mais pessoas em idade potencialmente ativa “destinadas” a suprir suas necessidades.

Segundo dados do IBGE (2008), em 2008, o Brasil ocupava a 5ª posição entre os países mais populosos, mas de acordo com as projeções da ONU, o país passará para a oitava posição em 2050. Até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas. Daí o alerta ao governo brasileiro para a necessidade de se criar, o mais rápido possível, políticas sociais que preparem a sociedade para essa realidade.

Ainda é grande a desinformação sobre o idoso e sobre as particularidades do envelhecimento em nosso contexto social. Poucas escolas no país criaram cursos para auxiliar as pessoas mais velhas. Uma prova disso é que até um tempo atrás, o médico que quisesse se

especializar em geriatria precisava estudar na Europa. Bem como, nas instituições de ensino superior há pouco tempo vem se abordando a temática do idoso. Conforme Pereira (2005, p. 2):

O envelhecimento é um processo que ao mesmo tempo em que abre um leque de possibilidades de estudos e pesquisas é também um desafio intelectual, social e político - além de ser uma experiência nova para quem atualmente a vivencia.

Diante desse novo e cada vez mais visível fenômeno social, torna-se imperioso, no âmbito das Universidades, a análise dos seus determinantes, conseqüências, oportunidades e riscos, bem como a revisão de conceitos, critérios e objetivos capazes de subsidiar planejamentos e definições de políticas mais condizentes com a sua realidade. Só assim se poderá falar de uma comunidade acadêmica atualizada com o seu tempo e atenta ao compromisso com os direitos sociais que, no século XX, constituíram as principais conquistas democráticas e as referências mestras da política social e do Serviço Social (PEREIRA, 2005).

A Constituição de 1988, no entanto, deixou clara a preocupação e atenção que deve ser dispensada ao assunto, quando colocou em seu texto a questão do idoso. Foi o pontapé inicial para a definição da Política Nacional do Idoso, que traçou os direitos desse público e as linhas de ação setorial.

Depois da criação dessa Política, através da Lei 8.842, em 4 de janeiro de 1994 que institui a Política Nacional do Idoso, é que as instituições de ensino superior passaram a se adaptar, a fim de atender a determinação da Lei, que prevê a existência de cursos de Geriatria e Gerontologia Social nas Faculdades de Medicina no Brasil. Nesse âmbito, trabalhando com a terceira idade, existem duas entidades de relevo: a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e a Associação Nacional de Gerontologia. É importante esclarecer que a geriatria é uma especialidade da medicina que trata da saúde do idoso, enquanto a gerontologia vem a ser a ciência que estuda o envelhecimento.

Brasília é considerada um destaque em relação ao auxílio à terceira idade, pois foi à primeira localidade a criar uma Subsecretaria para Assuntos do Idoso, além de instituir o Estatuto do Idoso, regido por princípios que registram o direito das pessoas mais velhas a uma ocupação e trabalho, como ainda acesso à cultura, à justiça, à saúde e à sexualidade, além, é claro, de poder participar da família e da comunidade.

Em um país como o nosso que vê sua pirâmide populacional ser modificada pouco a pouco, tomarmos conhecimento de entidades que se dedicam a mudar o perfil do idoso depressivo, abandonado pela família e sem projetos é de extrema importância (IBGE, 2008).

Entretanto, no Brasil apesar de haver leis e estatuto destinado à pessoa idosa, o cuidado para com este segmento ainda é precário no que diz respeito às instalações, programas específicos e recursos humanos adequados. Deixando evidente que ainda há um grande percurso a ser feito para efetivar as políticas públicas voltadas para o idoso.

O desenvolvimento do conhecimento humano e a descoberta de novos e eficientes meios para a manutenção da vida produziram um aumento progressivo, tanto de forma absoluta como percentual, no número de pessoas velhas. Estes fatos provocaram o surgimento de um novo “problema”: o envelhecimento da população (AGUSTINI, 2003, p. 139).

No caso brasileiro, isto pode ser traduzido pelo aumento da proporção da população de 60 anos e, a necessidade de efetivação das políticas se torna evidente frente ao aumento da expectativa de vida nos países em desenvolvimento devido às mudanças tecnológicas e avanços da medicina que proporcionam a longevidade da população.

1.3 A LONGEVIDADE DA POPULAÇÃO

O processo de envelhecimento, como citado anteriormente, é algo natural e que todo ser humano passa ou passará em sua vida. Algo que dificulta a relação com a velhice são os preconceitos nela instaurados, que aqui já foram mencionados. Por vezes esquecemos que as transformações na medicina, melhorias de condições de vida, entre outros, aumentam nossa expectativa de vida e que todos temos ou teremos uma relação com a velhice. E, está será boa ou ruim dependendo da forma como encaramos o processo de envelhecimento e as condições de vida que vamos ter quando alcançarmos essa etapa.

Segundo Magalhães (1987) há uma relação de exterioridade nas observações que os jovens fazem dos mais velhos quando se trata de perceber o significado da velhice. Não conseguimos penetrar na interioridade dos seus sentimentos em relação à vida, ao seu corpo, à sociedade e as transformações culturais que estão vivendo, exceto, quando na qualidade de sujeitos os observamos como objeto de pesquisa; podemos observá-los e retornar a condição de mais novos. Assim estereotipamos a velhice pelo que sentimos e pensamos, transformamos

isso em imagens do envelhecimento muitas vezes com ares preconceituosos sem pensar que vamos passar pela mesma etapa. Mas algumas motivações existem para pensarmos nos problemas e prevenções da velhice, analisar e estudar a questão do envelhecimento é componente decisivo para desencadear soluções e desvendar relações para desconstruir estereótipos da velhice. “Quando percebemos que somos sujeitos e objetos dessa investigação, ao nos darmos conta de que também estamos envelhecendo, aproximamo-nos dessa comunidade de destino” (MAGALHAES, 1987, p. 80). Participamos da comunidade do envelhecimento, mas não da comunidade da velhice, ainda podemos voltar à condição de mais novos diferentemente do momento em que ao nos sentirmos idosos não poderemos voltar à condição “tranqüilizadora” de não sermos velhos.

Temos uma ligação muito forte afetivamente com nossos idosos, pois são eles que carregam nossa história, não conseguimos andar adiante rompendo com o passado onde eles estão presentes. Esse interesse pode ser um dos mais fortes componentes na nossa motivação com relação à velhice (MAGALHAES, 1987, p.81).

Magalhães ainda comenta sobre os preconceitos que temos e valores que devemos dar aos nossos idosos, pensando que, um dia no lugar deles seremos nós, com o aumento da longevidade da população registrado no último século e pelo avanço das tecnologias e estudos.

Não podemos esquecer a exclusão dos mais idosos observados em nossa sociedade, aonde o meio familiar, o mercado de trabalho e as oportunidades de lazer vão ficando cada vez mais juvenis, excluindo gradualmente os idosos. Não podemos esquecer o objetivo crescimento demográfico dos mais idosos em nossas estatísticas sociais, onde a longevidade crescente contrasta com a queda da natalidade, permitindo estimativas de envelhecimento populacional em países tradicionalmente jovens (MAGALHÃES, 1987, p. 81).

O envelhecimento da população é um fenômeno recente na história da humanidade e vem acompanhado de mudanças demográficas, biológicas, sociais, econômicas e comportamentais.

De acordo com Berzins (2003, p. 21) “a espécie humana nunca viveu tanto. Em séculos passados, o indivíduo era considerado velho quando alcançava 40 anos e jovem era quem tinha 14 ou 15 anos de vida”. O estudo da evolução do envelhecimento humano verifica que os anos vividos variavam de acordo com as épocas e os lugares.

Em demografia, entende-se por envelhecimento populacional o processo de crescimento da população considerada idosa em uma dimensão tal que, de forma sustentada, amplia-se a sua participação relativa no total da população (BERZINS, 2003).

A ciência veio estudando durante anos o prolongamento da vida e alcançou êxito no último século. Esta longevidade da população não é um problema, o problema será se as nações desenvolvidas ou em desenvolvimento não elaborarem e executarem políticas e programas para promover o envelhecimento digno, sustentável e com qualidade de vida para esta faixa etária da população (BERZINS, 2003).

A longevidade da população chama para a emergência de identificar fatores que assegurem uma qualidade de vida na velhice. Nesta perspectiva faz-se necessário a implementação de políticas públicas voltadas aos idosos, aonde se destaca a Lei Nº. 8.842/94 que estabeleceu a Política Nacional do Idoso (PNI), criando normas para os direitos sociais dos idosos, na tentativa de garantir autonomia, integração e participação efetiva em sociedade.

Em Santa Catarina foi criada a Política Estadual do Idoso (PEI), Lei Nº. 11.436/00 tendo como princípios o respeito ao idoso, a garantia de participação social, política e cultural a este segmento. E em 2003 entra em vigor a Lei Federal Nº. 10.741/03 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, definindo medidas de proteção às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Determinando obrigações às entidades assistenciais, estabelecendo penalidades para situações que desrespeitem aos idosos e atribuindo uma série de competências e responsabilidades ao Ministério Público. O Estatuto do Idoso estabelece em seu artigo 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, 2004).

A vida média do brasileiro chegará ao patamar de 81 anos em 2050, segundo dados do IBGE (2008). Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutem no sentido de elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008, ou seja, mais 27,2 anos de vida. Segundo a projeção do IBGE, o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, basicamente o mesmo nível atual da Islândia (81,80), Hong Kong, China (82,20) e Japão (82,60).

Em 2008, a média de vida para mulheres chega há 76,6 anos e para os homens 69,0 anos, uma diferença de 7,6 anos. Em escala mundial, a esperança de vida ao nascer foi estimada, para 2008 (período 2005-2010), em 67,2 anos e, para 2045-2050, a ONU projeta uma vida média de 75,40 anos (IBGE, 2008).

Como a população envelhece e os idosos possuem mais doenças crônicas o número de consultas se amplia. Sabemos também que a ampliação de consultas leva a ampliação de medicamentos, exames complementares e hospitalização. Assim, priorizar um atendimento específico a essa população compreendendo suas características se faz importante neste momento de perspectiva do aumento da população para um atendimento como determina nossa legislação e leis específicas ao público idoso.

Agustini (2003, p. 140) nos remete a pensar sobre a questão do aparato estatal em relação à demanda de idosos:

O envelhecimento artificial da população, produzido por técnicas médicas e não pelo investimento de políticas públicas, faz com que o país encontre inúmeras dificuldades para tratar esta questão, destacando-se, em especial, que as políticas macroeconômicas, de viés predominantemente neoliberal, têm produzido um enfraquecimento do Estado social, com repercussões evidentes na Previdência e Assistência Social das pessoas idosas.

O modelo, calçado na idéia de progresso e produtividade, tem criado uma perspectiva negativa da velhice. Por não serem mais úteis na produção do capital e inservível do ponto de vista do modelo capitalista, os velhos têm se tornado cada vez mais excluídos da sociedade, na medida em que crescem em números absolutos, tendendo a se tornar maioria na população, torna-se minoria no sentido sociológico (AGUSTINI, 2003).

No histórico constitucional brasileiro e nas legislações referentes ao idoso podemos perceber a dificuldade entre as leis e a efetivação das mesmas. Os idosos passam a ser excluídos por uma sociedade, que prolonga sua vida, mas não lhe da condição de ser assistido como deveria. A responsabilidade passa para a família e não se percebe que há uma desresponsabilização do Estado frente a uma demanda social. Na próxima seção apresentaremos as leis brasileiras voltadas à população idosa, seus avanços, limites e efetivações em programas para o idoso com foco na área da saúde pública.

2 OS DIREITOS DOS IDOSOS NAS LEIS VIGENTES

2.1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL: O DIREITO DOS IDOSOS NA SUA EVOLUÇÃO

A primeira Constituição Republicana outorgada em 24 de fevereiro de 1891, de forma incipiente fez referência à velhice em seu Art. 75, onde falou da possibilidade de aposentadoria do servidor público somente no caso de invalidez e não por idade. Também no Art. 6º das suas disposições regulamenta o caso de aposentadoria por tempo de serviço a magistrados com mais de 30 anos de serviço público. A primeira Constituição Brasileira, a do Império, concedida em 25 de março de 1924 não tratou da velhice em seus artigos, nem mesmo indiretamente. A primeira Constituição que tratou explicitamente sobre o idoso foi a de 16 de julho de 1934, em um novo título dedicado à Ordem Econômica e Social se referiu ao idoso em seu art.124, parágrafo 1º onde diz que a legislação do trabalho deve garantir assistência previdenciária, mediante contribuição igual da União, ao empregador e ao empregado, a favor, inclusive da velhice. A Constituição do Estado Novo de 10 de novembro de 1937, não alterou a anterior no que se refere à velhice. As Constituições de 18 de setembro de 1946 e de 24 de janeiro de 1967, emendada em 1969, também não alteraram a abordagem a respeito da velhice e, não a encararam como problemática relevante e nem como direito humano fundamental (AGUSTINI, 2003).

Agustini enfatiza o art. 157 da Constituição de 1946, que diz:

A legislação do trabalho e a de previdência social obedecerão aos seguintes preceitos, além de outros que visem a melhoria da condição dos trabalhadores e, no inciso XVI, refere-se à velhice, nos seguintes termos: previdência, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, em favor da maternidade e contra as conseqüências da doença, da velhice, da invalidez e da morte (AGUSTINI, 2003 p. 94).

A Constituição de 1967, art. 165, inciso XVI praticamente repete o disposto na Constituição de 1946, com algumas modificações em relação à previdência social nos casos de doença, velhice, invalidez e morte, seguro desemprego, seguro contra acidentes de trabalho e proteção da maternidade mediante contribuição da União, do empregador e do empregado. A emenda Constitucional de 1969 não faz qualquer alteração em relação a isso (AGUSTINI, 2003).

É possível identificar no breve histórico das Constituições brasileiras que a velhice em nenhum momento é encarada como merecedora de direitos e as constituições não prevêm nenhum tipo de proteção especial para essa faixa etária. Os dispositivos que tratam da velhice nessas constituições voltam-se, fundamentalmente, para assegurar aos trabalhadores - que alcançam essa faixa etária – a previdência social em função da contribuição.

A Constituição Federal de 05 de outubro de 1988 foi um exemplo de mudança de postura em relação ao idoso. Pois, foi a primeira a tratar especificamente da questão do idoso e a velhice como um problema social, avançando para além da assistência previdenciária e assegurando a proteção na forma de assistência social. Esta constitucionalizou a questão, mas não considerou, entretanto, o direito à proteção à velhice ou a ela em si como um Direito Fundamental. Quando comparamos com o tratamento dado à infância é possível identificar uma discriminação para com os idosos. No capítulo II, do Título II, da Constituição Federal que trata dos direitos sociais o artigo 6º do texto constitucional dispõe sobre os direitos sociais, dizendo: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2006). Assim, observa-se que nesse artigo o legislador não relacionou a velhice e nem a proteção à velhice como um direito social, percebe-se que, a proteção à infância é apontada como direito social e, cabe perguntarmos se houve uma discriminação, pois o artigo tratou diferentemente dois momentos da vida que, em tese, necessitariam de proteção (AUGUSTINI, 2003).

