

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

JULIANA VIEIRA DE ARAUJO SANDRI

**UMA POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IDOSA
NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ (SC)**

Florianópolis, novembro de 2004.

JULIANA VIEIRA DE ARAUJO SANDRI

**UMA POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IDOSA
NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ (SC)**

Tese apresentada a o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito final para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Florianópolis, novembro de 2004.

JULIANA VIEIRA DE ARAUJO SANDRI

**UMA POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO
MUNICÍPIO DE ITAJAÍ (SC)**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

DOUTOR EM ENFERMAGEM

Em oito de novembro de 2004, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
- Presidente -

Dra. Célia Pereira Caldas
- Membro -

Dra. Ana Cristina Passarela Brêtas
- Membro -

Dr. Walter Ferreira de Oliveira
- Membro -

Dra. Ângela Maria Alvarez
- Membro -

Dra. Águeda Lenita Wendhausen dos Santos
- Suplente -

Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos
- Suplente -

AGRADECIMENTOS

Vale mais o pouco do justo que a riqueza de muitos injustos.

Salmos 37:16

Meus mais sinceros agradecimentos à minha orientadora Professora Lúcia Hisako Takase Gonçalves, que me ensinou e orientou com suas correções e sabedoria. Por ter encaminhado de forma tão competente e ética o processo de orientação, de ter aceito este desafio tão instigante e criativo, por não tolher em momento algum minha liberdade de escolha.

Sou profundamente grata ao meu esposo Orlando e filhos, Gabriel e Cidio Neto, que entenderam a minha ausência nos momentos mais importantes de nossas vidas, mostrando o seu carinho com pequenos gestos e palavras de conforto para que continuasse esta jornada.

A minha mãe Elena, sempre disponível para ajudar no cuidado com os meus filhos, e que muito me incentivou, na sua sabedoria de vida, dizendo que todo o esforço um dia será recompensado.

A minha sogra Honorata, que sempre esteve presente nos momentos mais conflituosos das relações familiares, conduzindo com bom senso cada momento de forma peculiar.

A amiga Teda, com quem compartilhei sonhos e ideais de construir um mundo melhor para nossos idosos. Foi uma parceira ímpar, de quem sempre recebi palavras de conforto e carinho nos momentos mais críticos deste processo. Valeu, amiga!

A chefe e amiga Elisabete Rabaldo Bottan, que na sua sabedoria e simplicidade acreditou no meu potencial. Incentivou e proporcionou espaço para que pudesse concluir o bloco teórico. O meu muito obrigado.

À Universidade do Vale do Itajaí, com seu Centro de Ciências da Saúde e o Curso de Enfermagem, por terem possibilitado este crescimento pessoal e profissional.

Ao grupo original de trabalho: Biaze, Kátia, Leni, Márcio, Marisa e Mércia, sem cuja contribuição e disponibilidade esta proposta de Política de Saúde para o

idoso de Itajaí (SC) não teria sido construída. Aprendi a ouvir e consensuar as decisões obtidas nos nossos encontros. Ser-lhes-ei eternamente grata.

Ao painel de peritos: Dra. Ana Cristina Passarela Brêtas, Dra. Célia Pereira Caldas, Dr. Walter Ferreira de Oliveira, Dr. Luiz Cordoni, Dr. Roberto Alves Lourenço, Dra. Ivete Semionatto e Dra. Heloisa Oliveira, que aceitaram participar no painel de especialistas no processo de avaliação, contribuindo para a formulação da presente proposta.

À banca examinadora, pela gentileza e generosidade com que aceitou participar deste processo, trazendo o seu conhecimento e experiência profissional para este estudo.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação de Enfermagem da UFSC, que me acolheram carinhosamente em seu espaço.

A minha sobrinha Liandra, filha que não tive, mas que muito contribuiu neste processo, cuidando dos meus filhos quando estive ausente.

À Clarice, companheira de 12 anos, ajudante fiel de meu lar, sem cujo trabalho competente não poderia ter concluído meus estudos.

À Helenize que com o seu trabalho soube retratar com arte o desenho do diagrama desta proposta.

Aos colegas de doutorado que estiveram presentes na minha vida acadêmica, dos quais ficarão a lembrança e a saudade dos momentos de discussão filosófica e dos encontros de confraternização. O tempo passa, mas as lembranças ficam eternamente marcadas em nossa memória.

Um agradecimento especial aos companheiros dos Projetos de Extensão do Centro de Ciências da Saúde, que souberam compartilhar comigo cada passo trilhado e conquistado.

Concluindo, a todos que de uma forma ou de outra possibilitaram a conclusão deste estudo, em especial aos **idosos**, foco central desta tese.

SANDRI, Juliana Vieira de Araújo. **Uma política de saúde para a população idosa no município de Itajaí (SC)**. 2004. 230f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis.

RESUMO

A tese parte da necessidade de ações de saúde específicas para a população idosa de Itajaí (SC), fenômeno detectado pela pesquisa do perfil multidimensional do idoso do município. Foi construída uma proposta utilizando o *Welfare State* – Estado de Bem-Estar Social ou Estado protetor. Teve o objetivo de propor subsídios para a operacionalização de políticas públicas incluindo em seus programas estratégias de atendimento de saúde específicas ao idoso, ainda não contemplado no Plano Municipal de Saúde. Dada a perspectiva de rápido processo de envelhecimento populacional do país, impõe-se desenvolver políticas sociais que possibilitem o envelhecimento saudável. Vários são os instrumentos que indicam e garantem essa necessidade: a Constituição da República Federativa do Brasil (art. 3º e art.197º); na declaração dos Direitos Humanos; a lei 8.842 e o Decreto nº 1.948, que a regulamenta, e a Portaria nº 1.395/GM, que define a Política Nacional de Saúde do Idoso, acrescido do recente Estatuto do Idoso. Para responder a questão de pesquisa de como o Estado de Bem-Estar Social da população idosa pode ser contemplado numa estratégia de operacionalização de políticas públicas de saúde de um município, foi necessário buscar informações locais que direcionassem a resposta. Tais informações foram representadas na forma de diagrama, o qual possibilitou visualizar todas as ações desenvolvidas, além de demarcar no mapa geográfico do Município a distribuição dos serviços públicos de saúde existentes, permitindo identificar a capacidade municipal instalada. Com essas bases para arquitetar a proposta, formou-se um grupo de trabalho composto por representantes convidados de órgãos governamentais e não-governamentais da municipalidade, naquele momento envolvidos com a questão do idoso. Convém ressaltar que houve a necessária reflexão do referencial teórico proposto, do resultado da pesquisa de perfil dos idosos no Município e dos propósitos e objetivos de construir a referida proposta. A proposta preliminar foi submetida a um painel de sete peritos em política de saúde, cujos pareceres e sugestões acatados quando guardavam consenso, para retificação e aperfeiçoamento da proposta, feitos pela pesquisadora e submetidos de volta ao grupo de trabalho que a validou finalmente. A proposta de inclusão de atendimento de idosos com ações específicas nos programas de saúde já existentes ficou assim composta: a) programa saúde da mulher, da criança e da idosa; b) programa saúde da família; c) programa de doenças crônicas; d) programa de DSTS- HIV/Aids; e) programa de saúde mental; f) programa de saúde bucal; g) programa de reabilitação e habilitação. Além das ações específicas para os idosos inseridas nesses programas de saúde, também foi construída uma estratégia de operacionalização através da tecnologia da informação e da intersetorialidade, desenhado um fluxograma de atendimento do idoso na UBS. O processo dessa construção se fundamenta nos procedimentos de pesquisa metodológica com abordagem construtivista que possibilitou tal resultado. Construir uma proposta de política de saúde para população idosa significa reconhecer os seus direitos de cidadania, tornando-a visível à sociedade, e cabendo ao Estado protetor desenvolver políticas sociais de equidade, universalidade e integralidade a todos os seus cidadãos, independente da idade.

Palavras chave: Idoso. Welfare State. Políticas de Saúde. Cidadania.

SANDRI, Juliana Vieira de Araújo. **The Health Policy for the Old Population in the Municipality of Itajaí (SC)**. 2004. Thesis (Doctorate in Nursing) – Federal University of Santa Catarina, Post Graduate Programme in Nursing, Florianópolis.