A Constituição Brasileira reporta-se a essa demanda como um problema social relevante. Além da tradicional assistência previdenciária, prevista em outras cartas, essa constituição em seu texto apresenta a velhice no sentido de assegurar a proteção ao idoso na forma de assistência social, com o transporte gratuito nos coletivos urbanos para maiores de 65 anos, na garantia de um salário mínimo de benefício mensal e no dever de amparo à velhice por parte da família, da sociedade e do Estado (AGUSTINI, 2003).

Na área da Assistência Social no capítulo II, art. 203, se referiu por duas vezes à questão:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida

comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 2006).

Entre outros a Constituição de 1988 também assegurou ao idoso com mais de setenta anos o voto facultativo. Em seu art. 229 e 230 a Constituição Federal dispõe sobre situações em que a velhice deve ser amparada. Dizem os artigos:

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 (BRASIL, 2006).

Faltam dispositivos legais que ampliem o direito a velhice e à sua proteção. De acordo com Agustini “o direito a velhice seria um direito inerente a cada ser humano existente mesmo antes do nascimento, confundindo-se com o direito à vida” (AGUSTINI, 2003, p. 131). Pois, todas as pessoas ao nascerem estão predestinadas a envelhecer, assim a velhice é um direito e, a sociedade e o Estado devem utilizar da evolução da ciência, do conhecimento, da tecnologia e de outros meios para permitir que as pessoas alcancem essa etapa da vida que é a velhice.

Entretanto, somente alcançar a velhice não é suficiente, é preciso também que esta seja digna. E digna envolve o “mínimo” de condições sociais para viver, como acesso à saúde, moradia, previdência entre outros, além de mecanismos que permitam a inclusão e emancipação do idoso como ser humano no contexto social (AGUSTINI, 2003).

A partir da constituição de 1988 a produção legislativa sobre a questão do idoso tem sido ampliada. Outras leis de valor à conquista dos direitos dos idosos serão apresentadas a seguir. Todas marcam passos importantes na conquista de direitos, mas a sua efetividade sofre limitações, pois ainda são muito formais.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO E ESTATUTO DA PESSOA IDOSA

A Lei Nº 8.842, de 04 de Janeiro de 1994, dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Considera idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.

Essa política institui em seus artigos direitos inerentes a pessoa idosa e acesso a serviços prestados pelo Estado na área da assistência, saúde educação, habitação e urbanismo, justiça, cultura, lazer e esporte. E, através dos ministérios das áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer que cabe elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a Política Nacional do Idoso.

A Política Nacional do Idoso cria o Conselho Nacional do Idoso, órgão este que terá como competência junto aos conselhos estaduais, do Distrito Federal e municipais a formulação, coordenação, supervisão e a avaliação da Política Nacional do Idoso. Esses conselhos são órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidade públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligada à área.

A atuação do conselho é muito importante, pois é por ele que passa todos os trabalhos desenvolvidos pelas organizações para aprovação e elaboração dos mesmos. É o espaço de deliberação da política de atendimento ao idoso e funcionam como instrumentos para democratização do Estado. Por eles passam as questões contemporâneas de cidadania. Com a Constituição de 1988 foram incorporadas a participação popular direta e a descentralização do poder político como princípios dos Conselhos de Direito. Assim, os conselhos são mecanismos de discussão e de deliberação de políticas públicas de forma democrática e participativa.

De acordo com MARTINS, (2004, p.190) os conselhos “são instrumentos para deliberar, controlar e fiscalizar as políticas desenvolvidas nas três esferas de governo, firmando bases empiricamente viáveis para a construção de uma nova cultura política e democrática”.

Estes instrumentos foram cobertos de responsabilidades de controle popular, enquanto maneiras de assegurar a intervenção da sociedade nas decisões acerca das políticas sociais. As maiores críticas estão focadas nos obstáculos que esta participação traria à governabilidade.

Por vezes, a questão da governabilidade é apresentada como um pré-requisito para a concretização da cidadania e para o atendimento das necessidades humanas, ao mesmo tempo em que surge como obstáculo à capacidade administrativa de absorver e responder às demandas sociais. Os conselhos se apresentam como mediadores entre as demandas sociais e o modo como elas podem ser absorvidas pelo aparelho estatal, com a participação popular na implementação e deliberação de políticas sociais, é garantida a eleição de prioridades a serem atendidas. Segundo Cohn, (1998, p. 163) os conselhos:

São espaços que institucionalizam a participação, deliberação, fiscalização e controle sobre as políticas sociais. Possibilitam, portanto, uma redefinição nas relações entre o estado e a sociedade civil, viabilizam a ampliação da participação social para além das eleições e um indiscutível aprendizado de cidadania.

Através dos conselhos, procura-se reverter à tendência de secundarização da sociedade civil, por meio da ação de novos sujeitos políticos. Os conselhos dão possibilidade à existência da democracia direta, quando realizam as conferências e permitem a participação popular na discussão e deliberação das prioridades. São apontadas deficiências materiais, políticas, organizacionais e obstáculos do próprio contexto e de seu processo de criação como responsáveis pela dificuldade de firmar e implementar esses conselhos. A União estabelece a criação de conselhos como condição necessária para o repasse de verbas aos municípios.

É possível observar a importância que o conselho tem quando exercita sua responsabilidade, é um dever muito grande ser conselheiro e fazer sua parte dentro dessa instância. O papel de cada conselheiro e o que é atribuído a ele podem ser pensados pela citação de Raichelis (1998, p.208) “a representação é assumida, em muitos momentos, como cumprimento de um ritual que a formalidade do cargo exige”. Muitas vezes os representantes governamentais exercem, representam um papel político e não compreendem a verdadeira função do seu papel como conselheiro. Há muitas vezes um deslocamento de órgãos de origem quanto às questões tratadas, cada conselheiro tem suas atividades fora da instância que representam, então também é difícil exercer sua função dentro do conselho. Assim idéias e atividades do conselho acabam se perdendo e muitas vezes nada se faz além das discussões

em reunião. O caráter de controle social que deveria ser exercido pelos conselhos também fica prejudicado por esta questão.

Segundo Martins, (2004, p. 202):

Os conselhos possuem poder expresso em lei para deliberar políticas para a área, o que lhes dá a possibilidade até então impensáveis. Trata-se de um espaço onde diferentes interesses permeiam a área em confronto na busca pela hegemonia. Nesse contexto, não se podem negar os reais benefícios da participação da sociedade no conselho, principalmente no sentido da garantia dos direitos e da manutenção das políticas para esse segmento.

O conselho pode dar continuidade e garantir a continuidade do exercício das políticas sociais de qualidade, garantindo a participação da sociedade opinando sobre as suas necessidades e também o sentido real da democracia.

Outra legislação de grande importância para garantia dos direitos dos idosos é a Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 que institui o Estatuto do Idoso destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata o estatuto, assegurando-lhe por lei e por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social (BRASIL, 2004).

De acordo com o capítulo I do Estatuto, do Direito à Vida, o artigo 8º e 9º apresentam que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos do Estatuto e da legislação vigente e, é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

O Estatuto do Idoso (2004), em seu Artigo 18, no Capítulo IV do direito à saúde, diz: “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda”.

Assim no que tange a saúde pública o idoso tem direito a atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS); à distribuição gratuita de próteses e órteses e a remédios, principalmente os de uso continuado (hipertensão, diabetes). Os planos de saúde não podem ajustar as mensalidades utilizando como critério à idade. Quando internado, em qualquer

unidade de saúde, o idoso tem direito à acompanhante, pelo tempo determinado pelo profissional de saúde que o atende.

Além dessas conquistas outras constituem o estatuto. De acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004):

Transporte Coletivo: para os idosos maiores de 65 anos têm direito ao transporte coletivo gratuito; é obrigatória também, a reserva de 10% dos assentos, com aviso. Nos transportes coletivos interestaduais, o Estatuto garante a reserva de duas vagas gratuitas em cada veículo para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos; se o número de idosos excederem esta cota, devem ser concedidos 50% de desconto no valor da passagem, levando-se em conta a renda do idoso.

Violência e Abandono: nenhum idoso poderá ser objeto de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão. Àquele que discriminar o idoso, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transportes ou a qualquer outro meio de exercer sua cidadania, poderá ser condenado a penalidades previstas no estatuto. Para os casos de idosos submetidos a condições consideradas desumanas, privação de alimentação e de cuidados indispensáveis, também há previsão de penalidade.

Entidades de Atendimento ao Idoso: os dirigentes de instituições de atendimento a idosos responderão civil e criminalmente pelos atos praticados contra os idosos sob seus cuidados; ficarão sujeitos também às penalidades previstas em lei. As entidades de atendimento que descumprirem as determinações do Estatuto ficarão sujeitas às penalidades previstas em lei, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal de seus dirigentes. Sujeita também à advertência, multa, suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas, interdição de unidade ou suspensão de programa e proibição de atendimento a idosos. As entidades governamentais estão sujeitas à advertência, afastamento provisório ou definitivo de seus dirigentes e ao fechamento de unidade ou interdição de programa.

Lazer, Cultura e Esporte: todo idoso tem direito a 50% de desconto em todas as atividades de cultura, esporte e lazer.

Trabalho: é proibida a discriminação por idade e a fixação de limite máximo de idade na contratação de empregados, sendo passível de punição quem o fizer; o primeiro critério de desempate em concurso público será a idade, dando-se preferência ao candidato de idade mais avançada.

Habitação: é obrigatória a reserva de 30% das unidades residenciais para idosos nos programas habitacionais públicos ou subsidiados com recursos públicos. É obrigatória a implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso; eliminação de barreiras arquitetônicas (escadas, pisos derrapantes.) ou qualquer outro equipamento que dificulte a acessibilidade de idosos.

Política de Atendimento ao Idoso: a política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais da União, dos Estados e dos Municípios.

Do Acesso à Justiça: é assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos de diligências judiciais em que configure como parte ou interessado, pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, em qualquer instância; a prioridade não cessará com a morte do beneficiário, estendendo-se em favor do cônjuge ou companheiro (a).

A Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que falaremos a seguir, são dispositivos legais que norteiam ações, sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado na proteção dos mesmos. Porém é sabido que a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhecendo de modo mais saudável possível. Desta forma, Estado, profissionais da saúde, idoso e sociedade em geral são todos responsáveis por esse processo.

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (PNSPI)

Para garantir uma condição digna de vida para os idosos precisamos tratar da saúde¹ em seu conceito amplo. Saúde não apenas como questões referentes a ter ou não alguma doença que afete o ser humano na realização de suas atividades diárias e sim, que saúde compreende o bem estar físico, as condições de vida (ambiente, habitação, saneamento, etc.), o acesso a lazer, educação, renda, ocupação, etc. Enfim tudo o que precisamos para viver e conviver pode ser entendido como saúde.

¹ O termo saúde deriva do latim *salute*, acusativo vulgar de *salus* que designa o atributo dos inteiros, intactos e íntegros. De *salus* deriva o radical *salvus*, entendido como a possibilidade da superação de ameaças à integridade física. *Salvus* provém do termo grego *holos*, no sentido de totalidade (KRUGER, 2005, p. 69).

Tendo em vista a valorização e o aumento da expectativa de vida a saúde constitui-se em uma das mais importantes dimensões. De acordo com Kruger, (2005, p. 69) “as expressões políticas públicas de saúde, ampliação dos serviços de saúde, direito à saúde, a prioridade será a saúde são infinitamente repetidas nas mais diferentes esferas da sociedade e não se ouve vozes discordantes, apenas de reafirmação”.

Essa importância que é dada à saúde parece esvaziá-la de qualquer conteúdo histórico e político-social, naturalizando a noção de saúde desconsiderando sua dimensão material, biológica, científica e social essencial à vida humana.

No Brasil, 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)², por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças sob qualquer pretexto.

Mas, para a constituição de um sistema público e universal de saúde não podemos deslocar o conceito de saúde das lutas sociais e políticas da segunda metade do século XX. Nesse período em âmbito mundial o desenvolvimento das ciências humanas e tecnológicas, a constituição dos Estados de Bem Estar Social e a criação dos organismos internacionais, em seus discursos se destinam a defender os direitos das nações e dos povos. Na saúde em 1948 foi instituída a Organização Mundial da Saúde (OMS) que definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Na década de 80 esse conceito que define a saúde como um estado de perfeição, mecânico e estático é substituído pelo entendimento de que “a saúde é uma condição de equilíbrio ativo (que inclui a capacidade de reagir a inevitáveis doenças) entre o ser humano e seu ambiente natural, familiar e social” (BERLINGUER, apud KRUGER, 2005, p. 70).

No Brasil dois movimentos foram essenciais para a conquista da saúde como direito de todos e dever do Estado. O Movimento pela Reforma Sanitária e a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde marcaram as reivindicações para que se “construísse um novo

² Os artigos 196 a 200 que tratam da saúde pública na Constituição Federal foram regulamentados em 1990, no mesmo ano em setembro, temos a Lei 8.080/90 que consolida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Recuperando um período histórico o presidente em exercício Fernando Collor de Melo vetou os artigos da Lei 8.080/90 que tratavam do financiamento e da participação da comunidade. De imediato, as forças que representavam o Movimento Sanitário reagiram ao veto.

conceito de saúde que contemplasse o aspecto curativo e individual, mas que fosse organizado de maneira a atender as necessidades coletivas de saúde de forma curativa, preventiva e promocional” (KRUGER, 2005, p. 24).

Um movimento essencial para consolidação da saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, inserida no contexto da Reforma Sanitária, aconteceu em março de 1986 em Brasília – DF, no início do período democrático. A proposta do governo na época era o resgate da dívida social, sendo necessário à implantação de políticas sociais que atendam a população de acordo com a formação de um país democrático. Assim a conferência foi um momento de discussão de propostas que tinham história e, também consagrou lutas sendo a maior expressão do Movimento de Reforma Sanitária, apontando novas perspectivas para as políticas de saúde no Brasil que em 1988 e 1990 constituíram o SUS.

A Reforma Sanitária questionou o conceito abstrato apresentado pela OMS, e em contraposição apresentou duas concepções de saúde que balizaram sua luta. Como nos apresenta Kruger (2005, p. 70) “a primeira é a dimensão da atenção à saúde que se refere aos aspectos da assistência direta aos indivíduos, envolvendo ações dirigidas a prevenir a ocorrência de doenças e recuperar a saúde daqueles que a têm comprometida”. A segunda é a que diz respeito à saúde em si, de cada um e todos os indivíduos de uma sociedade na apreensão do seu grau de higidez possível, o que significa compreender como e quanto às relações de produção e a organização do tecido social em uma formação social da riqueza concreta contribuem para o usufruto da riqueza nacional (ou mobilizável pela nação) em benefício da qualidade e da extensão da vida de todos e de cada um dos seus integrantes (KRUGER, 2005).

O conceito de saúde apresentado nessa conferência considerou insuficiente e conservador o conceito da OMS, apresentando então um conceito ampliado de saúde como resultante das condições de existência, com acesso as riquezas e também como direito de todos e dever do estado. A causa das doenças são condições inerentes à vida social, as relações de trabalho, a organização do trabalho e da sociedade. Saúde e doença estão ligadas e interagem com a história, com a construção dos modos de vida de cada sociedade e com a conjuntura atual. A saúde deve ser pensada no coletivo e não somente no individual. Para conseguir melhorar o nível de vida da população era necessária a mudança do modelo econômico brasileiro, concentrador de renda e político autoritário, e para isso é preciso à conquista da democracia. Uma das grandes buscas dessa conferência é a inserção da saúde na

constituente, e assim levantar subsídios para esse debate. Colocaram-se em questão três temas centrais: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo, propondo-se não somente ao Sistema Único, mas a Reforma Sanitária e a instituição de Conselhos de Saúde.

Assim, o Movimento Sanitário alcança um objetivo com o reconhecimento da saúde pela Constituição Federal de 1988 como direito de todos e dever do Estado. Na lei em seu artigo 196 fica instituído: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2006).

Ou seja, a saúde agora não é mais simplesmente a ausência de doença, mas começa a figurar como um requisito para o exercício da cidadania que envolve o indivíduo, o coletivo e o ambiente.

É importante destacar também que do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa. Através do SUS, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS da esfera municipal, estadual e federal, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal.

O SUS “tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão” (BRASIL, 2006). O SUS se propõe promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação - Vigilância Epidemiológica são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária.

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda à população de uma determinada região.

Por esse direito da população garantido com a instituição do SUS, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do sistema. Esta Lei também estabeleceu que as Conferências e os Conselhos de Saúde deveriam se realizar nas três esferas de governo, enquanto instrumentos formais para a concretização da diretriz constitucional de participação da comunidade (KRUGER, 2005, p. 13).

A regulamentação do SUS estabeleceu princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade, denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1999). Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o

direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental

importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas (BRASIL, 1999).

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite. A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

Com o envelhecimento acelerado e intenso no Brasil a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais.

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e ainda considera em poucos termos o envelhecimento como uma de suas prioridades, mesmo tendo respaldo de legislação vigente para o atendimento desta população, ainda há muito que se construir para um atendimento integral.

Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo. Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (BRASIL, 1999). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção. Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social Ramos (2002 apud BRASIL, 1999).

Cumprir notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e

incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários. Disso resulta uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade. Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje (BRASIL, 1999).

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Como apresenta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 1999):

Os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sociocultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

2.4 COMPREENDENDO O ATENDIMENTO AO IDOSO EM NÍVEL NACIONAL

Buscando analisar as políticas, estratégias e ações governamentais formalizadas para a saúde do idoso realizamos um levantamento dos atuais programas, ações, políticas e legislações relacionadas com a atenção à saúde do idoso no Brasil.

Entendendo que programas de governo são instrumentos de organização da ação governamental, com vistas à concretização dos objetivos pretendidos, constatamos que com relação à saúde do idoso no Brasil, em sua maioria, as ações de atenção à saúde do idoso se dão por iniciativa e implementação da sociedade civil organizada, por meio de associações filantrópicas, organizações não governamentais, e entidades religiosas. Tais ações têm tido caráter pontual na resolutibilidade das necessidades de saúde da população idosa de pequenas

comunidades, a partir de alguns programas de prevenção que atendem a grupos focais (MIYATA, et al, 2005).

Como identificamos na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, esta prevê entre outras ações, a criação de centros de referência em assistência à saúde do idoso que compreendem: serviço de internação hospitalar; hospital-dia geriátrico; ambulatórios especializados; e atendimento domiciliar ao idoso. Estratégias como a criação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso e a capacitação das equipes da Estratégia da Saúde da Família também estão incluídas. O Estatuto do Idoso cria meios e obrigações legais para o melhor cumprimento das ações de atenção à saúde dos idosos. Os programas implementados pelo governo federal são: vacinação dos idosos; programa de valorização e saúde dos idosos; mutirão de cirurgia de cataratas e distribuição de medicamentos para doenças prevalentes.

Através do Ministério da Saúde³, algumas ações e programas do Governo Federal são desenvolvidas atualmente como a distribuição de medicamentos (SUS) para doenças de Alzheimer e Parkinson; campanha nacional de imunização do idoso (desde 1992); campanha nacional de cirurgias de cataratas; programa de capacitação profissional e de cuidadores de idosos (não implantado); estudos e pesquisa epidemiológica de base sobre agravos e doenças prevalentes (não implantado); garantia de acesso do idoso aos planos de saúde privados (sem criação de subsídios), em cumprimento ao Estatuto do Idoso; programa da Farmácia Popular (acesso facilitado aos medicamentos – idosos pagam R\$ 1,00 por qualquer medicamento) implantada em alguns municípios do país; criação de poucos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso; criação do Instituto de Traumatologia-Ortopedia (Into), no Rio de Janeiro, (com 13 leitos para atendimento aos idosos).

Apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção social ao idoso, estas ainda se apresentam muito restritas à oferta de serviços e programas de saúde pública, como na amplitude da sua intervenção. O Estado se apresenta como um parceiro pontual, com responsabilidades reduzidas, que atribui à família a responsabilidade maior dos cuidados desenvolvidos em casa a um idoso na dependência de outra pessoa. Constata-se que inexistem políticas mais veementes no que se refere aos papéis atribuídos às famílias e aos apoios que cabem a uma rede de serviços oferecerem ao idoso dependente e aos seus familiares (KARSCH, 2003).

³ FONTE: <http://portal.saude.gov.br/saude>, acesso em 21 de abril de 2009.

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde dos idosos. Isso não significa, no entanto, que o Estado deixe de ter papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, papel este capaz de aperfeiçoar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional (GORDILHO et al, 2000).

A saúde de uma população, nítida expressão das suas condições concretas de existência, é resultante, entre outras coisas, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a sociedade. A ação do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é feita por intermédio das Políticas Públicas e, dentre as políticas voltadas para a proteção social, estão as Políticas de Saúde. O Estado, entendido como a expressão maior da organização política de uma sociedade, surge como um aperfeiçoamento das relações entre os indivíduos de uma dada organização social (RONCALLI, 2003).

A crescente necessidade de assistência e tratamento de uma população que envelhece exige políticas adequadas. A falta desse tipo de políticas pode causar importantes aumentos dos custos. As políticas que propiciam a saúde durante toda a vida, inclusive as de promoção da saúde e de prevenção de doenças, a tecnologia de assistência, os cuidados para a reabilitação, quando indicados, os serviços de saúde mental, a promoção dos modos de vida saudáveis e ambientes propícios, podem reduzir os níveis de incapacidade associados à velhice e permitir obter economias orçamentárias.

Assim, a partir do entendimento e conhecimento das políticas e programas nacionais voltado ao idoso, o gestor municipal tem em mãos subsídios para realizar programas com foco na sua população a partir do levantamento de características da mesma. Na rede municipal de Florianópolis, existe o programa Flória Ativa – que falaremos a seguir – programa da Secretaria Municipal de Saúde que atende a essa população específica de acordo com o que rege a política e programas nacionais.

2.5 PROGRAMAS DE ATENDIMENTO A POPULAÇÃO IDOSA EM NÍVEL LOCAL

A partir das políticas que norteiam as ações de gestores e profissionais a territorialização é importante no momento de formular programas para determinada população ou segmento da sociedade. De acordo com Koga (2003) o território não fica

circunscrito a noção de espaço, é considerado um dos elementos potenciais para uma nova perspectiva redistributiva possível para orientar as políticas públicas. Configura-se como sujeito em ação em que a cidadania ganha vida ativa. O que visualizamos das políticas públicas no Brasil é a normalidade em que as características locais são homogeneizadas e não ganham diferenciação na efetivação das políticas.

Para pensarmos a política pública a partir do território é preciso compreender sua perspectiva histórica, valorizar a formação cultural da população e seu cotidiano. É essa contextualização do espaço onde as relações sociais históricas são construídas que assegura medida de tempo e contexto nas análises profissionais. A política é resultado do contexto da realidade concreta. Olhar para além das condições de vida das populações significa considerar suas potencialidades, desafio de melhor conhecer as cidades para melhor intervir no chão onde tudo acontece, pois, quando se fala em território se fala em dinâmica, movimento e, quem muda o território são os sujeitos nele inseridos.

Assim, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis⁴ (SMS) com o intuito principal de gerenciar a rede de saúde em nível municipal implantou em junho de 2002 cinco equipes que foram denominadas regionais (Regional Centro, Continente, Sul, Norte e Leste). As regionais são responsáveis pelos 49 Centros de Saúde que estão distribuídos nas diferentes localidades.

Para o atendimento ao idoso - embora, o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Estratégia em Saúde da Família já contemplasse os idosos pela atenção diferenciada aos hipertensos e diabéticos, bem como aos portadores de patologias que determinam a restrição ao domicílio - não existia um programa de saúde específico que, compreende-se e aborda-se todos os aspectos dessa faixa etária partindo do ponto de vista legal da integralidade, universalidade e equidade.

Diante disso, em setembro de 2005, o Departamento de Saúde Pública, na Assessoria de Atenção a Saúde, lançou o projeto “Envelhecer com Qualidade de Vida em Florianópolis – Atenção Integral a saúde do Idoso”. Esse projeto tem com objetivo articular as ações intersetoriais para garantir a qualidade de vida e o exercício da cidadania dos idosos,

⁴ FONTE: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>, acesso em 30/05/2009.

configurando um quadro para o apoio dos diferentes setores da sociedade. O projeto contempla quatro linhas de ação⁵:

Gerontocultura: promoção e prevenção a saúde; acolhimento ao idoso; atendimento preferencial ao idoso nos Centros de Saúde (CS); caderneta de saúde do idoso; prontuário do idoso; ações de vigilância e prevenção a violência contra idosos; programas de exercício físico;

Assistência Clínica e Reabilitação: capacitação dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF); capacitação para multiplicadores; protocolo de atenção a saúde do idoso; elaboração do “guia prático em saúde do idoso para o profissional da rede primária”; visita domiciliar pelo médico do PSF nos casos de dificuldade de locomoção; atendimento as instituições asilares; aprovação da lista de medicamentos para o idoso; e porta medicamento;

Assistência de Média Complexidade: atendimento geriátrico em quatro centros de referência (Policlínica Estreito, Norte, Sul e Centro); e o programa de atendimento domiciliar de média complexidade;

Ações de apoio ao cuidador: manual do cuidador; cursos formadores para cuidador; e criação de centro de voluntariado.

Para um trabalho efetivo além da equipe técnica da SMS o projeto contou com o apoio do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Gerontogeriatrica (NIPEG) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), do Centro de Desportos (CDS) da UFSC, do Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI) e do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG-SC).

Podemos destacar algumas ações desenvolvidas pela equipe técnica no Programa de Saúde do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde, entre elas: elaboração do manual para cuidadores de idosos; realização do curso de capacitação na área gerontológica dos profissionais de nível superior da rede de atendimento de saúde (maio de 2006); construção da caderneta do idoso (distribuição a partir de novembro de 2007); confecção de porta medicamento; implantação de programas de exercício físico (junho de 2006) entre outros.

O programa Capital Idoso⁶, implantado em 2006, é um programa baseado em quatro linhas de ação que perpassam a prevenção, promoção, terapêutica e reabilitação. Além de

⁵ Para aprofundar esta temática utilizou-se da bibliografia de [BORGES, Lucélia Justino \(2009\)](#).

concentrar esforços na educação em saúde em todas as faixas etárias, para proporcionar mudanças de hábitos na população e conseqüentemente alterarem os indicadores. Este programa surge para oferecer atendimento clínico diferenciado através das equipes da Estratégia em Saúde da Família e grupos de hipertensos e diabéticos, também, foi proporcionado aos idosos dos Centros de Saúde programas de exercícios físicos - ginástica - chamado *Idoso Ativo* e orientação nutricional. Após o projeto piloto lançado na Regional Norte em 2006, o projeto encerra como piloto em outubro de 2007 expandindo suas ações e propostas para as Regionais Leste e Centro. Neste momento é lançada a nova edição da Caderneta do Idoso que, juntamente com a bolsa e o porta medicamentos compõem o “Kit Capital Idoso”, distribuído aos idosos cadastrados nos CS, com a finalidade de educação e promoção da saúde (BORGES, 2009, p. 50 e 51).

Em relação à atividade física, em 2006, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis contava com dois programas: *Floripa em Forma*, direcionado a população que necessitava de reabilitação cardiopulmonar e metabólica, e outro voltado ao público idoso chamado *Idoso Ativo*. Os dois programas eram realizados nos Centros de Saúde. Pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) também acontecia o programa *Viver Ativo*, desde 2000 com atividades para os idosos do município.

Em 31 de outubro de 2007, da fusão dos três programas mencionados acima surge o atual programa desenvolvido pelo Capital Idoso o Programa Intersetorial de Atividade Física para Idosos do Município de Florianópolis – *Programa Floripa Ativa*. Esta fusão neste programa tem o intuito de fortalecer as ações intersetoriais como ação relacionada a Estratégia Global da Rede de Proteção Social ao Cidadão Idoso; implementar a reabilitação, a promoção e a prevenção por meio do exercício físico; fortalecer a parceria entre Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Assistência Social e Universidades (UFSC e UDESC) (BORGES, 2009, p.56).

O Programa Floripa Ativa é um programa desenvolvido pelo Capital Idoso, com o objetivo de estar gerando benefício, qualidade de vida e principalmente trabalhar na promoção, prevenção e reabilitação dos idosos.

O programa Floripa Ativa tem em sua estrutura 3 fases de atendimento: A, B e C. A fase A, o profissional atua mais na parte de reabilitação cardiovascular, pulmonar e

⁶ O grupo técnico do Capital Idoso foi regulamentado pelo Termo de Parceria pelo Idoso de Florianópolis, instituído pela Portaria nº286/07 do dia 02 de agosto de 2007. A equipe técnica tem como objetivo discutir,

metabólica. São os idosos que já apresentam problemas/doenças principalmente cardíacas, pulmonares e metabólicas, diabéticos, pacientes com “disleptemia” com alterações de colesterol e outros tipos de lesões, assim como hipertensos e também o grupo de risco, sedentários e obesos. O fisioterapeuta é o profissional habilitado para trabalhar nessa área de reabilitação que é a fase A do programa.

Na fase B tem a atuação mais forte é do Educador Físico que trabalha com a prevenção secundária e terciária. Essa fase é destinada a idosos que tem problemas de certa forma um pouco mais leves e, muitas vezes nem tem problemas e estão atuando na prevenção, qualidade de vida e liderando a capacidade física/funcional. Idosos que tem tendências ósseo-musculares, uma artrose que limita bastante, pacientes que tem seqüelas de fatores de risco evidentes (hipertensão, diabetes).

Na fase B há critérios de inclusão, o programa trabalha com uma pré-seleção onde o idoso que tem três ou mais fatores de risco entraria na fase A, pois, é um idoso que apresenta risco de doenças cardiovascular, pulmonar e metabólica. Idosos que tem dois ou menos fatores de risco entrariam na fase B que são idosos com um grau de risco menor para uma doença eminente. Outro fator de risco que conta para inclusão no programa é o tabagismo.

A fase C do programa é uma parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS). Como em todo município há diversos grupos de convivência de idosos, grupos de dança e grupos onde os idosos têm diversas atividades, bem como nesses grupos a SEMAS desenvolve trabalhos, ao longo do tempo se vinculou ao Floripa Ativa no sentido de desenvolver a atividade física, orientação, tudo o que preconiza o programa para os grupos trabalhados nas igrejas, centros comunitários, entidades, ONG, etc, onde a prefeitura presta esse atendimento e fica sobre coordenação da SEMAS o trabalho.