ABSTRACT

The thesis necessary as part of the theory of specific health for the old population of Itajaí (SC), a fenomenal discovered through survey of the multidimension perfil of the old people in the municipality. A proposal was constructed using de welfare state. Which has the objective to propose subsidies for the operation of public policy included in their strategy of specific health atendiment programmes for old people. That was not contemplated before in the health plan of the municipality. Giving the perspective of the fast process of ageing population in the country to desenvolve social policies that create healthy ageing (old age). There are lots of instrument that shows and guarantee these needs: The Constitution the Federal Republic of Brazil (article 3 and article 197); in the declaration of the human rights ; Law 8.842 and decree n.1.948 that regulates portal n.1.395/GM, that define the national health policy for old people included in the recent Estatute of the old people. To answer the question of how the social welfare of the old population can be contemplated in the operational strategy of the public health policy of the old people in the municipality. It was necessary to look at local information that leads to answers. This information was represented in the form of diagrams, which facilitate visualization of all actions desenvolved. Apart from marking the geographical map of the municipality and distribution of the existence of the public health services. Allowing to identify the installed capacity of the municipality. With the base to orchestra a proposal formed into working group compose of represented invited from government organization and non government organization of the municipality in that moment involved with the question of old people. To reasalt that there was a necessary reflexion of theory proposed of the result of the perfil survey of old people in the municipality, and the proposals and objectives of constructing a refered proposal. A preliminary proposal was submitted to a panel of seven experts in health policy, whose opinion and suggestion accepted when keeping consensus, for retification and reconstruction of the proposal made by the researchers and submitted back to the working group that finally validate it. The proposal of including of attendance of old people with specific actions in health programmes that is in existence, it stays like this compose: A) The women health programme, children and the old people; B) The family health programme; C) The cronic disease programme; D) The DSTS-HIV/AIDS programme; E) he mental health programme; F) The mouth health programme; G) The habilitation and re-habilitation programme. Apart from the specific actions for old people included in these health programmes, also an operational strategy was constructed through the information technology and the intersetorial, designing an atendiments of fluxogram of old people in UBS (Basic Health Unit). The construction of this process is based on procediments of methodology of research with constructive treatment that yields results. Constructing a health policy proposal for the old population signify adkwoledging your rights as citizens. Turning a society visivel and is up to the protecting state to desenvolve social policies of equality, universal and integrity for all its citizens, independent of age.

Key Words: Old. Welfare State. Health Policy. Citizen.

SANDRI, Juliana Vieira de Araújo. **Uma política de salud para la población anciana en la municipalidad de Itajaí (SC)**. 2004. 230ef. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Universidad Federal de Santa Catarina, Programa de Postgrado en Enfermería, Florianópolis, 2004.

RESUMEN

La tesis surge de la necesidad de acciones para la salud específicas para la población senil de Itajaí (SC), fenómeno detectado a través de la investigación del Perfil Multi-Dimensional del Anciano de la Municipalidad. Fue construida una propuesta utilizando el *welfare state* – Estado de bienestar social o Estado protector. El objetivo fue proponer auxilios para la operacionalización de las políticas públicas incluyendo en sus programas estrategias de atención para la salud específicas para el anciano, aún no contemplado en el Plan Municipal de la Salud. Determinada la perspectiva del rápido proceso de envejecimiento poblacional del país, la propuesta fue desarrollar políticas sociales que posibiliten un envejecimiento saludable. Diferentes instrumentos indican y garantizan esta necesidad: la Constitución de la República Federativa del Brasil (art. 3º y art.197º); la Declaración de los Derechos Humanos; la ley 8.842 y el Decreto Nº 1.948, que regula, y la Portaria Nº 1.395/GM, que define la Política Nacional de la Salud del Anciano, incorporado en el reciente Estatuto del Anciano. Para responder al asunto de investigación de como el Estado de Bienestar social de la población vieja puede ser contemplado en una estrategia de operacionalización en las políticas públicas de la salud de una Municipalidad, se procuró informaciones locales que focalizen la respuesta. Tales informaciones fueron representados en forma de diagrama, que posibilitó visualizar todas las acciones desarrolladas, después de demarcar en el mapa geográfico de la Municipalidad la distribución de los servicios públicos de la salud existentes, identificando, así la capacidad municipal instalada. Con estas bases para edificar la propuesta, se formó un grupo de trabajo compuesto por representantes invitados de organismos gubernamentales y no-gubernamentales de la Municipalidad, comprometidos con la cuestión del anciano. Cabe, destacar que existió necesidad sobre la reflexión del referencial teórico escogido, del resultado y la investigación del perfil de los ancianos de la Municipalidad, de las finalidades y objetivos de construir la mencionada propuesta. La propuesta preliminar fue sometida a un panel de siete peritos en políticas de salud, donde sus opiniones y sugerencias fueron aceptadas cuando estas guardaban un consenso, para la rectificación y el perfeccionamiento de la propuesta, realizadas por la investigadora y sometidas de vuelta al grupo de trabajo quienes la validaron finalmente. La propuesta de inclusión en la atención de los ancianos con acciones específicas en los programas de la salud ya existentes estuvo conformada mediante: a) programa de la salud de la mujer, del niño y del anciano; b) programa de salud de la familia; c) programa de enfermedades crónicas; d) programa de EST- VIH/Sida; e) programa de salud mental; f) programa de salud oral; g) programa de rehabilitación y habilitación. Además, de las acciones específicas para los ancianos incluidas en estos programas de salud, también, fue construida una estrategia de operacionalización a través de la tecnología de la información y de la intersectorialidad, diseñando un fluxograma de atención para el anciano en la UBS. El proceso de esta construcción se fundamenta en los procedimientos de la investigación metodológica con un abordaje constructivista, el cual posibilitó tal resultado. Construir una propuesta de política de la salud para la población senil significa reconocer sus derechos de ciudadanía, tornándola visible a la sociedad, y cabiendo el compromiso al Estado protector en desarrollar políticas sociales de igualdad, totalidad e integralidad para todos sus ciudadanos, independientemente de la edad.

Palabras Clave: Anciano. Welfare State. Políticas de Salud. Ciudadanía.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Proporção de idosos segundo sua capacidade de realizar as atividades da vida diária (AVD) por tipo de atividade. Itajaí SC, 2001..... 51
- Tabela 2** – Distribuição absoluta e proporcional dos idosos segundo a saúde física auto-avaliada. Itajaí, SC, 2001. 52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Proporção de habitantes em Itajaí (SC) por faixa etária e sexo, 1980.	19
Gráfico 2: Proporção de habitantes em Itajaí (SC) por faixa etária e sexo, 1991.	20
Gráfico 3: Proporção de habitantes em Itajaí (SC) por faixa etária e sexo, 2000.	20
Gráfico 4: Valor do rendimento nominal médio mensal (em reais) das pessoas com rendimentos responsáveis pelos domicílios particulares permanentes por zona administrativa. Itajaí (SC), 2000.....	36
Gráfico 5: Evolução da distribuição dos domicílios por classe de rendimentos nominal, Itajaí (SC), entre 1991 e 2000.....	37
Gráfico 6: Proporção de idosos por sexo segundo as faixas de renda individual. Itajaí SC, 2001.	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Proporção de habitantes em Santa Catarina por faixa etária conforme os censos de 1980, 1991 e 2000.	19
Quadro 2: Proporção de habitantes em Itajaí (SC) por faixa etária, 2000.	21

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	09
LISTA DE GRÁFICOS	10
LISTA DE QUADROS	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	14
1 INTRODUÇÃO.....	17
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ	35
2.1 Aspecto geográfico, administrativo e político	35
2.2 Aspectos epidemiológicos.....	37
2.3 Serviço municipal de saúde de Itajaí	39
2.3.1 Programa Saúde da Mulher e da Criança	40
2.3.3 Programa de DSTs – HIV/Aids.....	42
2.3.4 Programa de Doenças Crônicas.....	43
2.3.5 Programa de Saúde Mental.....	44
2.4 A população idosa de Itajaí	47
2.4.1 Caracterização dos idosos do município	48
2.4.2 O estado de saúde mental	50
2.4.3 Atividade da vida diária.....	50
2.4.4 Autopercepção quanto a sua saúde.....	51
2.4.5 Problemas de saúde	52
2.4.6 Sexualidade.....	54
2.4.7.Utilização de serviços de saúde.....	54
2.4.8 Atividades sociais.....	56
2.4.9 Problemas sentidos pelos idosos	56
3 REFERENCIAL TEÓRICO: WELFARE STATE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	58
3.1 Discussão do conceito do Welfare State.....	58
3.2 Os dilemas do Welfare State.....	65
3.3 A construção do Welfare State no Brasil	69
3.4 As políticas de saúde no Welfare state brasileiro	75
3.5 A população idosa no Welfare state brasileiro	80
4 METODOLOGIA	86
4.1 Abordagem de pesquisa	87
4.2 Procedimento de elaboração da proposta de política de saúde do idoso.....	88
4.3 Submissão da proposta da política de saúde do idoso ao painel de peritos	93
5 APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE POLÍTICA DE SAÚDE	99
5.1 Proposta de fluxograma de atendimento do idoso.....	103
5.2 Diagrama dos programas de saúde na rede municipal de saúde de Itajaí (SC).105	
5.2.1 Programa Saúde da mulher, da criança e da idosa	118
5.2.2 Programa Saúde da Família.....	121
5.2.3 Programa de DSTs – HIV/Aids.....	130
5.2.4 Programa de Doenças Crônicas.....	136
5.2.5 Programa de Saúde Mental.....	153

5.2.6 Programa de Saúde Bucal.....	162
5.2.7 Programa de reabilitação e habilitação.....	166
6 POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DO WELFARE STATE	172
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	200
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	212
ANEXOS	223