A fase A e B tem coordenação diretamente da Secretaria de Saúde, através do Capital Idoso com as universidades, onde a gerência de atenção ao idoso coordena professores, bolsistas, rotinas e toda parte que envolve logística do programa. Essas fases acontecem nas unidades de saúde ou próximos a ela que tenha um local para desenvolver a atividade. Outro dado importante é a participação e apoio de enfermeiros, médicos e técnicos da unidade onde se preconiza que um ou dois desses profissionais estejam junto para verificação de sinais, cuidados de modo geral, a questão de intercorrências, entre outros. Os idosos geralmente têm

um problema, ou outro, e se faz importante os profissionais estarem atuando junto. E, a fase C tem coordenação da secretaria de Assistência no trabalho com os grupos.

As ações e programas desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde e seus parceiros objetivam a prevenção, promoção e reabilitação dos idosos através de exercícios físicos realizados regularmente nos Centros de Saúde, sempre acompanhado por enfermeiro e fisioterapeuta. Também são realizados acompanhamentos por médicos que ficam disponíveis em horários específicos para o atendimento no caso de algum idoso vir a sentir algum mal durante o exercício. As atividades apresentadas neste subitem mostram o trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis em relação ao atendimento ao público idoso e participação no processo de envelhecimento.

3 PESQUISA E ANÁLISE DOS DADOS

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

As concepções teóricas de abordagem são constituídas pela metodologia, ou seja, um conjunto de técnicas direcionadas pelo investigador a fim de obter a construção da realidade. (MINAYO, 1995, p.16).

A necessidade da busca de resoluções de problemas existentes, pela descoberta, pelo conhecimento, faz crescer os valores que explicam e orientam a pesquisa. Pode-se então, descrever que ela é um estudo, uma investigação, um conjunto coerente e organizado de entendimentos sobre uma realidade, que compõe o conhecimento de algo (PFITSCHER, 2001).

De acordo com Setúbal (1995, p.14 apud MORAES, 2008, p.45) “a pesquisa em Serviço Social deve apoiar uma ação profissional mais dinâmica, questionadora e que caminha *pari passu* com os diferentes movimentos emergentes da sociedade, objetivando apreender o real na sua totalidade”. Assim a motivação para realização desse trabalho é oriunda do interesse em analisar de que forma o gestor e os profissionais de saúde estão se preparando para trabalharem com o processo de envelhecimento nos programas de atendimento a pessoa idosa, tendo em vista o que preconiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Esta motivação surge a partir da experiência de Estágio Curricular Obrigatório I e II realizado na instituição Serviço Social do Comércio (SESC) junto ao Programa Trabalho Social com Idosos executado pelo setor de grupos, que faz parte da área de assistência social do SESC. O estágio tem por objetivo integrar conhecimento teórico a experiências práticas, através de situações concretas vivenciadas pelo aluno, nos variados campos de trabalho do assistente social. Também o estágio objetiva estimular e ampliar o potencial reflexivo e a consciência crítica acerca da profissão e das contradições existentes na sociedade.

Durante este período foi possível vivenciar a importância da atuação do Serviço Social junto aos grupos de idosos através de ações sócio-educativas que tem por finalidade a valorização e a reintegração do idoso na sociedade bem como compreender o processo de envelhecimento e as mudanças que este traz as pessoas para seu estado físico, psíquico e social.

Assim, a partir dessa experiência voltada ao compreender e analisar o processo de envelhecimento como parte integrante da vida e um processo que também compreende a saúde em si; volta-se para o questionamento sobre a compreensão dos profissionais acerca do processo de envelhecimento na área da saúde. Buscamos focar nosso estudo sobre o processo de envelhecimento dentro da Política de Saúde a partir da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, especificamente aos profissionais de saúde do Programa Floripa Ativa. A pesquisa sobre envelhecimento relativamente entrou para o Programa Floripa Ativa, que está situado dentro dessa secretaria, e tem vínculo direto no trabalho com idosos do município. Como alvo da pesquisa os profissionais que atuam na gestão, coordenação e execução deste programa.

Como universo de pesquisa foi recortado uma amostra de 7 (sete) profissionais e 1 (um) gestor, conforme a equipe básica da Estratégia em Saúde da Família, “é recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde” (BRASIL, p.13, 1997).

Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo (BRASIL, 1997, p.13).

Alguns impedimentos fizeram com que a amostra pesquisada permaneça-se apenas em 6 (seis) profissionais. No decorrer deste processo tivemos a recusa de um profissional em responder ao roteiro da pesquisa e, o Secretário Municipal de Saúde (gestor) não conseguimos entrevistar por motivos de agenda pessoal.

Foi realizada uma pesquisa exploratória com esses profissionais através de um roteiro⁷ baseado nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que fundamenta o planejamento, execução e atendimento dos programas desenvolvidos na esfera nacional, estadual e municipal na área da saúde.

A coleta de dados foi realizada através do roteiro baseado nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aplicado pela entrevista, onde, o entrevistador questionava e o entrevistado respondia ao roteiro sendo gravado com o consentimento do

entrevistado. Esta coleta de dados foi realizada no período de 03/04/2009 a 18/05/2009 no local de atuação dos profissionais em horários marcados anteriormente por contato telefônico. Todos os profissionais entrevistados leram, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁸, documento este necessário por se tratar de um procedimento comprometido com os princípios éticos de acesso e utilização das informações obtidas através da entrevista.

Para a análise dos dados utilizamos do método quantitativo apresentando dados em forma de gráficos e tabelas e complementamos com o método qualitativo através da análise e transcrição das falas dos profissionais que participaram da pesquisa no que diz respeito a sua compreensão e interpretação, pois como traz Minayo e Minayo (2001 apud MARSIGLIA, 2007, p.388) “os estudos na área da saúde devem usar as metodologias qualitativas para captar o “significado e a intencionalidade” inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”. Procura-se analisar minuciosamente os dados para assim ser possível à busca por aspectos que tornem a pesquisa relevante. Para Minayo (1993) os métodos quantitativos e qualitativos são complementares e necessários para que as relações sociais sejam analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos”, aprofundadas em seus significados mais essenciais.

Outras informações são obtidas através de livros, artigos e revistas especializadas no assunto bem como bibliografias diversas e documentais para um maior aprofundamento sobre a temática a ser pesquisada. De acordo com Neto (2000 apud PEREIRA, 2005, p. 56), é uma dinâmica “fundamental para qualquer tipo de pesquisa [...] e nos permite articular conceitos e sistematizar a produção de uma determinada área de conhecimento”.

A seguir serão apresentadas as características dos sujeitos entrevistados na pesquisa.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

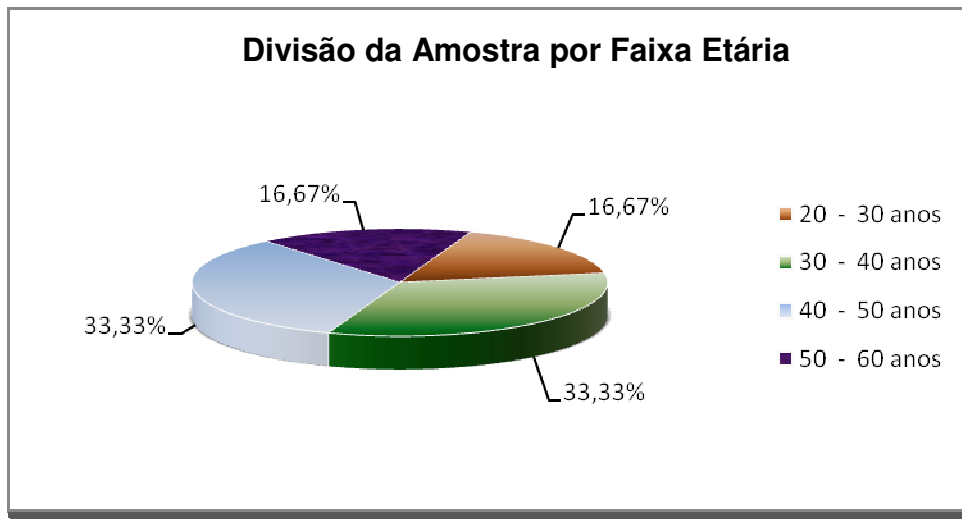
Neste subitem iremos apresentar e analisar os dados obtidos na pesquisa em relação ao perfil dos sujeitos entrevistados situando sua faixa etária, escolaridade, sexo e tempo de atuação como profissionais da rede municipal de saúde de Florianópolis.

⁷ O roteiro está disponível dentre os apêndices.

⁸ Material disponível nos apêndices.

Abaixo segue os gráficos com apresentação da caracterização dos sujeitos entrevistados.

Gráfico 1: Divisão da amostra por faixa etária



Fonte: Da autora (2009)

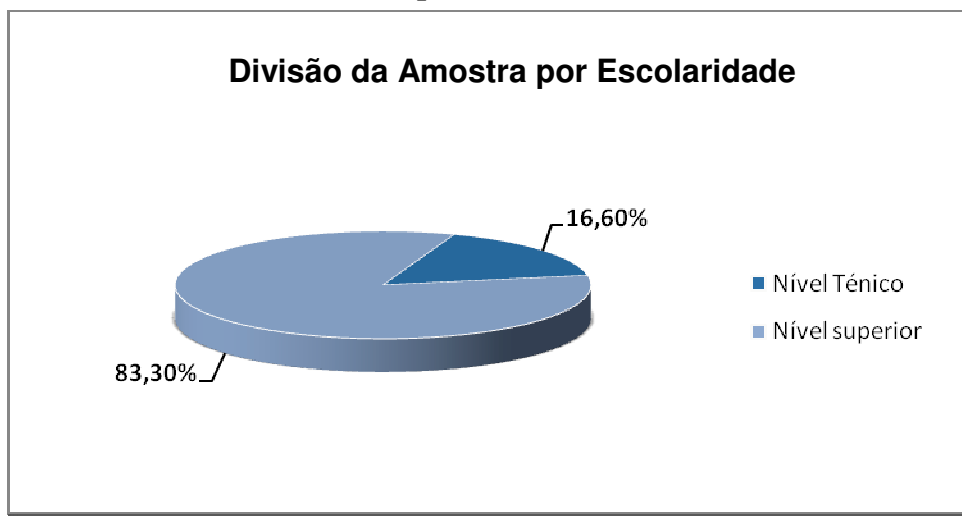
Tabela 1: Divisão da amostra por faixa etária

Faixa Etária	Amostra Pesquisada
20 - 30	1
30 - 40	2
40 - 50	2
50 - 60	1

Fonte: Da autora (2009)

Referindo-se ao gráfico 1 pode-se identificar um número equilibrado entre a faixa etária dos profissionais entrevistados. Entre a amostra pesquisada 4 desses inserem-se na faixa etária entre 30 – 50 anos. Entre 20 - 30 anos e 50 – 60 anos temos um profissional apenas em cada faixa etária.

Gráfico 2: Divisão da amostra por escolaridade



Fonte: Da autora (2009)

Tabela 2: Divisão da amostra por escolaridade

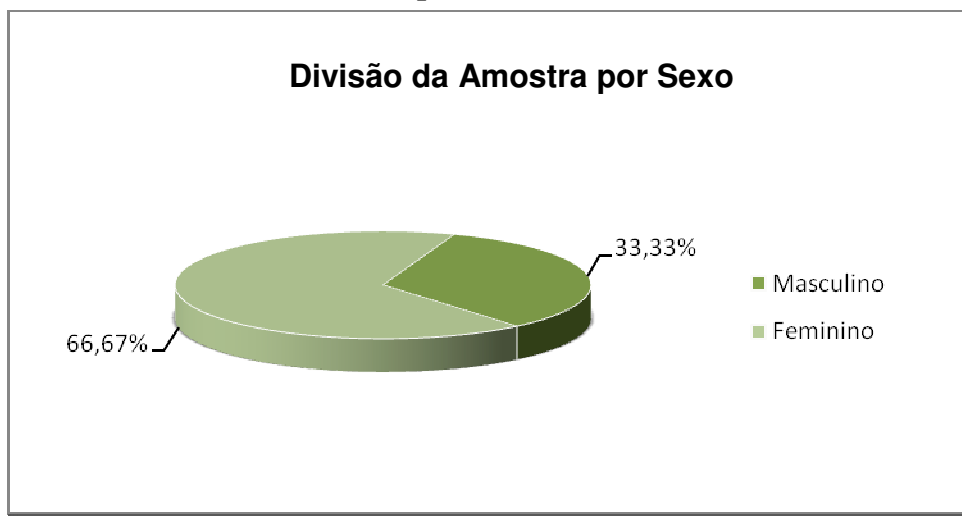
Escolaridade	Amostra Pesquisada
Nível Técnico	1
Nível Superior	5

Fonte: Da autora (2009)

Baseado na portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), fica estabelecido que para a implantação das Equipes de Saúde da Família deva existir (entre outros quesitos) uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000. Esta equipe, composta por minimamente médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, deve ter uma jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os integrantes.

Dentre a faixa de escolaridade os profissionais que atuam na Estratégia em Saúde da Família dentro do programa Floripa Ativa são em sua maioria profissionais com nível superior e conforme dados apresentados temos um profissional com nível técnico.

Gráfico 3: Divisão da amostra por sexo



Fonte: Da autora (2009)

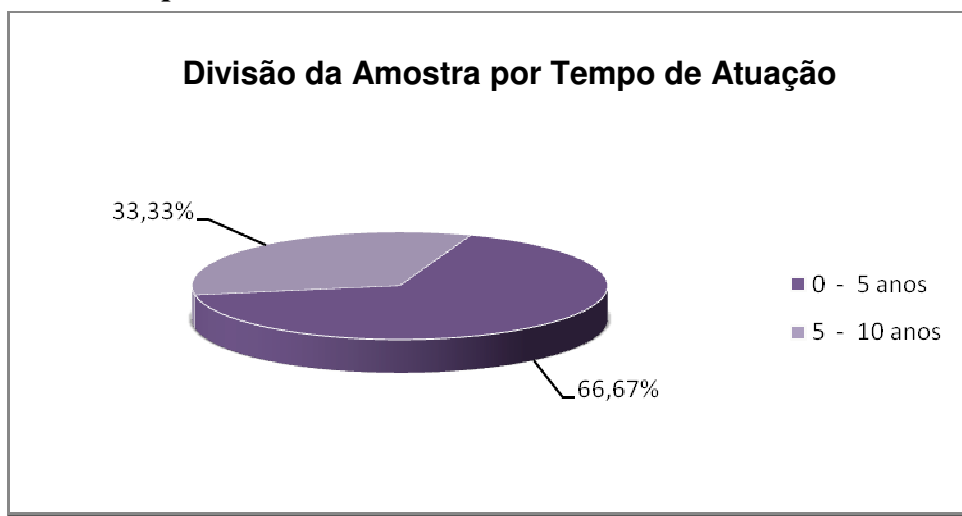
Tabela 3: Divisão da amostra por sexo

Sexo	Amostra Pesquisada
Feminino	4
Masculino	2

Fonte: Da autora (2009)

Há um predomínio do sexo feminino dentre os profissionais que atuam no programa conforme a amostra pesquisada. Entre eles são 4 profissionais do sexo feminino e 2 profissionais do sexo masculino.

Gráfico 4: Divisão da amostra por tempo de atuação como profissional de saúde da rede municipal



Fonte: Da autora (2009)

Tabela 4: Divisão da amostra por tempo de atuação como profissional de saúde da rede municipal

Tempo de atuação	Amostra Pesquisada
0 – 5 anos	4
5 – 10 anos	2

Fonte: Da autora (2009)

Na amostra pesquisada identificamos que os profissionais entrevistados (enfermeiros, médicos, fisioterapeuta e técnico em enfermagem) atuam no programa em sua maioria entre 0 – 5 anos e, apenas 2 profissionais atuam entre 5 – 10 anos na saúde pública municipal de Florianópolis.