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OARS	Old Americans Research Schudule
ABS	Atenção Básica de Saúde
ACAFE	Associação Catarinense das Fundações Educacionais
ACs	Agente Comunitário de Saúde
ADT	Atendimento Domiciliar terapêutico
ADIN	Associação de Diabéticos de Itajaí e Navegantes
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária de Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
BOAS	Brazil Old Age Schudule
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEPON	Centro de Estudos e Pesquisas Ontológicas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CDI	Centro Dia para o Idoso
CCI	Centro de Convivência do Idoso
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CODIM	Centro de Orientação e Diagnóstico Municipal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTA	Centro de Testagem Anônima e Aconselhamento
CRECEM	Centro de Referência à Saúde da Mulher e da Criança
DATS	Departamento de Atenção Integrada à Saúde
DOU	Diário Oficial da União
ESF	Equipe Saúde da Família
EC 29	Emenda Constitucional 29
FAE	Fração Assistencial especializada
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
Gpaba	Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada
HD	Hospital Dia
HG	Hospital Geral
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAN	Instituto Nacional de Alimentação
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IVR	Índice de Valorização de Resultados
LDB	Lei de Diretrizes Básicas
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas de Operação Básica
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONGs	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PDR	Plano Diretor
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNI	Política Nacional do Idoso
PS	Posto de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RD	Redução de Danos
SADT	Serviço de Atendimento Domiciliar Terapêutico
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS/pré-natal	Sistema de Informação de Saúde do pré-natal
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SC	Estado de Santa Catarina
SDS	Secretaria de Desenvolvimento Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFA	Teto Financeiro da Assistência
TFAM	Teto Financeiro da Assistência do Município
TFECD	Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
TFD	Tratamento fora do Domicílio
TFG	Teto Financeiro Global
TFGE	Teto Financeiro Global Estadual
TFVS	Teto Financeiro da Vigilância Sanitária
TMI	Transmissão Materna Infantil
THD	Técnicos de Higiene Dentária
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
USF	Unidade de Saúde da Família

CAPÍTULO I

Introdução

... pela grandeza de um momento já se pode medir a grandeza de uma vida.

.... em absoluto nada existe que capacite tão bem o homem para superação de dificuldades como a consciência de ter uma tarefa a cumprir.

Vicktor E. Frankl

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo que começa na vida do embrião. É considerado, em certos aspectos, um processo evolutivo gradual com mudanças multidimensionais e multidirecionais. Podendo iniciar-se em diferentes épocas e ritmos, acarretando resultados distintos para as diversas partes e funções do organismo, depende dos fatores: genéticos, biológicos e socioculturais.

Velhice corresponde a uma etapa de vida que pode ser vivida com suas peculiaridades como outra qualquer, influenciada pelo estilo de vida adotado durante todo o seu curso. A pessoa pode envelhecer com boas condições de saúde e inserção social, contrariando a idéia comum de velhice como sinônimo de doença, improdutividade, dependência, isolamento e desvalorização social.

Inspirada no pensamento de Baltes e Baltes (1990), Neri (2001) ensina que o indivíduo que envelhece preservando as características e funcionalidade comparáveis às de indivíduos mais jovens, ao preservar a plasticidade comportamental e o seu funcionamento, excede o de seus contemporâneos, atingindo um padrão de envelhecimento classificado como ótimo ou bem-sucedido. Entretanto, não são todas as pessoas que conseguem envelhecer dentro desse padrão; muitas há que desenvolver situações de risco que podem interferir na sua capacidade funcional, levando à dependência física, cognitiva e social.

Nos países em desenvolvimento é considerado idoso aquele que se encontra na idade igual ou superior a 60 anos. Já nos países desenvolvidos essa idade passa a ser de 65 anos (OMS/OPAS, 1984). Conforme o ciclo vital se prolonga, a heterogeneidade entre os idosos aumenta substancialmente, portanto essa população não pode ser vista de maneira homogênea. *“Gênero, classe social, saúde, educação, fatores de personalidade, história passada e contexto-histórico são importantes elementos que se mesclam com a idade cronológica para determinar diferenças entre idosos, dos 60 a 100 anos”* (NERI, 2001, p. 45).

Gonçalves et al. (1997, p. 35) relendo a estatística dos dados demográficos destacam que *“na população brasileira vêm ocorrendo mudanças como: redução do*

número de pessoas na faixa etária de 0 a 14 anos; aumento na faixa etária de 15 a 59 anos e acelerado incremento na faixa etária de 60 anos e mais”. Caracterizando assim, um momento de transição demográfica, em virtude do rápido aumento da população idosa. Recentemente, diversas literaturas como de Monteiro & Alves, (1995); Silvestre, Kalache, Ramos, Veras, (1996); Berquó, (1999); Esteves, (1998) e IBGE (2001) vêm relatando que o estrato idoso é o que mais cresce no Brasil em termos populacionais.

No Brasil, essa população vem envelhecendo numa velocidade superior à média mundial. A proporção de pessoas com 60 anos ou mais, no início do século XX, era de 3,2% da população total. Em 2000 é de 8,5%, correspondendo, em números absolutos, a 14.536.029 pessoas idosas. Isto se deve basicamente à redução das taxas de fecundidade e de mortalidade em todo o país e ao aumento da longevidade (IBGE, 2000).

“Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total” (SILVESTRE et al 1996, p. 82), colocando-nos, em 25 anos, como a 6ª população de idosos no mundo em números absolutos, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 15% da população total. Esse autor lembra que (p. 83), “essa proporção é a mesma que apresentam atualmente os países europeus, os quais, apesar de seus processos terem sido instalados de maneira mais gradual e possuem uma estrutura sócio-econômica melhor, ainda não conseguiram equacionar o impacto que este envelhecimento tem causado no sistema de saúde”. A população brasileira vive, hoje, em média, de 68,6 anos, 2,5 anos a mais do que no início da década de 90. (IBGE, 2000).

A população do Estado de Santa Catarina, segundo IBGE (2000) se distribuiu, por faixa etária, nos anos de 1980, 1991 e 2000, como se demonstra no Quadro 1.

Quadro 1: Proporção de habitantes em Santa Catarina por faixa etária conforme os censos de 1980, 1991 e 2000.

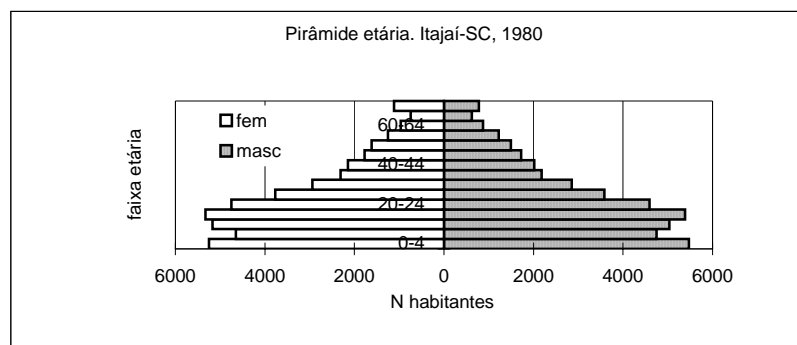
Faixa Etária	1980		1991		2000	
	N	%	N	%	N	%
0 a 04	467.311	12,89	502.032	11,05	475.622	8,87
05 a 09	441.175	12,16	511.506	11,27	507.600	9,47
10 a 19	912.070	25,14	937.295	20,63	1.062.038	19,87
20 a 29	674.854	18,6	868.588	19,12	919.881	17,17
30 a 39	423.875	11,69	689.526	15,19	883.511	16,49
40 a 49	298.477	8,22	443.612	9,77	667.822	12,46
50 a 59	209.272	5,77	282.629	6,22	409.453	7,64
60 ou mais	200.899	5,53	306.806	6,75	430.433	8,03
TOTAL	3.627.933	100	4.541.994	100	5.356.360	100

Fonte: IBGE, 1980, 1991 e 2000

Percebemos que o Estado de Santa Catarina obteve um crescimento populacional de 1.728.427 habitantes desde a década de 80 até o ano 2000, e a faixa etária que mais cresceu, nesse período, foi a de 30 anos de idade para cima, sendo que na faixa etária de 60 anos ou mais encontramos um aumento de 129.534 idosos, correspondendo a 7,5% do crescimento populacional do Estado neste mesmo período. Tal dado comprova o aumento da expectativa de vida para o século XXI, quando obteremos o maior número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, projeções estas já demonstradas no processo de retangulação da pirâmide populacional no censo demográfico (IBGE, 2000).

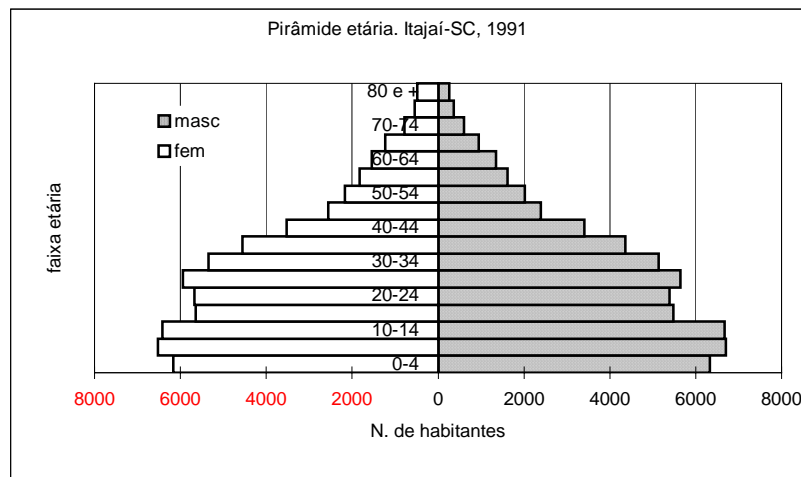
Segundo os dados do IBGE de 1980 e 1991, o Município de Itajaí apresentava a distribuição por sexo e faixa etária de sua pirâmide populacional conforme os Gráficos 1 e 2.

Gráfico 1: Proporção de habitantes em Itajaí (SC) por faixa etária e sexo, 1980.



Fonte: IBGE, 1980.

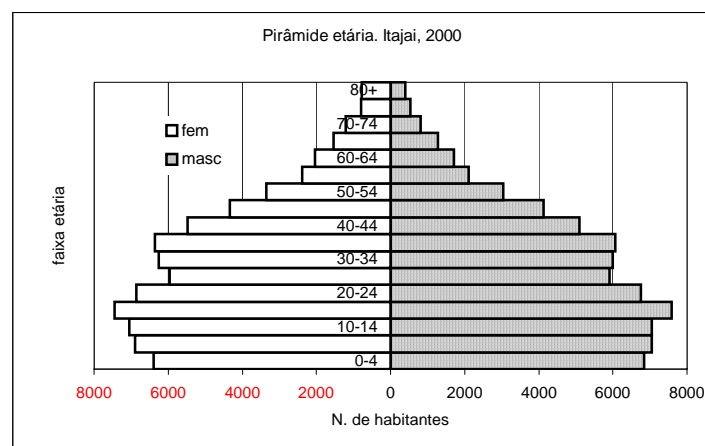
Gráfico 2: Proporção de habitantes em Itajaí (SC) por faixa etária e sexo, 1991.



Fonte: IBGE, 1991.

No censo demográfico de 2000, o município de Itajaí (SC) possuía 147.494 habitantes, dos quais 11.106 (7,52%) eram pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de idade, conforme tabela abaixo:

Gráfico 3: Proporção de habitantes em Itajaí (SC) por faixa etária e sexo, 2000.



Fonte: IBGE, 2000.

Quadro 2: Proporção de habitantes em Itajaí (SC) por faixa etária, 2000.

População residente Itajaí (SC) - 2000		
Faixa Etária	N	%
0 a 04	13.235	9,0
05 a 09	13.940	9,5
10 a 19	29.133	19,8
20 a 29	25.488	17,2
30 a 39	24.665	16,7
40 a 49	19.045	12,9
50 a 59	10.882	7,4
60 ou mais	11.106	7,52
TOTAL	147.494	100

Fonte: IBGE, 2000

No Quadro 2, da população residente de Itajaí (SC) 27,8 % encontram-se na faixa etária de 40 anos ou mais. O fato de o município de Itajaí (SC) estar abaixo (7,5%) da média nacional (8,5%) e estadual (8,03%) em percentual de pessoas idosas justifica-se por ser um município com uma população ainda jovem, na faixa etária de 20 a 39 anos (33%), situação favorecida pela oportunidade de emprego, por ser uma cidade turística, portuária e universitária. Porém, se essa proporção de idosos em Itajaí (SC) alcançar as projeções da média nacional (15%), deverá possuir 22.212 idosos em 2025.

A Organização das Nações Unidas (ONU) alerta que o impacto do envelhecimento populacional será mais profundo nos países em desenvolvimento, como o Brasil (VOGT, 2002). Pois esse fenômeno populacional exige do Brasil conquista de condições mais favoráveis de vida para a população idosa e que contemple as ações de um Estado protetor possibilitando uma qualidade de vida digna de um cidadão.

O Brasil já conta com a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que define a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo Decreto-lei nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Essa lei prevê o cumprimento de condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações voltadas não somente para os já idosos, mas para todos os adultos que estão envelhecendo: promoção da autonomia e integração e participação das pessoas idosas na sociedade. A aprovação

dessa lei estimulou a articulação de diversos ministérios para o lançamento, em 1997, de um Plano de Ação Governamental para a Integração da Política Nacional do Idoso.

Convém lembrar que as ações correspondentes à saúde foram aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que divulgasse a Política Nacional de Saúde para o Idoso (PNSI) pela Portaria de nº 1.395/Gabinete Ministerial, em 10 de dezembro de 1999, garantindo maior sustentabilidade e confiança para o desenvolvimento das ações de saúde.

Conforme determina a PNSI, os serviços de saúde devem prover o acesso de idosos aos serviços e às ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com normas específicas; desenvolvimento da cooperação entre as esferas governamentais e entre os Centros de Referência na área gerontogeriatrica; inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos; realização de pesquisa para o desenvolvimento da área.

Entretanto, para que seja efetivamente implantada essa lei na prática, é necessário que haja mudanças nas administrações públicas gestoras de fomento para a realização de estratégias de saúde específicas no atendimento às necessidades da população idosa, como acesso aos serviços públicos de saúde; disponibilidade de leitos hospitalares geriátricos; medicamentos e vacinas; atendimento domiciliar; hospital-dia geriátrico; serviços alternativos de atendimento como centro-dia gerontológico, entre outros.

O suporte informal e familiar constitui-se hoje um aporte imprescindível na atenção à saúde do idoso, porém o governo não deve descuidar-se de sua responsabilidade na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), otimizando o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade única no cuidado do idoso.

Em muitas situações a família não consegue atender as necessidades de cuidado dos seus familiares idosos, tendo que recorrer aos serviços de saúde pública existentes em sua região de residência, geralmente precários ou inexistentes.

Ao analisar em sua tese de doutorado a questão do cuidar e ser cuidado vivenciado pelo idoso fragilizado e seus familiares em contexto domiciliar, Alvarez (2001) relata que o ato de assumir o cuidado, assim como a realização das tarefas de

cuidar são compromissos inerentes à família cuidadora que, juntamente com o seu parente idoso, vivencia essa realidade desde a instalação do processo incapacitante passando pela dependência progressiva até a morte. Acrescenta ainda que, durante essa experiência, a família e o idoso apresentam uma interação com situações novas, podendo levar a mudanças constantes no desempenho funcional do idoso, tendo o cuidador que ampliar as suas ações de cuidado.

A vivência do cuidado é permeada pelo peso da responsabilidade e da sobrecarga de trabalho que resultam em um comprometimento do seu viver e na qualidade dos cuidados prestados. O apoio, tão necessário a família cuidadora é escasso em nossa sociedade, principalmente por parte das instituições públicas, o que torna a obrigação e o encargo de cuidar restrito aos membros da família. (p.172)

Tendo em vista o aumento demográfico dessa população, o atendimento ao idoso demanda custos no tratamento, cuidado e manutenção de sua saúde, o que pode ocasionar um desafio para os governantes, especialmente no que tange a implantação de novos modelos de enfrentamento da questão da assistência, exatamente porque as doenças nas pessoas idosas são crônicas e múltiplas, as quais perduram por vários anos, exigindo um acompanhamento periódico e contínuo de serviços e programas sociais e de saúde específicos.

O atendimento domiciliar, uma alternativa proposta atualmente, não pode ser visto como o único método para enfrentar o problema ou como recurso para baratear os custos com a saúde do idoso (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Mesmo o atendimento domiciliar realizado pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) requer uma orientação específica. A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional, o máximo possível por maior tempo, enfoque central dado pela PNI e OMS, significa a valorização da autonomia ou autodeterminação e a preservação da independência funcional do idoso.

Gonçalves et al. (1992), em sua revisão conceitual, definiram a deficiência como a perda ou anormalidade de estruturas ou funções anatômicas, fisiológicas ou psicológicas.

Em pessoas idosas, a instalação de deficiências de várias ordens em menor ou maior grau pode ser ocasionada por fatores intrínsecos ligados ao processo de envelhecimento normal e às multipatologias crônicas de incidência comum entre os

idosos. As deficiências podem ser contornadas por meio de recursos médicos, econômicos, familiares, sócio-culturais e recursos pessoais (vontade interna da pessoa) com a finalidade de prevenir as incapacidades quando possível e minimizar sempre as incapacidades. (p.12)

A possibilidade de perder a autonomia marca os idosos como um estigma, levando-os ao isolamento, à desvalorização e à improdutividade. A autonomia corresponde à capacidade de decidir, e a independência, à capacidade de realizar algo pelos seus próprios meios. São valores a serem alcançados, pois, além de serem indicadores de saúde, identificam a qualidade de vida (BORGES, 2002).

Encorajar a independência e a competência, bem como investir em adaptações ambientais que proporcionem oportunidade para gerar mudança de comportamento, tornando o contexto mais estimulador, são ações importantes para tornar o idoso mais ativo, participativo, competente e satisfeito. A busca da consolidação de uma política de direito, na qual o idoso é considerado um cidadão de direito e de deveres, significa investir em sua inserção social.

Quanto à reabilitação da capacidade funcional dos idosos, cumpre lembrar que ao longo da vida as pessoas podem desenvolver algum tipo de doença, seja ela crônica ou não, decorrente da perda continuada da função orgânica ou por outros problemas vivenciados. Tal situação, associado ao limite biológico de funcionalidade pode levar ao desenvolvimento de perdas no desempenho funcional, ocasionando as dependências, conduzindo em última instância à dependência da ajuda de outrem ou de equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais à manutenção da vida.