3.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DA PESQUISA

Neste subitem falaremos sobre a pesquisa realizada e analisaremos seus resultados. A partir do levantamento dos profissionais e espaço para desenvolvimento da pesquisa apresentamos aos entrevistados um roteiro baseado nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, para estes profissionais refletirem e dar sua opinião frente ao alcance do propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso, com diretrizes essenciais como a

promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas.

3.3.1 Promoção do envelhecimento ativo e saudável

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destacamos aqui o Pacto pela Vida que entre as suas macro prioridades possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e *cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento*.

Com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde com a proposta do “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), ressalta que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

Em Florianópolis a promoção do envelhecimento ativo e saudável acontece através do Programa Floripa Ativa - um programa dentro da Estratégia em Saúde da Família gerenciado pelo Capital Idoso - que trabalha com idosos acima de 60 anos acometidos de algumas patologias como já mencionado.

De acordo com os profissionais entrevistados algumas mudanças ocorreram no atendimento ao idoso no município de Florianópolis.

“Tem⁹ mudado, desde que eu entrei na prefeitura até agora estão entrando projetos novos, estão começando a investir mais no idoso. Com programas de caminhadas, esse tipo de coisa. Eu acho que são pontos positivos, de melhoras. Eu trabalho com os idosos em um programa de caminhadas, e já notei a melhora deles” (Sujeito 1).

Os programas realizados com idosos no município têm alterado uma realidade que está apresentada para sociedade que é o aumento da expectativa de vida da população idosa, onde segundo a Organização Mundial da Saúde até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. 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 aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida. Assim, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) a promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia; é reconhecida a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização determinados pela Organização das Nações Unidas (ONU). Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também é necessário vencer preconceitos e discutir mitos enraizados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

O Programa Floripa Ativa:

“Além de melhorar a qualidade de vida da população e, a questão de promover saúde, prevenir lesões, problemas, doenças, isso tudo é dar qualidade de vida e fazer com que a pessoa envelheça com saúde, para que possa chegar lá na frente e quadros depressivos e de doenças que prejudicam o andamento no final da vida do idoso sejam prevenidos” (Sujeito 2).

⁹ Falas dos profissionais entrevistados. Para manter a privacidade dos profissionais seus nomes não serão divulgados.

Mencionando a fala deste profissional visualizamos que a preocupação com aumento da expectativa de vida se dá no sentido de prevenir anteriormente doenças e problemas de saúde fazendo com que as pessoas, ao alcançarem uma determinada idade possam viver com mais qualidade de vida. Envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de três componentes: “(a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida” (KALACHE, et al 2000 apud PNSPI, 2006).

Conforme profissional entrevistado:

“O envelhecimento saudável, embora as pessoas encaminhem o raciocínio em cima da saúde física, saudável compreende um conjunto de fatores enquanto bem estar físico, mental, social, emocional, espiritual; então a gente procura trabalhar no todo da saúde. E ativo é o idoso enquanto participante da sociedade, inserido e não relegado a quinto plano, ou seja, é aquele idoso que cuida dele mesmo, se relaciona não só com a sua família, mas têm outras relações, ele está dentro do convívio intergeracional. Para que isso aconteça, bem, isso é uma coisa que aqui no Brasil ainda não está bem trabalhado. Na verdade o programa do idoso é um programa novo também, que está sendo construído” (Sujeito 3).

O envelhecimento saudável compreende um conjunto de fatores, como citado pela profissional, que formam o momento e disposição do idoso. Lazer para muitos é tido como tempo livre, como distração ou consumo, o que faz com que suas verdadeiras funções sejam distorcidas e utilizadas como forma de alienação ou consumismo. Segundo Dumazedier (1973, p.34):

O lazer é um conjunto de ocupações às quais os indivíduos podem entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou ainda para sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após se livrar ou se desembaraçar das obrigações profissionais, familiares e sociais.

Também para este autor as verdadeiras funções do lazer são o descanso, a recreação e o desenvolvimento pessoal. No que se refere ao idoso o lazer pode ter estas funções e outras mais, levando-se em conta sua saída do mercado de trabalho, no lazer pode estar à possibilidade de uma vida ativa socialmente. As opções de lazer destinadas ao idoso (Grupos de convivência, Universidades para Terceira Idade, entre outros), têm a finalidade de

propiciar ao idoso a reconstrução de padrões de vida e atividades, o aumento da auto-estima, desenvolvimento de atividades culturais, entre outros.

Dentro do Programa Floripa Ativa:

“A gente vê aí uma forma do idoso se inter-relacionar, de melhora do bem estar, ganho de bem estar físico, mental, social, emocional e a prevenção das doenças mais comuns nessa idade que são principalmente as cardiovasculares, câncer, metabólicas como diabetes. Então a atividade física é um trabalho que a gente faz que engloba tanto a questão do envelhecimento ativo quanto saudável” (Sujeito 3).

Além da prevenção das doenças e de procurar manter a funcionalidade do idoso como também recuperá-la, no programa é possível visualizar uma grande oportunidade para os profissionais identificar as necessidades emocionais dessa população, suas dificuldades, pois muitos vivem sozinhos, ou com familiares onde se restringe sua liberdade, suas fragilidades e também autonomia. Como nos apresenta o profissional entrevistado, muitos idosos:

“Nem vem tanto por patologia física, mas aquela coisa emocional, tristeza, então vem aqui e a gente acaba transferindo para participar do programa” (Sujeito 4).

Assim o programa se torna forte subsídio para interação e participação social dos idosos, pois o trabalho com grupos representa uma garantia de espaço, participação, lazer, aprendizagem, troca de experiências, formação e ampliação do círculo de amizades e crescimento pessoal, condição essencial para que todo idoso viva e sinta-se mais pleno, prevenindo desta forma o isolamento social.

“Eles gostam bastante, porque acabam tendo uma convivência social, fazem amizades, então a pessoa se sente melhor não só fisicamente, porque faz bem, mas por essa interação social” (Sujeito 5).

O envelhecimento como já apresentado é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos do Estatuto e da legislação vigente e, é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais e públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

3.3.2 Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa coloca a atenção integral e integrada a saúde da pessoa idosa como uma “prática de cuidados que 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” (BRASIL, 1999). A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades (os cuidadores) também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. Assim, a SMS de Florianópolis desenvolveu um Manual para Cuidadores de Idosos com referência no Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o auto-cuidado e também grupos de auto-ajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados (BRASIL, 1999).

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica (BRASIL, 1999).

A incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, envolvem os profissionais da atenção básica e das equipes da Saúde da Família, para assim qualificar o trabalho em equipe dando suportes mais concisos no atendimento. Nesta perspectiva, a profissional entrevistada apresenta um pouco como é trabalhada a atenção integral por parte dos profissionais da saúde, que trabalham no programa, através da gerontocultura.

“O especialista vai ao posto de saúde e lá ele pode discutir casos com qualquer profissional da equipe, cada um na sua esfera. O geriatra pode discutir temas como quedas, osteoporose, perda visual, diabetes, qualquer caso clínico. Ele pode fazer uma reunião de grupo com os pacientes idosos, junto com a equipe de saúde da família, enriquecendo em conhecimentos para todos. Pode atender juntamente com o enfermeiro e o médico; em um

atendimento ambulatorial ele tá lá junto atendendo e apoiando. E também pode fazer visita domiciliar, que não necessariamente tem que ser com o médico, pode ser com o enfermeiro ou, com o agente comunitário. Então, o especialista está trabalhando pesado nessa questão da gerontocultura, que é a formação da consciência da equipe de saúde da família de que envelhecer é importante, é um processo diferenciado, as patologias associadas ao envelhecimento, os sinais de alerta, tudo o especialista vai trabalhar com os profissionais. O paciente é dele, mas continua sendo da equipe de saúde também, co-responsabilização de cuidados, compartilhamento de cuidado, ampliação de visão, enfim” (Sujeito 3).

Assim como nos apresenta o entrevistado o trabalho dos profissionais com os idosos precisa compreender a concepção de humanização¹⁰, como sendo a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS.

De acordo com a fala do profissional, algumas dificuldades são encontradas:

“Eu acho que poderia ser um pouco melhor, mas acho que funciona, poderia ser incrementado, às vezes falta tempo pra gente fazer alguma outra coisa porque a gente cuida de muitos outros programas e, tem as nossas agendas então não tem como participar” (Sujeito 4).

Para que essa proposta da humanização se consolide é preciso que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. Para Ricardo Antunes (1996) o que nos apresenta ao final do século XX é uma profunda crise no mundo do trabalho que atingiu a materialidade e a objetividade da classe trabalhadora, trazendo agudas mudanças no processo de trabalho e no processo de produção do capital, além da crise da subjetividade, que alteraram a forma de ser da classe trabalhadora afetando organismos de representação. Essa crise traz novas realidades para a classe que vive do trabalho, e as pessoas acabam perdendo a visão da totalidade. Para José Paulo Netto (1996) esse período de profundas transformações da sociedade está ligado à vida social, afetando as profissões, áreas de intervenção, o conhecimento, novos sujeitos, enfim uma mudança geral na sociedade que afeta diversas profissões e sua atuação.

A fala do profissional nos apresenta uma visão clara de dificuldades e entraves dentro da rede municipal:

¹⁰ A humanização é uma temática que aparece com ênfase no final de 1990 e início dos anos 2000, tendo conseguido legitimidade a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 2000. Em

“É, que na prefeitura a gente tem alguns entraves. Não conseguimos dar um atendimento completo do meu ponto de vista não” (Sujeito 2).

Sendo assim:

Devem ser elaborados protocolos assistenciais e rotinas de trabalho e investimento na educação permanente das equipes, para repensar o modelo de atenção à saúde, e avaliar constantemente as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde. É de suma importância a participação dos usuários nesse processo (CFESS, 2009, p.26).

A humanização precisa ser visualizada na perspectiva ampliada, pois ela permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde doença, as condições de trabalho e os modelos assistenciais e de gestão. Os profissionais devem debater junto aos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença (CFESS, 2009).

Apesar das dificuldades enfrentas os profissionais da saúde que trabalham com os idosos neste respectivo programa acreditam que:

“Isso é uma coisa, que os profissionais vêm sempre buscando para que aconteça” (Sujeito 6).

A busca dos profissionais por melhorias no atendimento e facilidades na gestão e implementação dos programas e atividades se torna prática profissional e cotidiana no trabalho. Um fato importante, mas que deve ser tomado de cuidados para não cair na “rotina” e passar a ser prática burocratizada e naturalizada pelo profissional que com o passar dos anos de trabalho acaba perdendo sua força e vontade de mudança devido aos entraves e dificuldades.

3.3.3 Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

2001, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde. (CFESS, 2009, p.26)

A prática da intersetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade. As ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais (BRASIL, 1999)

De acordo com a percepção de um profissional:

“O programa desenvolvido pela Secretaria de Saúde em parceria com a Secretaria de Assistência Social e também com as universidades, é muito importante, porque da base teórica e científica, e, de certa forma calça o programa não deixando que ele se desenvolva de qualquer maneira ou de forma empírica ou de forma que a gente não possa depois estar comprovando o impacto ou mostrando mesmo o valor dele” (Sujeito 2).

As atividades realizadas juntamente com outros profissionais, chamam a atenção para uma emergência das profissões, a necessidade de trabalhos multidisciplinar e interdisciplinar.

Entende-se multidisciplinariedade, como soma de conhecimento de vários profissionais sem que haja interação entre profissionais e ciências. Entretanto quando falamos em interdisciplinaridade, nos referimos à postura profissional. A mudança de atitude, diálogo e parceria, que se constitui exatamente na diferença da especificidade da ação de equipes que querem alcançar objetivos em comum. Segundo Melo e Almeida (1999, p. 235) “desenvolver algumas ações em parceria é imprescindível ao cotidiano profissional, ocorra ele na direção da produção de conhecimento, da intervenção direta, ou em ambas”.

Entretanto no cotidiano a prática da interdisciplinaridade tem como desafio ultrapassar imposições institucionais hierárquicas e autoritárias. Desafio que se faz presente no cotidiano dos profissionais.

“Na nossa área da saúde, a gente faz aquilo que a gente entende como integralidade, porque o termo integralidade tem mil e uma acepções. Então à gente tenta ampliar, tem visita domiciliar, tem uma psicóloga que trabalha aqui, se precisa à gente encaminha, tem grupo de mulheres com sofrimento psíquico. Então, uma integralidade da ação no sentido da saúde que é da nossa alçada. A gente procura ver como um todo, o contexto familiar, o atendimento psicológico, psiquiátrico, o acompanhamento de enfermagem e médico domiciliar e na unidade” (Sujeito 5).

É através das ações intersetoriais que se trabalha com a integralidade na atenção à saúde. Iamamoto (2002) afirma que é necessário desmistificar a idéia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (IAMAMOTO, 2002, p. 41).

Também é importante que se estimule a elaboração de atividades juntamente com outros profissionais de outras áreas, visto, que quando se põem em prática o trabalho em equipe o resultado aparece na melhoria dos serviços prestados aos usuários.

A partir do exposto, identifica-se que cada um dos profissionais, em decorrência de sua formação, tem distintas competências e habilidades para desempenhar suas ações. Concorde-se com Iamamoto (2002) que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais como o Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão, e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS (CFESS, 2009, p.24).

3.3.4 Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa

Deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa. Os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Abaixo são apresentados os itens prioritários para a pactuação: provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar inclusive medicamentos; recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS; recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa; produção de material de divulgação e informativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, para

profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; implementação de procedimento ambulatorial específico para a avaliação global do idoso; e determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS, de modo que a adequação a esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento (BRASIL, 1999).

Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em seu item 3.4 dos provimentos de recursos é possível identificarmos que existe uma série de prioridades que devem ser atendidas para o financiamento da atenção a saúde da pessoa idosa. A realidade e a legislação andam um pouco distantes em nosso país. Muitas são as dificuldades de acesso da população e também de recursos disponíveis. Na fala do profissional:

“Os recursos vêm do programa de saúde da família. Após são destinados aos outros programas dentro do programa de saúde família” (Sujeito 3).

No qual inclui o Programa Floripa Ativa que trabalha respectivamente com os idosos e recebe estes recursos.

O entrevistado nos apresenta que,

“Na verdade, a saúde do idoso não tem recurso específico, ela tem mudado em questão do financiamento da saúde, agora os recursos são por blocos, ta dentro da atenção básica, é claro que a gente tem recursos, mais ainda não é suficiente” (Sujeito 6).

Como apresenta o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006), o bloco de financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais compõem o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois componentes: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável e seus valores serão estabelecidos em portaria específica. O Piso da Atenção Básica – PAB – consiste em um montante de recursos financeiros, que agrega as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde; os recursos financeiros do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal. O Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável – consiste em um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da atenção básica à saúde; passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégias: I. Saúde da Família; II. Agentes Comunitários de Saúde; III. Saúde

Bucal; IV. Compensação de Especificidades Regionais; V. Fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas; VI. Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário.

“Os recursos do PAB Variável serão transferidos ao município que aderir e implementar as estratégias específicas a que se destinam e a utilização desses recursos deve estar definida no Plano Municipal de Saúde” (BRASIL, 2006, p.25).