A preparação da equipe profissional para o atendimento, sobretudo da pessoa idosa doente e/ou fragilizada, no âmbito domiciliar ou de serviços de saúde, envolve vários aspectos, desde a adequação ambiental e a provisão de recursos materiais e humanos habilitados, até a definição e a implementação de estratégias de saúde pautada no ideário do Estado protetor para garantir uma vida digna da pessoa idosa.

No final do século XIX, quando foram criadas as primeiras leis para garantia dos direitos constitucionais, especialmente na Alemanha e na Inglaterra, aí se fundaram as bases da moderna política social de proteção ao indivíduo. No entanto,

somente após a II Guerra Mundial ocorreu a difusão das medidas de seguridade social do capitalismo, com destaque para a construção do “Estado de Bem-Estar” ou “Estado protetor” ou *Welfare State* (BORGES, 2002).

A política de saúde como uma política social é desenvolvida visando à qualidade de vida de uma determinada população. As políticas sociais de um país correspondem à expressão da concepção do papel do Estado, na promoção e conquista do Estado de Bem-Estar de sua sociedade. Entende-se como política social o conjunto de medidas e intervenções sociais que são implementadas a partir do Estado e que têm como meta melhorar a qualidade de vida das pessoas, conquistando crescentes níveis de integração econômica e social, especialmente dos grupos socialmente excluídos, nas diversas dimensões pelas quais se expressa a sua exclusão. Entre os grupos socialmente excluídos podemos citar o dos idosos, um dos grupos sociais prioritários ou em condições de maior vulnerabilidade. (VILLALOBOS, 2000)

Ações eficazes e oportunas devem ser adotadas para manter os idosos incluídos na sociedade. Para que isto se torne realidade, é preciso que a sociedade como um todo participe desse processo de mudança de paradigma conceitual a respeito da condição humana do ser idoso, valorizando-o sempre, independentemente de suas condições físicas, cognitivas, emocionais, sociais ou culturais, com vistas a um envelhecimento saudável, implementando e ampliando a rede de cobertura dos serviços e estratégias de atendimento à população idosa, através de políticas sociais específicas.

O direito a vida é um direito humano, independente de faixa etária ou condição social. É um direito que não pode estar a serviço de modelos governamentais, mesmo porque qualquer democracia há de reconhecer isto. O direito a vida é uma questão de cidadania, seja ela, assistida ou tutelada pelo Estado.

Contudo uma das armadilhas da cidadania assistida é a mistura perversa entre promoção comunitária e assistência. A assistência é “*um direito social para quem não consegue auto-sustentar-se*” (DEMO, 1994, p. 95). Tanto a cidadania assistida quanto a tutelada são formas de se obter uma assistência social condizente com a necessidade individual ou coletiva na garantia da sobrevivência.

Ao idoso doente e/ou fragilizado, não cabe o discurso da cidadania emancipatória, ou seja, a formação de uma consciência crítica e a capacidade de

organizar-se politicamente para obter os seus direitos, mas sim a de garantir a sua vida com a melhor qualidade possível.

A saúde de uma população constitui um dos parâmetros essenciais para verificar as condições de vida das pessoas. Em estudo realizado pela Duke University, da Carolina do Norte (EUA), foi observado que muitos determinantes de longevidade se ligavam à satisfação de vida. E o mais forte determinante de satisfação de vida é a saúde ou a ausência de incapacidade física (SILVESTRE, 1997). Realmente, o que mais nos assombra quando refletimos sobre o nosso próprio envelhecimento é a possibilidade de chegarmos lá doentes, pobres e desamparados.

Portanto, é importante ter estratégia que possibilite o acesso dos idosos aos serviços públicos, por uma política pública de saúde que contemple as reais necessidades desse segmento populacional. Entende-se estratégia como “*cenário de ações que se podem modificar em função das informações, dos acontecimentos, dos imprevistos que sobrevenham no curso das ações*” (MORIN, 1996, p. 284), evitando que as ações se tornem herméticas e imutáveis, favorecendo um movimento cíclico de ações conforme a necessidade. Porém, é necessário que haja normas na estratégia que direcionem e facilitem o encaminhamento dos serviços de saúde.

O Estado tem um papel primordial na dinâmica social por desenvolver bens e serviços que abracem o coletivo, devendo definir os direitos e conceder benefícios aos vários segmentos da sociedade.

Demo (2002, p. 20) afirma que:

o início do *Welfare State* teria mostrado, com alguma clarividência, que uma população mais bem organizada, motivada por formas associativas efetivas, como sindicatos e partidos de ideologia popular, pode impor mudanças marcantes diante da elite, chegando a atingir níveis notáveis de desconcentração de renda e poder. Por certo também ocorreu conjuntura econômica muito favorável, o que contribuiria muito para que, entre outras coisas, o dinamismo econômico redundasse em carência de mão-de-obra, elevando o salário pela via da discrepância entre oferta e demanda de trabalho.

Porém as conquistas do Estado de Bem-Estar seriam impossíveis sem o controle democrático, sobretudo se atentarmos para o seu crescente desgaste, na medida em que as políticas públicas foram substituindo a atividade cidadã, através da progressiva proteção assistencial do Estado, desmobilizando a população. Mesmo assim, o *Welfare*

State fica marcado como ponto na história do capitalismo e como demonstração convincente de que com a devida cidadania, mesmo em um sistema vicioso como o capitalismo, é possível conquistar ganhos populares notáveis.

“O Estado é ao mesmo tempo concentração de força e concentração de poder” (DEMO, 2002, p. 25). Seria ingênuo pensar que o Estado estaria a serviço da cidadania em um sistema capitalista ou neoliberal. Entretanto, se o Estado é a concentração de força e de poder, ele pode também arquitetar um Estado a serviço da cidadania se houver vontade política, cuidando especialmente dos mais necessitados, proporcionando uma vida mais digna aos seus cidadãos. Para isto é necessário buscar uma política democrática e justa, com orçamento adequando para políticas sociais redistributivas, emancipatórias e preventivas.

A parceria entre o poder público e a sociedade civil em geral, através da criação de conselhos de direitos, as universidades e organizações não-governamentais (ONGs) são importantes para atingir os objetivos de bem-estar e de justiça, ou seja, representa uma luta de civilizar o mercado e de impor direitos humanos e fundamentais na melhoria das condições sociais das pessoas.

Na constituição de 1998, foi definida a Seguridade Social, como um conjunto integrado de ações destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social. A Previdência Social é o seguro social para a pessoa que contribui. É uma instituição pública que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados. A renda transferida pela Previdência Social é utilizada para substituir a renda do trabalhador contribuinte, quando ele perde a capacidade de trabalho, seja pela doença, invalidez, idade avançada, morte e desemprego involuntário, ou mesmo a maternidade e a reclusão. (BRASIL – MINISTÉRIO DA PREVIDENCIA SOCIAL, 2004) A assistência social é voltada para a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a integração no mercado de trabalho; a reabilitação e integração de pessoas portadoras de deficiências. Entendida como uma política não contributiva, que se realiza através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, deve pautar-se pelos princípios da universalidade da cobertura e do atendimento e da seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços.

(DRAIBE, 2004) O direito a saúde está garantido no art. 197, seção II da Constituição Federal de 1988.

Portanto, os sistemas de proteção sociais no Brasil compõem as políticas de saúde, previdência e assistência individual, decorrente do direito social e entendida como garantia de proteção a ser subsidiada primordialmente pelo Estado, sob os princípios da universalidade, equidade e descentralização (BORGES, 2002).

Diante deste contexto, as ações direcionadas às pessoas idosas, tanto quanto para a população em geral devem ser norteadas pelos princípios de igualdade, de universalização de direitos e de cidadania. Mesmo que estas pessoas não possam participar ativamente das decisões políticas e sociais de sua comunidade, deve ser respeitado o seu direito de assistência e de sobrevivência, ou seja, a cidadania universal de direito deve ser garantida independentemente da situação da pessoa do idoso.

É necessário reconhecer que a velhice faz parte do curso de vida do ser humano e como qualquer outra, é repleta de desafios e conquistas, perdas e ganhos avanços e recuos. O idoso deve ser reconhecido como pessoa e cidadão como nos demais grupos etários, no intuito de primar pela sua qualidade de vida.

Nos dias de hoje, modificações significativas permeiam as relações estabelecidas entre a sociedade e a velhice. Porém, importantes mudanças de comportamento sinalizam uma reviravolta na imagem dos idosos em nossa cultura.

A velhice, no Brasil, possui contradições regionais e realidades sociais diferentes, além de ter variadas formas de percepção e de enfrentamento individual e coletivo. Encontramos uma velhice fragilizada, debilitada, pauperizada, abandonada pela família e dependente das políticas públicas. E também, uma velhice ativa que enfrenta desafios, que participa do mercado de trabalho, que é autônoma física e mentalmente e que está preocupada em melhorar as suas condições de vida, ou seja, mobilizada politicamente para defesa de seus direitos de cidadão, resultando na formulação da PNI, na criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e finalmente, no Estatuto do Idoso.

Segundo o IBGE (2000), a feminilização da população idosa é evidente. Podemos dizer que o mundo dos idosos é composto por mulheres e, que nos tempos modernos estão amparando seus filhos adultos, empobrecidos e desempregados. Condição essa não vivenciada em países desenvolvidos, como a Inglaterra. Albert e

Gilbert (1989) ao analisarem os dados do General Household Survey (1980), comprovam que na Inglaterra ainda são os filhos os maiores provedores da assistência aos pais idosos, quando esses moram sós. (DEBERT, 1999)

Portanto, verificamos uma heterogeneidade real de condições de vida dos idosos nos diversos segmentos sociais, culturais e étnicos. Todavia, presenciamos um cenário modificado da velhice nas últimas décadas que nos dá uma sensação de permanente e inacabável construção. Uma dinâmica social em que os direitos devem ser respeitados sem que os idosos se isentem das responsabilidades a eles atribuídas, como: depositários de uma experiência e de um saber único e exclusivo pelos anos vividos; valores éticos; tradições; consciência política no exercício da cidadania e do compartilhamento intergeracional. Tais especificidades acarretam demandas diferenciadas com implicações na formulação de políticas públicas.

Acredito ser importante destacar a minha trajetória pessoal e profissional para compreender melhor a essência dessa proposta. Como docente desde 1986 no Curso de Enfermagem da Univali sempre ministrei aula relativa à temática das doenças crônicas degenerativas e sobre o envelhecimento humano. Todavia foi durante as atividades práticas no ambiente hospitalar que presenciei cenas desagradáveis no atendimento com o idoso fragilizado, percebi o quanto ele era discriminado pelos próprios profissionais da saúde. Ao realizar o mestrado abordei esta problemática na minha dissertação, procurando buscar o resgate da cidadania desse idoso fragilizado. No transcurso da docência fui indicada pelo Curso de Enfermagem para abrir campo de estágio no asilo Dom Bosco, instituição que na época apresentava precariedade no atendimento aos seus residentes.

Em 1994 iniciei as atividades voltadas ao cuidado com o indivíduo idoso institucionalizado. Contudo o período em que estava em estágio com os alunos não dava conta de atender as necessidades mais eminentes, sendo necessário manter um trabalho mais sistematizado e continuo na instituição. Em 2000 implantamos um projeto de extensão com diversas frentes de trabalho e que atualmente está em plena atividade, como: a) atendimento dos idosos do asilo Dom Bosco; b) atendimento ao GEAZ (Grupo de Estudo aos cuidadores e familiares dos portadores de Alzheimer e outras doenças similares) e, c) atendimento ambulatorial ao idoso com doenças

neurodegenerativas (Alzheimer e Parkinson). Todas as atividades são desenvolvidas dentro de uma abordagem interdisciplinar.

Também, sou docente no Curso Superior de Extensão Universitária Universidade da Vida – UNIVIDA (desde 1999), destinado a pessoas acima de 40 anos.

Além dos projetos de extensão, participo de um grupo multiprofissional de pesquisa, grupo que realizou em 2001 a pesquisa do Perfil Multidimensional do idoso no Município de Itajaí (SC).

Participo como conselheira do Conselho Estadual do Idoso, gestão 2001 – 2003 e 2004 – 2006, representando a ACAFE (Associação Catarinense das Fundações Educacionais) e coordeno o Grupo de Trabalho de Políticas Públicas e Estudos para o Idoso no Estado de Santa Catarina.

A minha maior experiência compreende o cuidado com o idoso fragilizado, carente e excluído da sociedade. Infelizmente, vivencio na prática a dificuldade de acesso e de atendimento ao idoso institucionalizado nos serviços de saúde da municipalidade. Percebo que o Estado se exime do seu papel social, orientador e definidor de políticas, transferindo a responsabilidade da saúde ao próprio idoso, a família ou a instituição que o acolhe. Em função dessa experiência procurei desenvolver uma proposta de política de saúde buscando garantir a universalidade através de um atendimento integral e equitativo aos idosos residentes em Itajaí (SC).

Acredito ter muito que aprender a respeito do envelhecimento humano, mas procuro voltar as minhas atividades profissionais e meus estudos científicos para esta especial população, pois preparar o futuro é um projeto a ser executado no presente, fato este que vem acontecendo, lentamente, em Itajaí (SC).

Nos últimos anos, o Município de Itajaí (SC), vem desenvolvendo ações concretas voltadas à população idosa, como: Centro de Convivência do Idoso (CCI); grupos de idosos; apoio às instituições asilares; criação da lei municipal que define a Política Municipal para o Idoso; funcionamento do Conselho Municipal do Idoso; Curso Superior de Extensão para a maior idade – Univida e os programas de extensão universitária para a população idosa, desenvolvidos e financiados pela UNIVALI, expressando tendência a dar atenção a política do idoso. Porém, na área da saúde

propriamente dita, a exemplo de muitos municípios do Brasil, não existe em Itajaí (SC) uma estratégia de saúde definida especificamente, para o atendimento da população idosa, incluído na política geral de saúde do município.

As estratégias de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de pessoas idosas, dentro dos princípios de igualdade, de universalização de direitos e de cidadania, ainda está por ser absorvido no processo de planejamento dos serviços de saúde pública do Município.

Diante deste contexto, propõe-se a seguinte questão de pesquisa: **Como as características do “Estado de Bem-Estar” podem ser contempladas em referência a população idosa numa estratégia de operacionalização de política pública de saúde de um município?**

O modelo de proteção social, cujo centro reside na assistência social, tem lugar em contextos socioeconômicos de ênfase voltada ao mercado como canal natural de satisfação das demandas sociais, cujas necessidades são preenchidas de acordo com interesses individuais e capacidade de adquirir bens e serviços. Os valores dominantes enfatizam a liberdade e o individualismo, e a igualdade social requerida passa a ser a igualdade de oportunidades, capaz de criar condições de competição no mercado. A ênfase no mercado coloca a ação pública como, no mínimo, suplementar a esse mecanismo essencial, assumindo o caráter compensatório e discriminador daqueles grupos sociais que demonstraram sua incapacidade de suprir-se adequadamente no mercado (Fleury, 1994), como, por exemplo, os idosos. Por isso é necessário que o Estado assumira tal parcela populacional com dificuldades para um viver condigno, buscando alternativas na sociedade através da organização de fundos sociais ou em produtos encaminhadas por indivíduos, grupos, associações e órgãos governamentais, baseados nas demandas sociais, porque somente com a união de várias forças governamentais e não-governamentais será possível atender as necessidades básicas da população idosa.

O Município de Itajaí (SC) tenta encontrar uma maneira de contribuir para diminuir a desigualdade social através da ampliação na oferta de ações públicas de saúde para os seus munícipes. Em 2002, foi inaugurada uma policlínica municipal de referência para o atendimento ao idoso. Tal estabelecimento situa-se próximo ao asilo

e a um dos centros de convivência do idoso. Embora exista vontade do gestor municipal de criar nesse local serviços especializados na área gerontogerátrica, ainda não foi possível concretizá-lo.

Portanto, o **objetivo** desta tese é propor **subsídios para a** operacionalização de políticas públicas¹ de saúde, incluindo nos programas de saúde já existentes no município estratégias **de atendimento** de saúde específicas para o idoso ainda não contemplado no Plano Municipal de Saúde, tendo como norte o Estado de Bem-Estar (*Welfare State*) da população idosa residente no município de Itajaí (SC).

Tal empreendimento se **justifica** pelas seguintes proposições:

- Com o aumento da população idosa no Brasil previsto para os próximos anos, torna-se necessário desenvolver políticas sociais voltadas para a sobrevivência condigna do idoso, objetivando mantê-lo o maior tempo possível autônomo e independente na comunidade e na convivência familiar.
- Nos princípios fundamentais da Constituição da República Federativa do Brasil, o art. 3º, parágrafo I, III e IV, garante uma sociedade livre, justa e solidária; reduzir as desigualdades sociais e regionais e promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminação. No art. 197, seção II, determina: “*A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação*”.
- Na declaração Universal dos Direitos Humanos que proclama que todo cidadão tem direito a vida, liberdade e segurança pessoal, não podendo ser excluído de forma alguma de seus direitos constitucionais, independentemente da faixa etária ou de ser produtivo no mercado de trabalho.

¹ Política pública é a expressão atualmente utilizada nos meios oficiais e nas ciências sociais para substituir o que até a década de 70 era chamado de planejamento estatal (BORGES, 2002; p.1038).

- A Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso com o Decreto nº 1.948 que a regulamenta, e a Portaria nº 1.395/GM, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso, fortalecido pelo Estatuto do Idoso, asseguram os direitos desse segmento populacional, dos idosos.
- À medida que a pessoa envelhece e perde a capacidade de desenvolver as suas atividades cotidianas, pode deixar de ter deveres de cidadão, mas jamais deixa de ter direito de cidadão (DEMO, 1988). Na afirmação de que o idoso é um cidadão de direito muito mais do que de deveres, deve ser-lhe garantida a sua cidadania, seja ela assistida ou tutelada pelo Estado.
- Recente estudo epidemiológico multidimensional com os idosos residentes em Itajaí (SC) mostrou a necessidade de planejar estratégias de saúde eficientes e eficazes para essa população (**Ver item 2.4.**).
- **Existência de** vontade política do setor público de saúde do município de Itajaí (SC), atualmente, em planejar e implementar um serviço de saúde específico a população idosa residente.