Resumidamente, dessa forma os recursos destinados chegam aos fundos municipais e dele são transferidos para os programas. É possível perceber que além das dificuldades, mudanças estão ocorrendo em relação à atenção à saúde do idoso, muitos municípios estão priorizando atendimentos e programas para população idosa e qualificação de profissionais para trabalhar com este público. De acordo com o profissional em sua fala,

“Pelo menos aqui no nosso município a gente vê um desenvolvimento na saúde, se olharmos uns anos para trás era um pouco mais precária e acho que hoje em dia a gente tem condições que vem sendo dadas pela parte federal, estadual e municipal sendo vislumbrado pela municipalização da saúde, ou seja, o município hoje em dia é responsável praticamente por tudo que é ligado a saúde, justamente pela questão de estar mais junto com o seu público o seu usuário e sabe o que o mesmo está precisando, cada região acaba tendo suas particularidades” (Sujeito 2).

Como já apresentamos em subitem anterior é a partir do conhecimento da realidade, da proximidade com usuários, e das mudanças que ocorrem nos territórios onde as relações sociais são construídas que profissionais e gestores têm conhecimento para priorizar políticas e programas que atendam as necessidades da população. Por isso que a territorialização é importante no momento de formular programas para determinada população ou segmento da sociedade.

Outra dificuldade encontrada pelos profissionais é no atendimento secundário. De acordo com a sua fala,

“O grande problema na saúde ainda continua sendo a parte secundária, o atendimento secundário. Pedir exames demora três meses. Encaminhar para o especialista, às vezes demora meses. Então, algumas coisas já estão sendo resolvidas, como o médico especializado na policlínica, aí o encaminhamento é um pouco mais rápido. Mas ainda não ta garantido no sentido de fluir de forma normal” (Sujeito 5).

Como a população envelhece e os idosos possuem mais doenças crônicas o número de consultas se amplia. Sabemos também que a ampliação de consultas leva a ampliação de medicamentos, exames complementares e hospitalização. Assim, priorizar um atendimento específico a essa população compreendendo suas características se faz importante neste momento de perspectiva do aumento da população para um atendimento como determina nossa legislação e leis específicas ao público idoso.

Pelo direito assegurado na Constituição Federal de 88 e garantido pelo SUS - a saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial - a questão da saúde ultrapassa a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo, propondo-se não somente ao Sistema Único, mas a Reforma Sanitária e a instituição de Conselhos de Saúde. Por esse direito da população garantido com a instituição do SUS, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do sistema. Esta Lei também estabeleceu que as Conferências e os Conselhos de Saúde deveria se realizar nas três esferas de governo, enquanto instrumentos formais para a concretização da diretriz constitucional de participação da comunidade como será apresentado no próximo subitem.

3.3.5 Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social

O Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo a partir da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde; e o Conselho de Saúde. No parágrafo 1º do Art. 1º consta que:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

No parágrafo 2º do Art. 1º sobre os conselhos diz que:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Assim nos demais parágrafos desta lei, explicita-se que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Como forma constituída em lei, os conselhos e conferências são órgãos importantes na discussão e decisão da política pública de saúde. Como afirma o profissional em sua fala:

“É uma forma de participação do idoso, mas uma forma indireta, reconhecidamente. Participação ativa ainda não está desenvolvida” (Sujeito 3).

E conforme apresenta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

Deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências. Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população (BRASIL, 1999).

“Acho que ainda falta muito a crescer no controle social, não só na parte do idoso, a gente observa nas unidades locais de saúde, pela participação do conselho municipal e esse incentivo também à população de ter esse controle. As pessoas precisam ser mais esclarecidas, principalmente aqueles que não têm instrução, esses eles acabam sabendo menos as coisas e eles precisam ser mais estimulados pelos profissionais, pelas lideranças comunitárias, acho que ainda tem caminho para percorrer” (Sujeito 6).

Estas ações estão voltadas prioritariamente para a inserção dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde nos espaços democráticos de controle social e construção de estratégias para fomentar a participação e defesa dos direitos pelos usuários e trabalhadores nos conselhos, conferências e fóruns de saúde e de outras políticas públicas. Tem como enfoque, também, a democratização da instituição através da criação de conselhos gestores de unidades¹¹ e outros órgãos colegiados que visem à participação dos trabalhadores de saúde na gestão da unidade. Envolve ações de mobilização em defesa da saúde nas áreas em que a instituição está circunscrita e articulada com movimentos sociais (BRASIL, 2006, p.30).

“Na saúde de modo geral e os usuários da nossa rotina que são a maioria de média e baixa renda infelizmente a gente tem um nível cultural um pouco baixo, então eles querem na ponta receber o remédio deles, que seja atendido, mas muitas vezes não conseguem ter essa visão mais ampla de conseguir e achar que tem capacidade de correr atrás de muitas coisas, não são todos, mas a maioria deles, temos idosos muito ativos nesse sentido que geralmente são líderes comunitários, aí a gente tenta estimular, tenta estar junto e ver os seus anseios e, observamos o que precisa e o que tem viabilidade, tentamos estimular eles pois essa participação é importantíssima” (Sujeito 2).

Com base em Carvalho (2003) e Bravo (2000 e 2001) é possível caracterizar os conselhos como espaços de disputa de diferentes interesses, espaços de tensão, de controle exercido pela sociedade organizada tendo como base a concepção de estado de direito. Mas hoje, a partir da observação de reuniões de conselhos é possível identificar uma realidade contraditória, as propostas já não são mais debatidas, conflitivas de interesses, há um consenso falso, pois não há discussão suficiente e as propostas não atingem o todo, há muita defesa de interesses próprios. A burocratização das ações torna-se freqüente nos mecanismos

¹¹ O Conselho Gestor de Unidades de Saúde é um mecanismo proposto pelas Conferências Nacionais de Saúde, e que segue a estrutura dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde. Sua proposição significa a possibilidade de aprofundamento da democracia. Entretanto, não foi viabilizado na maioria dos municípios e estados brasileiros.

de trabalho do conselho. Não há conhecimento por parte da população sobre o verdadeiro papel e atuação dos conselhos. E estes quando participam tem dificuldade de inserção nos debates e discussões, pois as siglas e termos técnicos utilizados não são de conhecimento de todos e a fala dos conselheiros muitas vezes de difícil compreensão. Falta capacitação para sociedade e também para os conselheiros atuarem nesse âmbito. É necessário ter conhecimento sobre os assuntos para disputar os interesses. Fortalecer lideranças comunitárias para atuarem nos conselhos e não defender a continuidade de um processo restrito, mas a luta por melhores condições de vida e saúde de todos.

Atualmente, os idosos procuram participar ativamente da sociedade. Movidos pelo desejo de viver mais intensamente, tornaram-se mais participativos, contribuindo com suas idéias nas discussões sobre assuntos de seu interesse e da coletividade. Os idosos se mobilizam na defesa de seus direitos e, a partir dessa mobilização, se organizam em Conselhos de direitos, mas, para essa mobilização é preciso também incentivo por parte dos profissionais que atuam com os idosos, valorizando-os e incentivando-os a participação e conhecimento de seus direitos sociais.

3.3.6 Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa

É a partir de determinantes ou indicadores de qualidade de vida na velhice como longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação com a vida, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, status social (CALDAS, 2006), que os profissionais da área devem pensar em o que trabalhar com estes idosos neste processo de envelhecimento.

De acordo com BORGES (2008), nas últimas décadas os profissionais envolvidos com a questão social do idoso têm se deparado com muitos desafios quanto à promoção de atividades para atender as demandas apresentadas, dado a inúmeros fatores dentre eles as resistências estabelecidas ao longo de suas vidas. Pois, este idoso solicita ações diferentes e ao mesmo tempo rejeita algumas ações mais inovadoras e de caráter educativo. Com isto surgem questões de grande relevância, como por exemplo, criar alternativas ou metodologias que oportunizem o envolvimento maior dos idosos em ações para ampliação e conscientização a

respeito da contribuição de cada um enquanto cidadão e agente de mudanças em seu benefício, tendo seus direitos assegurados.

Para ser um profissional de saúde há necessidade do conhecimento científico e tecnológico, mas também de conhecimento de natureza humanística e social relativo ao processo de cuidar, de desenvolver projetos terapêuticos singulares, de formular e avaliar políticas e de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde. O diploma em qualquer área de saúde não é suficiente para garantir a qualificação necessária, já que o conhecimento e a informação estão em permanente mudança e exigem atualização do profissional. Assim, como o desenvolvimento do cuidar deve envolver o contato com o outro e as relações entre as pessoas e isso, não se aprende em números de aulas; essas aprendizagens são dinâmicas e imprevisíveis. A responsabilidade do cuidar exige uma reavaliação constante do profissional para que ele tenha condições de atender as necessidades do outro e as suas também, como pessoa e como profissional, à medida que as dificuldades, os impasses e as soluções apareçam no dia-a-dia do trabalho (CAMPOS et al, 2006, p.157).

De acordo com a fala de um profissional:

“Antes na secretaria de saúde não existia um programa voltado para o Idoso, hoje existe o Capital Idoso, a gerência do idoso na secretaria de saúde. Então tudo isso faz com que seja dada uma atenção específica a esse público, e de certa forma tem uma atenção um pouco maior. Então acho que essa atenção tem melhorado também, mas a gente sabe que acaba não sendo só a atenção ao idoso, mas em muitas áreas, temos muitos buracos que têm que ser tapados, a saúde pública ainda tem que melhorar bastante” (Sujeito 2).

O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos. Um processo de gestão com tais características é acompanhado de modos de atenção baseados – grande parte das vezes – na relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde. O quadro se complexifica quando também verificamos que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004, p.5).

Isso quer dizer, segundo Pereira, (2005) que diante desse novo e cada vez mais visível fenômeno social que é o envelhecimento, torna-se imprescindível, no âmbito das Universidades, a análise dos seus determinantes, conseqüências, oportunidades e riscos, bem como a revisão de conceitos, critérios e objetivos capazes de subsidiar planejamentos e definições de políticas mais condizentes com a sua realidade. Só assim se poderá falar de uma comunidade acadêmica atualizada com o seu tempo e atenta ao compromisso com os direitos sociais que, no século XX, constituíram as principais conquistas democráticas e as referências mestras da política social e do Serviço Social (PEREIRA, 2005).

De acordo com Campos, 2006:

A Saúde Coletiva, após os movimentos da saúde pública, da saúde preventiva, da saúde comunitária ampliou e ressingularizou o campo de atuação dos profissionais de saúde. Da assistência às doenças para o cuidado humano, da nosologia médica para as necessidades em saúde, do tratamento e reabilitação para a integralidade da saúde. Cada núcleo profissional foi ampliado e a pesquisa em saúde em todas as profissões intensificada. Não cabe mais a cada profissão uma parcela no diagnóstico e tratamento das doenças, mas detectar e ofertar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e produção da saúde e da vida (CAMPOS, et al, 2006, p.165).

O profissional entrevistado nos apresenta que antes de iniciar o programa foi realizada a capacitação dos profissionais:

“Nós tivemos essa capacitação antes de montar o programa com as pessoas que estavam idealizando o programa em 2006, e de lá pra cá se tem realizado algumas coisas conclusais, algumas pequenas reuniões, onde se fala algumas coisas sobre a política do idoso e sobre a saúde do idoso. Quando a gente trabalha a saúde do idoso a gente procura exatamente trabalhar essa questão do processo de envelhecimento, mas temos que lembrar também que a questão de ter um olhar mais específica pro idoso é muito novo, bastante novo e então é uma coisa que temos que ta sempre voltando pra isso, à importância dessas capacitações” (Sujeito 6).

A valorização do profissional e conseqüentemente sua capacitação para trabalhar com idosos requer interesse e incentivo do governo através do financiamento da educação permanente dos profissionais da saúde. A educação permanente dos profissionais da Atenção Básica é de responsabilidade conjunta das Secretarias Municipais de Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Os conteúdos mínimos da Educação Permanente devem priorizar as áreas estratégicas da Atenção Básica,

acordadas na CIT, acrescidos das prioridades estaduais, municipais e do Distrito Federal. Conforme prevê as ações estratégicas do Pacto pela Vida em Defesa do SUS há que se implementar o Programa de Educação Permanente à Distância na área do envelhecimento e saúde do idoso, “voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica à saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde” (BRASIL, 2006, p.10).

“Muitas vezes a informação chega lá na ponta, na unidade de saúde, no agente de saúde da família, mas o que acontece é que a gente vê que o número de profissionais ainda é baixo para uma população grande, então muitas vezes quem tá lá não consegue nem parar para estar se capacitando, participando de reuniões, estarem sendo orientado e buscar essa reciclagem. Acontece em alguns momentos, mas acho que é pouco ainda. Não só na área do idoso mas em outras áreas. Claro que, por ser um público de certa forma especial, deveria ter uma atenção maior, e quem tá lá na ponta também deveria ter essa atenção maior, mas a gente sabe que a realidade ainda não é a nossa nesse sentido. Então essas capacitações, estudos que pudessem ser feitos, pesquisas em cima disso, deveria ter um pouco mais para o que o profissional se sinta mais seguro e capacitado para atender o público. Seria trabalhado o desenvolvimento desse envelhecimento” (Sujeito 2).

3.3.7 Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS

O acesso à informação é assegurado na Constituição Federal conforme Art. 5º do Capítulo I Dos direitos e Deveres Individuais e Coletivos, onde consta em seu inciso XVI que “é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional”. Desta forma o idoso, assim como toda população, tem um direito garantido que é o acesso a informação.

Conforme a profissional entrevistada a divulgação sobre Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS,

“Ainda é incipiente, acho que precisa fazer mais, utilizar mais a mídia. A televisão - é uma coisa cara - mas seria um meio que divulgaria muito mais rápido. Acho que até o próprio Ministério da Saúde poderia utilizar mais a mídia, e fazer uma divulgação maior” (Sujeito 6).

Existem meios de divulgação e informação, muito mais para os gestores que recebem a política e precisam ter o conhecimento da mesma para sua implementação, mas para os usuários e profissionais essa informação de acordo com o profissional entrevistado,

“É bem falha, tanto para os profissionais como para população em geral. A não ser quando vai a algum curso especial. Tem que dar mais treinamento para dar conta da proposta das políticas senão não adianta ter a política no papel” (Sujeito 5).

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa há medidas que devem ser adotadas para a sua divulgação como a inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa na agenda de atividades da comunicação social do SUS; a produção de material de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos; a promoção de ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral; o apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção à saúde da pessoa idosa em diferentes linguagens culturais; a identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa; e provimento de apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 1999).

Essas medidas são importantes meios para divulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para a população e também para os profissionais que, como visto na pesquisa, muitos não tem conhecimento ou não vêem material disponível para divulgação e informação.

“Para os usuários aqui do posto não há muito, tem da saúde do idoso folder explicativo, de vez em quando vem alguma coisa, mas eu acho que poderia ser um pouco mais. Não é que não vem, vem, mas poderia ser um pouco melhor” (Sujeito 4).

Vários são os veículos disponíveis de informação e divulgação, cabe aos responsáveis compreender o que há na legislação e colocar em vigor para ampliar o acesso de todos a informação.

3.3.8 Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

Devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas (BRASIL, 1999).