CAPÍTULO II

CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ (SC)

“Se fizemos o melhor que pudemos fazer, já triunfamos”.
Wynn Davis.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ

Neste capítulo, apresento o município de Itajaí (SC) no contexto atual para melhor compreensão do seu aspecto geográfico, administrativo e político; incluindo os dados epidemiológicos de maior relevância; o serviço municipal de saúde de Itajaí e a operacionalização dos seus cinco programas de saúde, e o perfil da população idosa de Itajaí (SC).

2.1 Aspecto geográfico, administrativo e político

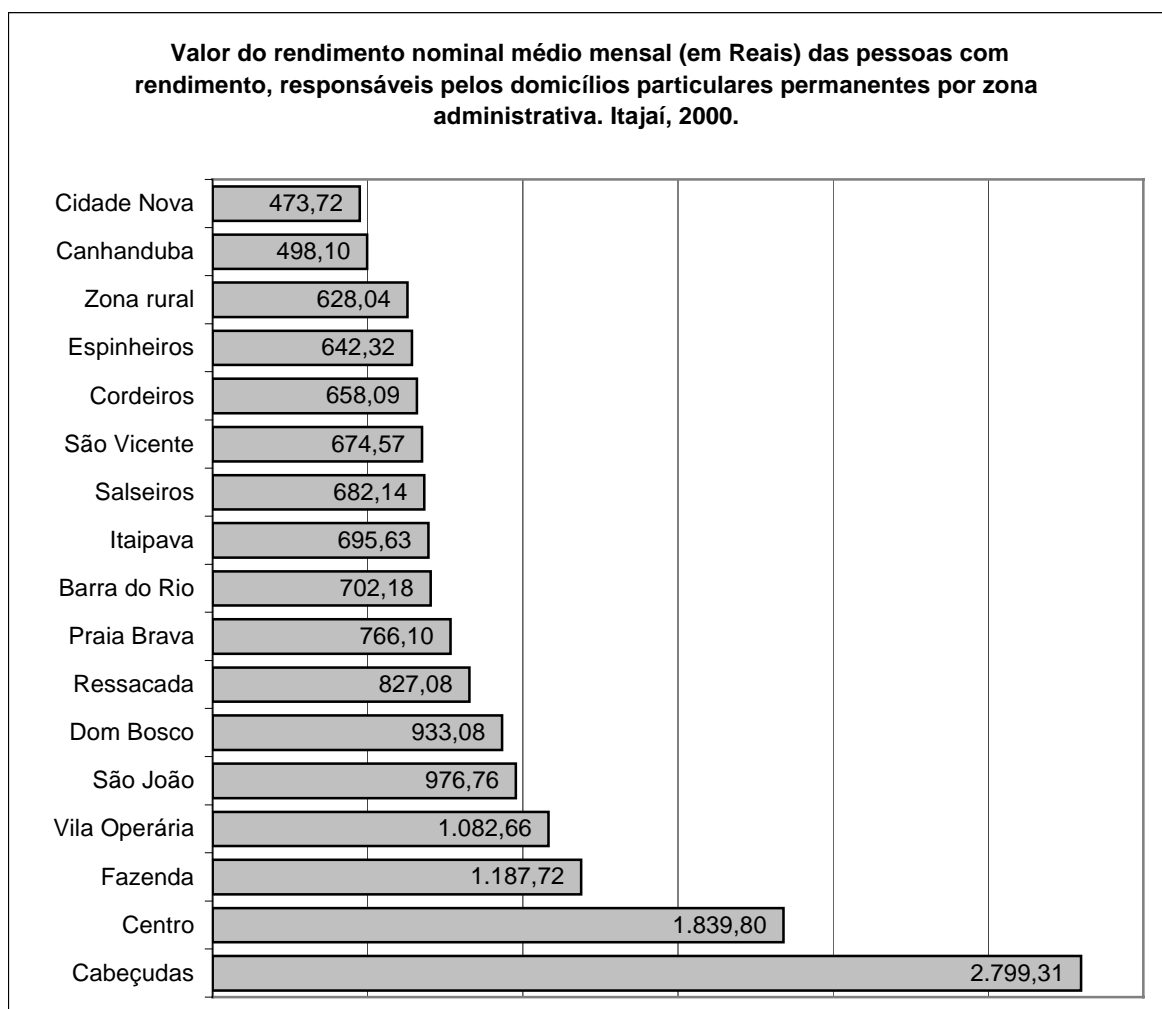
O local da pesquisa é o município de Itajaí (SC), localizado no litoral norte de Santa Catarina, com 147.494 habitantes e 304 quilômetros quadrado de área. Foi colonizado, em sua maioria por colonizadores portugueses de origem açoriana. É um município de característica predominantemente urbana uma vez que apenas 3,7% da sua população reside em área considerada rural.

A base da economia reside no porto mercante e na pesca. O porto municipal de Itajaí (SC) ocupa o 4º lugar em movimentação de cargas containerizadas para exportação e o 1º na exportação de frangos. O comércio atacadista de combustível é o gênero de grande expressão. A exploração de petróleo e um pujante setor de serviços complementam a pesca e a atividade portuária como sustentáculos do município. O turismo encontra-se em expansão.

O produto interno bruto global (PIB), em 2000, foi de 1.386.901,51, e o PIB *per capita*, de 9.409, sendo considerado um município com alto nível de arrecadação (BELLINI & DALÇOQUIO, 2002). Embora seja um município em franco desenvolvimento, prima pela preservação de suas características naturais e culturais, mantendo a tranquilidade de uma cidade de interior dentro de um bom nível de vida. É considerado um município promissor no cenário catarinense, não só pelo o seu crescimento socioeconômico, mas também pelo avanço na educação, eis que é sede da

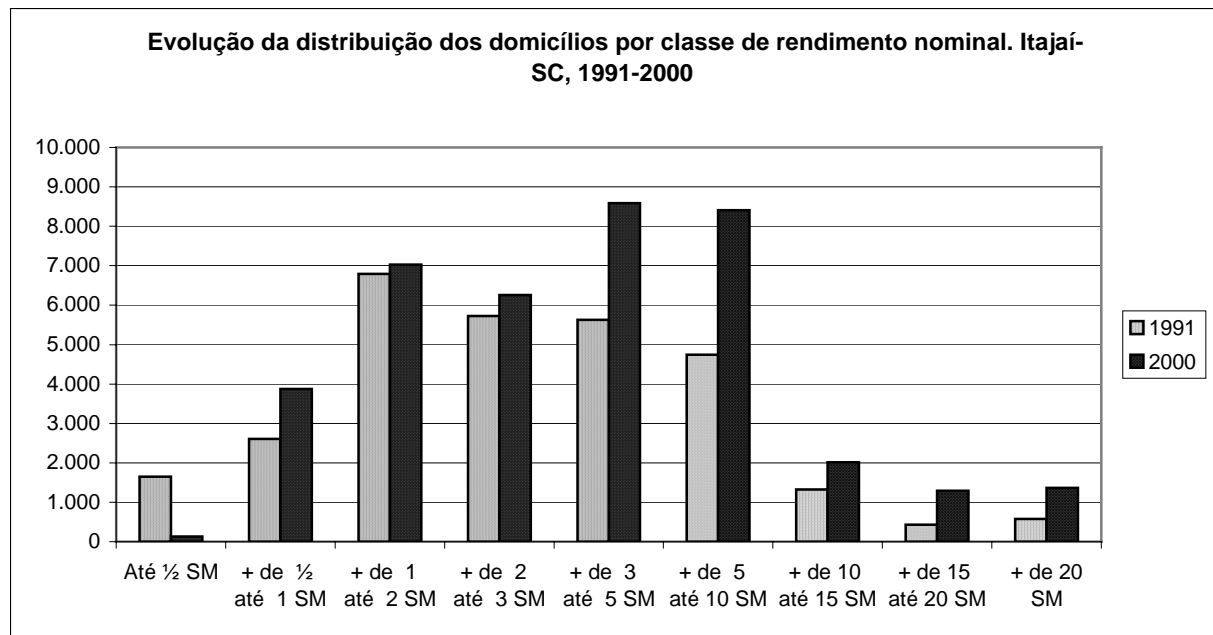
segunda maior universidade do Estado, a UNIVALI. Os valores do rendimento nominal médio mensal (em reais) das pessoas que possuem rendimentos, bem como dos responsáveis pelos domicílios, estão representados nos Gráficos 4 e 5 de acordo com o bairro de residência e rendimento médio mensal do responsável do domicílio (IBGE, 2000).

Gráfico 4: Valor do rendimento nominal médio mensal (em reais) das pessoas com rendimentos responsáveis pelos domicílios particulares permanentes por zona administrativa. Itajaí (SC), 2000.



Fonte: IBGE, 2000.

Gráfico 5: Evolução da distribuição dos domicílios por classe de rendimentos nominal, Itajaí (SC), entre 1991 e 2000.



Fonte: IBGE, 2000.