Conforme entrevista dos profissionais não há conhecimento sobre ligações internacionais ou nacional de cooperação das experiências em relação à atenção à saúde da pessoa idosa. Nos relatam que:

“Não há no posto em si não, pode ser que tenha na central mas aqui não” (Sujeito 4).
“Olha eu diria que ainda é incipiente” (Sujeito 6)..

Na entrevista realizada com um dos profissionais este nos relatou que a experiência de trabalho com reabilitação cardiovascular em nível primário não há conhecimento que se desenvolva em outro local, e que a proposta do programa Floripa Ativa foi levada para congressos onde apresentou resultados motivadores, pois este trabalho não era conhecido.

“Trabalhar com reabilitação em nível de atenção primária, porque a gente trabalha com reabilitação do idoso pós infartado, com fisioterapeuta, aí não é acadêmica. Reabilitação cardiovascular na atenção primária a gente não tem conhecimento em outro lugar. Então é uma coisa muito interessante também. Tá cheio de reabilitação cardiovascular dentro de hospital, dentro de centros de atenção no mínimo secundária e terciária, de atenção à saúde. Na atenção primária não. Porque é uma coisa muito simples de fazer, tem que ter um espaço para o idoso caminhar, medir a frequência cardíaca e a pressão arterial, monitorar, a gente tá buscando equipar os locais de atividade física com torpedo de oxigênio, com glicosímetro e com equipamento básico” (Sujeito 3)..

Um resultado animador que mostra o trabalho desenvolvido e que surgem resultados. Mas, é preciso considerar que estes resultados devem ser passados aos demais profissionais para que as informações sejam apresentadas de forma a motivá-los no seu trabalho. Conforme relata o profissional,

“Essas capacitações, estudos que pudessem ser feitos, pesquisas em cima disso, deveria ter um pouco mais para que o profissional se sinta mais seguro e capacitado para atender o público. Seria trabalhado o desenvolvimento desse envelhecimento” (Sujeito 2).

E, a partir das ações desenvolvidas junto com as universidades estadual e federal presentes no município de Florianópolis,

“Dentro do programa de atividade física os acadêmicos da UFSC e da UDESC estão desenvolvendo pesquisa. Eles tabulam os dados duas vezes por ano, ou três, e repassam os trabalhos para SMS. Daí estão saindo inúmeros trabalhos, a gente vai receber agora um relatório deles do ano passado de coisas que já foram publicadas” (Sujeito 3).

Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa, identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visa de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

- a) fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- b) identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações;
- c) criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;
- d) identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento – Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros – para a pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- e) apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre a saúde da pessoa idosa;

- f) priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando o aprimoramento e a consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; e
- g) implementar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população idosa brasileira.

Através desses itens apresentados podemos visualizar a insuficiência ainda presente em estudos e materiais disponíveis para os profissionais, bem como a falta da relação diálogo entre estes para publicização de informações sobre repercussões do programa. O profissional nos relata que,

“Tem alguma coisa voltada para o grupo da caminhada, entre nós em cursos alguma coisa, tem reunião que alguma às vezes é discutido alguma coisa, mas não é discutida entre todos funcionários sempre, não é uma coisa que aconteça sempre não” (Sujeito 1).

Além do direito a informação estes profissionais precisam do conhecimento e ciência do que está acontecendo para assim atuarem de forma mais correta e capacitada.

3.4 O SERVIÇO SOCIAL DENTRO DAS EQUIPES DE SAÚDE

O aumento mundial da população idosa trás novas demandas sociais que chamam a categoria dos Assistentes Sociais a se capacitarem para melhor atender este seguimento social. Segundo Pereira (2005), por ser uma profissão que atua em constante interação com as políticas e os direitos sociais, o Serviço Social não pode ficar alheio à tematização do fenômeno do envelhecimento.

Em relação a outros segmentos da população o idoso é materialmente desfavorecido, pois a aposentadoria provoca diminuição de rendimentos, que trás uma queda no padrão de vida. Além do aspecto econômico o idoso passa por mudanças físicas e psicológicas que se não forem bem aceitas pode levá-lo a uma crise existencial, influenciando diretamente na sua qualidade de vida.

Contudo até o momento não há nos Cursos de Serviço Social brasileiros diretrizes e políticas de formação profissional para o atendimento do idoso, como prevê a Portaria Nº 56, de 25 de novembro de 2004, da Secretaria de Ensino Superior, do Ministério da Educação que

dispõe: “O Secretario de Educação Superior do Ministério da Educação, no uso de suas atribuições legais resolve: art. 1º. Criar Comissão Estadual com a finalidade de elaborar diretrizes e propor políticas para a formação de profissionais aptos ao atendimento do idoso”.

O que demonstra a necessidade da revisão curricular contínua nos Cursos de Serviço Social, para propiciar ao profissional a capacitação e o reconhecimento da realidade em que o idoso esta inserido.

As ações realizadas com grupos voltados para a terceira idade, devem efetuar-se através de ações centradas nos interesses dos idosos, voltando-se principalmente para sua socialização, promoção e reconstrução da auto-imagem e da autonomia, levando-os a integrarem-se como cidadãos. Ao planejar atividades culturais voltados para o público idosos o profissional de Serviço Social deve se utilizar-se de toda tecnologia disponível nos dias atuais. De acordo com Iamamoto (1999), para garantir uma sintonia do Serviço Social com os tempos atuais, é necessário romper com uma visão “de dentro” do Serviço Social, isso é pré-requisito para que se alcance captar as novas mediações e requalificar o fazer profissional no sentido de descobrir alternativas de ação. Isto deve manifestar-se não só no aprimoramento de seus instrumentos de trabalho, mas também na incorporação de novas demandas que vão surgindo em sociedade.

Podemos considerar o trabalho com grupos de idosos um campo rico e vasto para estar estudando e intervindo, trabalhando em prol da socialização de informações em busca da efetivação da democracia, da ampliação da cidadania e da concretização de direitos. Vale lembrar, que uma das atribuições do assistente social é encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e a população.

De acordo com o Código de Ética da profissão de Serviço Social, é dever do assistente social nas suas relações com os usuários garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários.

Nos grupos, o assistente social deve estar atento aos movimentos que ocorrem na existência do grupo, ter sempre um olhar mais profundo para compreender na subjetividade das falas o que pode realmente estar acontecendo, podendo desta forma intervir para que o grupo tenha uma existência saudável e não se torne um sofrimento para os integrantes.

De acordo com Kisnermam (1980), o Serviço Social cria uma dinâmica interna que coloca os membros de um grupo numa disposição ativa, crítica e responsável, através de sua

participação, em situação de abordar suas dificuldades e problemas com o objetivo de transformar uma dinâmica externa que os permita inter-relacionarem-se com outros grupos, em movimentos globais de mudança. Sendo assim, percebe-se que o assistente social nos grupos de idosos proporciona ao idoso uma visão de totalidade, capacitando-os para uma tomada de consciência crítica e reflexiva, levando-os a conquista da autonomia pessoal e grupal.

No trabalho com grupos, pode-se perceber que cada grupo apresenta aspectos particulares, e demandas diferentes a serem atendidas. Todavia em um processo de integração entre grupos é necessários que o profissional de Serviço Social desenvolva uma atitude investigativa, para que possa decifrar a realidade e perceber pontos em comuns entre os grupos, possibilitando o planejamento de suas ações. Quando pessoas se unem em prol de um objetivo em comum, passam a se perceber como um grupo, facilitando a integração. Para o Serviço Social a atitude investigativa é parte essencial da formação, possibilitado a articulação entre teoria e prática. Segundo Oliveira (2001), é por meio da atitude investigativa que articulamos sujeito de conhecimento e sujeito da prática, articulação intrínseca entre aprendizado e ação, emergindo uma maneira peculiar de ver problemas e construir soluções.

O trabalho com grupos de idosos, para o Serviço Social se caracteriza como um processo educativo, que possibilita aos indivíduos, melhorar seu convívio social, através de experiências objetivas no grupo. Buscando proporcionar a valorização de sua cultura, e sentimentos. Estimular o raciocínio, o aprendizado de atividades novas e realizadoras do ser humano, e a aceitação da velhice como parte integrante da vida. Segundo Oliveira:

Para envelhecer dignamente é necessário dizer sim a essa nova etapa da vida. É o amadurecimento interior que permite perceber o sentido de tudo que acontece, mostrando alternativas na reformulação dos planos de vida, redimensionando toda a existência (OLIVEIRA, 1999, p. 107).

Podemos entender que a ação do Assistente Social nos grupos de idosos se materializa através do planejamento de atividades e das dinâmicas realizadas. Entretanto a atitude investigativa é parte fundamental da prática profissional. Para o Assistente Social, buscar a valorização do idoso através do planejamento de ações sócio-educativas é propiciar que ele aprenda a se valorizar e desenvolva a autonomia que deve ser conquistada durante sua vida, desta mesma forma o trabalho voltado aos grupos na área da saúde alcança os objetivos

elencados através da atitude investigativa do profissional de serviço social, agindo de acordo com a ética e a transparência no atendimento, orientação e respeito a essa demanda que atendemos. Sempre buscando a garantia do acesso a direitos e participação social informando, proporcionando melhoria de qualidade de vida e acesso aos serviços.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária. Considera-se que o código de ética da profissão apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria (CFESS, 2009, p.14).

A partir dos Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2009, p.15) pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de

democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados.

Tendo em vista o disposto acima, o perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional, demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva crítica pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização de trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos (CFESS, 2009, p.17).

A política de Saúde, reconhecida no texto Constitucional como “Direito de todos e Dever do Estado”, vem sendo implementada e efetivada através do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme já apresentada em item anterior. Uma questão importante refere-se ao conceito de saúde contido no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e no caput do Artigo 3º da Lei 8.080/1990, que ressalta as expressões da questão social, e estas devem ser compreendidas, segundo Yamamoto (2004), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam através das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

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 (BRASIL, 2006).

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente,

o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho. Assim, a atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que repercute nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica.

Desta maneira o atendimento direto ao usuário se dá nesses espaços, que na estrutura da rede de serviços brasileira, ganham materialidade a partir dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades e hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal (CFESS, 2009, p.20).

Para o profissional, sua ação profissional se amplia passando pela ação direta de atendimento ao usuário e atuando no planejamento, investigação, mecanismos de controle social, gestão, assessoria, formação de recursos humanos desenvolvidas nos diversos espaços citados anteriormente mas, tendo predominância em ações a partir da área de trabalho (CFESS, 2009, p.21).

Nessa perspectiva considera-se atribuição do profissional de serviço social na saúde desenvolve suas ações profissionais nas seguintes dimensões, que são complementares e indissociáveis: Assistencial; em Equipe; Sócio-educativa; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional (CFESS, 2009, p.21).

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2009, p.23).

A partir do exposto, identifica-se que cada um desses profissionais, em decorrência de sua formação, tem distintas competências e habilidades para desempenhar suas ações. Concorde-se com Iamamoto (2002) que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas.

A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional, Lei de Regulamentação da Profissão, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS) (CFESS, 2009, p.24).

O material apresentado neste trabalho, é fruto do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde” (CFESS, 2009) e, ressalta-se que o conjunto de atribuições e competências a serem realizadas pelo profissional de Serviço Social na saúde, apresentados anteriormente, podem contribuir para a defesa das políticas públicas de saúde, para a garantia dos direitos sociais, para o fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais, bem como para a viabilização do Sistema Único de Saúde, inscrito na Constituição de 1988 e nas Leis 8080 e 8142 ambas datadas de 1990 (CFESS, 2009, p.38).

Um dos grandes conflitos enfrentados pelos assistentes sociais é trabalhar demandas, pleitos, exigências imediatas sem perder a perspectiva de médio e longo prazo. Ou seja, enfrentar os problemas cotidianos, sem perder de vista que, nesta realidade social, ainda que seja necessário enfrentar e dar respostas às questões imediatas, elas não se resolverão nesta organização social assentada na exploração do homem pelo homem. Sem consciência e instrumental teórico e técnicos necessários para aprender a lógica da organização social capitalista, não se trabalha na direção dos interesses e necessidades históricos da classe trabalhadora. É na defesa do interesse público que está a possibilidade de respostas ao que aparentemente é interesse individual. Justamente porque, na sua aparência, o interesse público se manifesta nos indivíduos tomados isoladamente, passando a necessitar da teoria para ser compreendido como interesse público (VASCONCELOS, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento é uma manifestação do fenômeno da vida como citado neste trabalho, é algo natural e que todo ser humano passa ou passará em sua vida pois compreende um processo natural. Algo que dificulta a relação com a velhice são os preconceitos nela instaurados, que já foram mencionados. Por vezes esquecemos que as transformações na medicina, melhorias de condições de vida, entre outros, aumentam nossa expectativa de vida e que todos temos ou teremos uma relação com a velhice. E, está será boa ou ruim dependendo da forma como encaramos o processo de envelhecimento e as condições de vida que vamos ter quando alcançarmos essa etapa. Dados da realidade Brasileira afirmam que, para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado.

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. As experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que propiciariam aos mais velhos oportunidades de explorar novas identidades, realizar projetos abandonados em outras etapas da vida, estabelecer relações mais proveitosas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos. Caminha-se para uma mudança dos estereótipos negativos da velhice e abre-se espaço para que experiências de envelhecimento bem-sucedidas possam ser vividas coletivamente.

Entretanto o presente Trabalho de Conclusão de Curso almejou ao longo da sua trajetória, apresentar o processo de envelhecimento como um processo natural, uma fase da vida que todos almejam chegar ou nela já estão e, que tem características próprias que devem ser identificadas e trabalhadas. Também busca complementar que este processo não deve ser estereotipado como uma fase negativa e excludente. Pois, como apresentamos este é um momento em que as pessoas almejam uma qualidade de vida - com a convivência junto às

transformações físicas, psicológicas - mas objetivando um momento mais pleno de atividades diversificadas, idosos mais atuantes e participativos na sociedade, buscando espaços de expressão e aprendizagem, de convivência com o outro, troca de experiências, conhecimentos e ampliação de laços de amizade. Possibilitando então ao idoso, maior dinamismo e construindo uma nova imagem social da velhice.

Sendo assim faz-se necessária a implantação de políticas públicas voltadas aos idosos, assegurando espaços adequados para seu atendimento, programas específicos e recursos humanos especializados nesta etapa da vida com vistas a proporcionar ao idoso seu desenvolvimento integral como cidadão. E, garantindo os direitos assegurados na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com base nas suas diretrizes como a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas.

A partir da pesquisa realizada com os profissionais de saúde que trabalham diretamente com o público idoso em programas municipais, buscamos através desses sujeitos identificar o conhecimento a respeito do processo de envelhecimento bem como a percepção dos mesmos frente a diretrizes de uma política voltada especialmente ao idoso objetivando se a mesma alcança o que prevê em seus artigos e se esses profissionais compreendem o processo de envelhecimento em seu contexto amplo, de acesso a direitos e um período da fase da vida caracterizado por mudanças particulares e dignas de cuidados e atenção.

O SUS completou vinte anos de existência e, não obstante ter conseguido algumas inovações, o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não tem acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito (CFESS, 2009, p.10).

A transição demográfica que está ocorrendo em todo mundo, exigindo o redimensionamento na área das políticas sociais, econômicas e de saúde; no Brasil particularmente, ocorre de forma mais acelerada como citamos através de dados do IBGE. Desta forma aumenta-se a demanda por serviços de consulta, medicação, exames de alta

complexidade, além da dedicação e cuidados constantes dos familiares e profissionais, em razão do crescente número de pessoas idosas portadoras de doenças crônico-degenerativas. Assim, para o atendimento a essa demanda – assistência, prevenção e na promoção do envelhecimento saudável - falamos da necessidade de estruturação dos serviços como atenção básica, qualificação da rede de proteção social e da abordagem integral e respeito a individualidade do envelhecimento (SANT'ANA, 2009).

Observa-se através dos resultados da pesquisa que essa distância entre o atendimento preconizado na política pública de saúde e a realidade analisada se encontra longe de uma aproximação. Alguns avanços são identificáveis, com a acentuada demanda de idosos a preocupação com o atendimento dessas pessoas na área da saúde vem se intensificando a partir de novas propostas de trabalho e programas apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Um exemplo é a criação da Gerência do Idoso e do Programa Floripa Ativa que se volta para este público com atenções específicas, como foi possível identificar no momento em que procuramos esta secretaria para realizar a pesquisa.

Entretanto, além da preocupação com essa demanda e os avanços a ela destinados a respeito de programas e atendimentos, também observamos que algumas dificuldades se fazem presentes na efetivação das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em consonância com os programas desenvolvidos por esta secretaria e profissionais. O atendimento integrado e integral, precisa ser visualizado em uma perspectiva ampliada, pois permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde doença, as condições de trabalho e os modelos assistenciais e de gestão saindo assim do modelo centrado na doença e juntos, profissionais e usuários discutindo uma revisão do projeto da unidade.

De acordo com Sant'ana (2009, p.53):

Para a criação do modelo de atenção integral à saúde do idoso deve-se buscar o mapeamento da rede de serviços formais e informais em todos os níveis de governo, nas áreas sociais, assistenciais, educacionais, de esporte e lazer, turismo, cultura e de saúde visando o trabalho intersetorial.

Assim, é importante que se estimule a elaboração de atividades juntamente com outros profissionais e outras áreas, visto, que quando se põem em prática o trabalho em equipe o resultado aparece na melhoria dos serviços prestados aos usuários. Desta maneira destacamos a importância de uma equipe multiprofissional no atendimento a questão do envelhecimento.

Para que esta equipe desenvolva um trabalho com mais qualidade ainda é necessário mais valorização dos profissionais e conseqüentemente sua capacitação para trabalhar com idosos, dando maiores subsídios e conhecimento sobre a legislação específica e o processo de envelhecimento considerando os aspectos específicos na abordagem ao idoso (geriátrica e gerontológica), visando a recuperação da saúde e manutenção da capacidade funcional. Isso requer interesse e incentivo do governo através do financiamento da educação permanente dos profissionais da saúde. Como já citado anteriormente que, é uma responsabilidade conjunta das Secretarias Municipais de Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), e do Ministério da Saúde.

Essa articulação e capacitação se direcionam, conforme Sant'ana (2009, p.54):

Ao fortalecimento das ações de promoção, prevenção na saúde e eliminação dos hábitos nocivos e dos incentivos ao estilo de vida saudável, as atividades sócio-recreativas e educacionais com encontros intergeracionais e grupos sociais para elevação da auto-estima, combate do isolamento social e da depressão dos idosos, assim como recursos preventivos para a saúde dos mais jovens.

Ressalta-se ainda a importância do profissional de Serviço Social dentro das equipes de saúde realizar ações articuladas com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) formulando assim, estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde. Considera-se que a Lei. 8662/93 que regulamenta a profissão apresenta ferramentas para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria através de seu Art. 4º das Competências do Assistente Social.

Considera-se que o profissional de Serviço Social na área da saúde desenvolve suas ações profissionais nas seguintes dimensões, que são complementares e indissociáveis: Assistencial; em Equipe; Socioeducativa; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia dos demais trabalhadores que atuam na saúde.

Acredita-se que este estudo possa trazer importante contribuição para a reflexão dos profissionais da área da saúde quanto à importância de um atendimento humanizado e prioritário ao idoso, não condicionando somente às leis e obrigações, mas trabalhando com a preservação da dignidade e do respeito ao ser humano, considerando as peculiaridades do indivíduo idoso, suas condições psicossociais, culturais e econômicas compreendendo que o envelhecimento ocorre de forma diferenciada entre as pessoas.

Um papel importante do assistente social nesse contexto, como coloca o CFESS, 2009, é que “o assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar visões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão (CFESS, 2009, p. 26).

Nesta direção sugere-se a Secretaria Municipal de Saúde desenvolver debates e propostas que oportunizem uma efetiva participação do profissional de Serviço Social no planejamento, visto que este profissional pode contribuir, de acordo com seu Código de Ética, nas relações com os usuários garantindo a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas e respeitando democraticamente as decisões dos usuários. Buscando a garantia do acesso a direitos e participação social informando, proporcionando melhoria de qualidade de vida e acesso aos serviços (CFESS, 1993).

Este Trabalho de Conclusão de Curso não pretende aqui esgotar a discussão sobre o assunto, mas almeja também, possibilitar a ampliação do interesse acadêmico de professores e alunos do Curso de Serviço Social na temática do idoso. Pois, o aumento mundial da população idosa trás novas demandas sociais que chamam a categoria dos Assistentes Sociais a se capacitarem para melhor atender este seguimento social. E, de acordo com Pereira (2005), por ser uma profissão que atua em constante interação com as políticas e os direitos sociais, o Serviço Social não pode ficar alheio à tematização do fenômeno do envelhecimento.

Diante disto, sugere-se ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina a inclusão de disciplinas na grade curricular que enfoquem conteúdos teórico-metodológicos referentes a intervenção profissional direcionados as demandas apresentadas no que se refere ao público idoso.

REFERÊNCIAS

AGUSTINI, Fernando Coruja. **Introdução ao direito do idoso**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2003.

ANTUNES, Ricardo. Dimensões da crise e metamorfoses do mundo do trabalho. **Serviço Social e Sociedade**. nº 50, São Paulo: Cortez, abril de 1996, p. 78 - 86.

BATISTA, Myriam Veras. **A investigação em Serviço Social**. Lisboa. São Paulo: CPIHTS, 2001.

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. **Serviço Social & Sociedade**. nº 75, São Paulo: Cortez, outubro de 2003.

BORGES, Arlei Souza. **Trabalho Social com Idosos**. SESC - Serviço Social do Comércio. Florianópolis, 2008.

BORGES, Lucélia Justino. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Programa de Pós-Graduação em Educação Física . **Influência de um programa de exercício físico na saúde mental e na aptidão funcional de idosos usuários dos Centros de Saúde de Florianópolis**. Florianópolis, SC, 2009. 1 v. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-graduação em Educação Física.

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006. 448p.

_____, 1990. **LEI nº 8.142 - DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990** - DOU DE 31/12/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____, 1990. **LEI nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____, 1994. **Política Nacional do Idoso**.

_____, 1997. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, nº 237-E, pp. 20-24, seção 1, 13 dez 1999.

_____, 2004. **Estatuto do Idoso**. Lei Federal nº 10.741 de 01 de outubro de 2003. Brasília-DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 2004.

_____, 2004. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____, 2006. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada**. – Brasília: 76 p. – (Série A, v. 1. Normas e Manuais Técnicos 2.ª edição – 2006).

BRAVO, Maria Inês Souza. “**A Política de saúde no Brasil: trajetória histórica**”. In. *Capacitação para Conselheiros de saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ-DEPERXT-NAPE, 2001a. p. 21-28.

_____, Maria Inês Souza. “**Políticas brasileiras de Seguridade Social: Saúde**”. In. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 3. Brasília: UNB-CEAD, 2000. p. 105-115.

CALDAS, Célia Pereira. Introdução à gerontologia. In: VERAS, Renato; LOURENÇO, Roberto (Org). **Formação Humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 2006. p. 18-21.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa... [et al.]. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. 871 p. : il. - (Saúde em debate; v.170)

CARVALHO, Gilson. **Defender conselho de saúde e comissões de gestores é praticar democracia ilusória, com concessão de migalhas?** Fevereiro, 2003, (mimeo).

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética do Assistente Social. 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf. Acesso em 23/06/2009.

_____. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde** (Versão Preliminar). Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”. Brasília, março de 2009. Disponível em: http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=158

COELHO, Maria da Graça. **Participação do Serviço Social nos grupos de idosos**. Florianópolis: IOESC, 1988.

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

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular. Perspectiva**. São Paulo, 1973. <http://www.sesc-sc.com.br/> Acesso em 10/06/2009.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS). **Divisão das Regionais de Saúde por Centros de Saúde no Município de Florianópolis**. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>. Acesso em 30 de maio de 2009.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de Pesquisas, 2000. **Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2000**. Rio de Janeiro: IBGE.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de Pesquisas, 2002. **Censo demográfico, 2000**. Rio de Janeiro: IBGE.
FIRMO J. O. A., BARRETO S. M., LIMA-COSTA., 2003. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 19, n. 3, p. 817-827, mai/jun.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1995.
In: MORAES, Nidia de Jesus. **O Olhar do idoso sobre o trabalho social com grupos: uma experiência no SESC Florianópolis**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso.** Rio de Janeiro: UERJ, 2000. p. 7-8.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social Em questão.** Brasília: CFESS, 2002.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 1999.

_____. A Questão Social no Capitalismo. In: **Temporalis. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.** 2 ed. Ano 2, n.3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Gráfica Odisséia 2004.

KARSCH, Ú. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KISNERMAN, Natalio. **Serviço Social de Grupo: uma resposta ao nosso tempo.** 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1980.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos.** São Paulo: Cortez, 2003.

KRUGER, Tânia Regina. “De que saúde se trata?”. In: **Os fundamentos ideopolíticos das Conferências Nacionais de Saúde.** Recife: PGSS/UFPE, 2005, Tese de Doutorado, p. 69-72.

LIMA-COSTA M. F. F et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.* **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 745-757, Mai/Jun. 2003.

_____; VERAS R., 2003. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, Mai/Jun. 2003.

_____. 2004, **A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional.** Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE/FIOCRUZ/UFMG), 132p.

_____. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS,** v. 9, n.1, p. 23-41, 2000.

LOLLAR D.J. & CREWS J. E. 2003 Redefining the role of public health in disability. *Annu. Rev. Public Health*. 24:195–208.

MAGALHAES, Dirceu Nogueira. **A invenção social da velhice**. Rio de Janeiro, 1987.

MARTINS, Aline de Carvalho. Conselhos de direitos: democracia e participação popular. In: SALES, Mione Apolinário, MATOS, Maurílio Castro, LEAL, Maria Cristina (Org.). **Política Social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004.

MARTINS, Josiane de Jesus, SCHIER, Jordelina, ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2007, vol.10 nº 3, ISSN 1809-9823.

MASCARO, Sônia A. **O que é velhice**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004.

MEC- SESu. Portaria nº 56, de 25 de novembro de 2004. Disponível em: <http://www.abmes.org.br/legislacao/2004/portarias.htm>, acesso em 21/06/2009.

MELO Ana Inês Simões Cardoso e ALMEIDA, Gláucia Elaine Silva de. Interdisciplinaridade: possibilidade e desafios para o trabalho profissional. In: **módulo 4: O trabalho do assistente social e a políticas sociais**. Brasília: CEAD, 1999. p. 227 -239.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-262, julho/set., 1993.

_____. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 9-29.

MIYATA, D.F.; VAGETTI, G.C.; FANHANI, H.R.; PEREIRA, J.G.; ANDRADE, O.G. **Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional**. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, 9(2), mai./ago. p.135-140, 2005. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/209/183>, acesso em 19/05/2009.

MORAGAS, Ricardo Moragas. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.

NETO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**. nº 50, São Paulo: Cortez, abril de 1996, p. 87 – 128.

OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. **Terceira idade**. Do repensar dos limites aos sonhos possíveis. São Paulo: Paulinas, 1999.

PEREIRA, Gabriela Rofrigues. **A Influencia dos Grupos de Convivência na qualidade de vida dos idosos do município de Garopaba**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PEREIRA, Potyara. Formação em serviço social, política social e o fenômeno do envelhecimento. Comunicação apresentada, em Mesa Redonda, no Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil, realizado nos dias 11 e 12 de maio de 2005, sob os auspícios do Ministério da Educação (MEC) – SESu / CAPES. Brasília, 12 de maio de 2005. Disponível em:
[HTTP://www.portaldoenvelhecimento.net/download/formaçãosocialpotyara.pdf](http://www.portaldoenvelhecimento.net/download/formaçãosocialpotyara.pdf). Acesso em 28/03/2009.

PFITSCHER, Elisete Dahmer. **Novas tendências de sustentabilidade das pequenas propriedades rurais com a agricultura biodinâmica**. Florianópolis: UFSC, 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção – Universidade Federal de Santa Catarina).

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

RAMOS L. R., 2002. Epidemiologia do envelhecimento. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Cap. 7, p. 72 - 78.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. p. 28-49.

SANT'ANA, Leila Auxiliadora José de. O que considerar para a construção do modelo de atenção à saúde do idoso no SUS? IN: **Revista A Terceira Idade: Estudos sobre o envelhecimento**. SESC – Serviço Social do Comércio, São Paulo: SESC-GETI, 2009, v.20, Fevereiro de 2009.

SILVA, Maria Izabel. **O processo de socialização dos idosos nos grupos de convivência em Florianópolis: uma análise da eficácia**. – TCC/UFSC, Florianópolis, 2004.

SILVA, Renata Virgínia. **A velhice na contemporaneidade: um olhar na perspectiva dos sujeitos**. – TCC/UFSC, Florianópolis, 2006.

SETUBAL, Aglair Alencar. Pesquisa em Serviço Social: utopia e realidade. São Paulo. Editora: Cortez, 1995. In: MORAES, Nidia de Jesus. **O Olhar do idoso sobre o trabalho social com grupos: uma experiência no SESC Florianópolis**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3. ed. – São Paulo: Cortez, 2006.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf, acesso em 17/06/2009.

Sites pesquisados:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina=1>, acesso em 21 de março de 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/politica_do_idoso_no_brasil.html>, acesso em 21 de março de 2009.

Ministério da Saúde. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=153> , acesso em 21 de abril de 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro Sócio Econômico
Departamento de Serviço Social
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você foi selecionado (a) para participar da pesquisa: **“Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Idoso: reflexão sobre o processo de envelhecimento com os profissionais de saúde”**. Entre os objetivos deste estudo está o de analisar de que forma o gestor e os profissionais de saúde estão se preparando para trabalharem com o processo de envelhecimento nos programas municipais de Florianópolis de atendimento a pessoa idosa, tendo em vista o que preconiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Os benefícios relacionados à sua participação são de reconhecer qual é a estrutura/planejamento da saúde pública para atendimento da crescente demanda de idosos atualmente e o papel do Serviço Social dentro das equipes de saúde. As informações obtidas nesta pesquisa serão abordadas no Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação de Serviço Social, no entanto, os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Lara Marques Giordani

Declaro que entendi os objetivos e a necessidade de minha participação na pesquisa, e concordo em participar.

APÊNDICE B – Pesquisa exploratória

Perfil dos sujeitos envolvidos

Número da entrevista: _____ Data: ____/____/____

Idade: _____ Sexo: Feminino () Masculino ()

Formação Profissional: _____

Tempo de atuação enquanto profissional de saúde na rede municipal: _____

Roteiro de entrevista para pesquisa exploratória:

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

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