Ao observarmos os dois gráficos percebemos que o município de Itajaí (SC) possui uma diversidade significativa quanto aos rendimentos mensais de sua população, ficando os maiores rendimentos alocados nos bairros centrais do município e a menor renda no bairro Cidade Nova, área considerada como invasão devido à imigração rural em busca de emprego (Gráfico 4). Porém, se avaliarmos a renda por domicílio no período de 1991 a 2000, veremos que houve um crescimento nominal dos rendimentos (Gráfico 5). Sendo assim, deduzimos que Itajaí (SC) está em plena fase de crescimento econômico e com tendência a ampliar tais condições.

2.2 Aspectos epidemiológicos

O diagnóstico da situação da saúde em Itajaí (SC) passa pela análise do perfil epidemiológico de sua população, através de indicadores de morbi-mortalidade geral e infantil, que não diferem daqueles encontrados no restante do Estado. Quando

comparados os dados de mortalidade geral (p/1.000 habitantes) de Itajaí (SC) com o Estado, verificamos um acréscimo de 0,71 para o município, cujo índice de óbito indica baixa qualidade dos serviços de saúde (AMFRI, 1999).

Em Itajaí (SC), predomina a notificação por agravo agudo de atendimento anti-rábico humano, seguido de hepatite viral, meningite, parotidite e varicela.

Um ponto importante e preocupante, e que necessita de ações educativas interventivas, é a incidência de casos de DSTs - HIV/Aids na região. No Brasil, dos cem municípios com maior incidência acumulada de casos e que são responsáveis por 76,8% do total de notificações, destaca-se a cidade de Itajaí (SC). A incidência de AIDS em Itajaí e Balneário Camboriú corresponde respectivamente a, 87,5 e 50,4 por 100.000 habitantes.

Quanto à distribuição de casos de Aids por ano e por sexo podemos observar que o município de Itajaí acompanha a tendência da epidemia no Brasil: até o ano de 1999 a população masculina vinha crescendo. A partir daí, o período mantém-se estável com ligeira queda. A feminização da epidemia é significativa. O número de casos de Aids em mulheres entre os anos de 94 a 98 já vinha crescendo, mas num ritmo lento. Entre 99 e 2000 houve ligeira redução do número de casos.

Em 2002 houve um expressivo e preocupante aumento do número de casos em mulheres, que merece uma minuciosa análise e reflexão para se desenvolver trabalho de prevenção direcionado especificamente a essa população, com ênfase na autonomia e na capacidade de negociação do uso de preservativo com os parceiros.

A cobertura vacinal em Itajaí teve uma efetividade substancial no ano de 2002: coqueluche, difteria e tétano (3 doses 102,45%; BCG (1 dose) 125,16%; hepatite B 92,23% (3 doses); contra pólio 104,38% (3 doses); sarampo (1 dose) 116,02% e tríplice viral 138,81%. Em 2003 a cobertura foi de: BCG (1 dose) 93,91%; hepatite B (3 doses) 72,44%; contra pólio (3 dose) 82,36% e tetravalente (3 dose) 84,27%.

De acordo com a hierarquia dos serviços de saúde em Santa Catarina adotado pelo Plano Estadual de Saúde/SES/1994, os municípios com população acima de 28 mil habitantes comportam a implantação de especialidades médicas, além dos serviços de clínica básica, clínica odontológica e exames laboratoriais de menor complexidade. (AMFRI, 1999).

2.3 Serviço municipal de saúde de Itajaí

Na dimensão da saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde o município administra, além da rede municipal, também a rede estadual e federal de atenção à saúde instalada no território municipal, em virtude do pleno processo de municipalização conquistado pelo cumprimento da legislação que regulamenta o SUS. Itajaí (SC) encontrando-se no mais elevado nível de relacionamento com a esfera estadual e federal através da sua gestão plena, tendo como foco principal a ABS.

A rede pública municipal de atenção à saúde está distribuída em todo o território municipal, constituindo-se de: Centro de Referência à Saúde da Mulher e da Criança (CRESCEM); Centro de Orientação e Diagnóstico Municipal (CODIM); laboratório microrregional de patologia clínica; serviços de saúde mental; o pronto atendimento São Vicente; 09 policlínicas e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS). (ver anexo 1)

O município apresenta cinco programas de saúde: 1) Programa Saúde da Mulher e da Criança, subdividido em atendimento ginecológico, puericultura e obstetrícia; 2) Programa Saúde da Família, com onze equipes; 3) Programa Municipal de DST/AIDS - Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT), hospital-dia, serviço de prevenção e assistência à transmissão vertical, Centro de Testagem Anônima (CTA), Redução de Danos (RD); 4) Programa de Doenças Crônicas: diabete, hipertensão arterial, ostomizados, problemas respiratórios, tuberculose, hanseníase e hepatite, e 5) Programa de saúde mental direcionado para os problemas psicossociais.

Os programas de saúde existentes em Itajaí (SC) estão representados na figura de diagrama (anexo 2) com as seguintes especificações: a cor amarela corresponde ao programa saúde da mulher e da criança; a cor verde, o programa saúde da família; a cor lilás, programa de DSTs/HIV/Aids; a cor azul, programa de doenças crônicas; a cor salmão, programa de saúde mental; a cor laranja corresponde aos locais de atuação de cada programa e a cor vermelha é o destaque para o atendimento ao idoso. A imagem colorida do diagrama facilita o entendimento porque mostra as especificidades de cada.

Os programas são operacionalizados, como se descreve a seguir:

2.3.1 Programa Saúde da Mulher e da Criança

O serviço de ginecologia, obstetrícia e puericultura é realizado em todas as UBS, visando ao atendimento especializado à saúde da mulher e da criança.

O serviço de obstetrícia conta com o pré-natal de baixo e de alto risco, SIS pré-natal e o programa de atendimento de humanização no pré-natal e no nascimento. As mulheres são atendidas na UBS mais próxima de sua residência em caso de pré-natal de baixo risco, e quando for diagnosticado o alto risco, como no caso de diabetes gestacional e hipertensão arterial, são encaminhadas para o serviço de referência localizado no CRESCEM e no ambulatório de atendimento anexo à maternidade. É feito o acompanhamento sistemático da gestante.

O serviço de puericultura envolve o acompanhamento vacinal, não somente durante as campanhas, mas também fora delas e pode ser encontrado em todas as UBSs. Temos o projeto Siri, localizado no CRESCEM, que objetiva o acompanhamento nutricional das crianças de 0 a 5 anos através do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), bolsa escola e bolsa alimentação. Acompanhamento pediátrico do desenvolvimento da criança e em suas necessidades essenciais pode ser realizado nas UBS próximas de sua residência. Inclui-se também nesse serviço o acompanhamento e encaminhamento de crianças com necessidades especiais e outras doenças incapacitantes para os centros de referência locais ou fora do domicílio.

O serviço ginecológico é dividido em dois subprogramas: a) planejamento familiar: acontece em todas as UBS, é realizado o cadastramento no sistema de informação e depois o aconselhamento com a distribuição de contraceptivos e preservativos, podendo as interessadas ser encaminhadas para procedimento cirúrgico de esterelização; b) preventivo de câncer (mama e colo uterino), serviço que dá prioridade às mulheres em idade produtiva e reprodutiva, não significando que as mulheres idosas não sejam atendidas. O preventivo é realizado em todas as UBSs, mas somente em caso de suspeita de nódulos ou alterações no exame de papanicolau que a mulher é encaminhada ao CRESCEM para o acompanhamento mais sistematizado, por ser unidade de referência, com tecnologia aperfeiçoada para um diagnóstico mais preciso. Em caso de positividade e conforme a gravidade, a mulher pode ser atendida

na rede pública local para procedimentos cirúrgicos e quimioterápicos (unidade do CEPON); em caso de indicação de radioterapia deve ser encaminhada ao município mais próximo que possua o serviço.

2.3.2 Programa Saúde da Família - PSF

O município possui atualmente (2004) dezesseis equipes de saúde da família² atuando na comunidade do Promorar I, II, III e IV; Rio Bonito; Jardim Esperança; Imaruí; Itoupava; Espinheiros e Dom Bosco. São necessárias 63 equipes para cobrir todo o município, faltando, portanto, ser implantadas mais 47 equipes para atingir 100% de cobertura. A cobertura de somente 26%, significa que poucas pessoas estão se beneficiando desse serviço, e o município deixa de receber incentivos financeiros federais em torno de R\$ 54.000,00 (cinquenta e quatro mil reais) por equipe/ano, que receberiam se tivesse uma cobertura de 70% (ou mais), além do incentivo de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) pela implantação da equipe e do Piso de Atenção Básica de Saúde – PAB – criado pela NOB/96, correspondente às ações consideradas estratégicas para a organização da ABS.

Para as equipes realizarem as suas atividades é necessário antes conhecer a comunidade a ser atendida, podendo utilizar o planejamento estratégico como metodologia de ação. Faz-se o levantamento dos dados através da estimativa rápida conhecendo a comunidade no aspecto demográfico, sociocultural, socioeconômico, meio ambiente e sanitário, utilizando informações da própria comunidade, de documentos obtidos nas associações de bairro ou outra instituição existente no local, incluindo os dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

Com os dados coletados é feito o diagnóstico da comunidade através da territorialização, desenhando o território a ser atendido com todas as suas identificações necessárias para o reconhecimento da situação encontrada. Nesse mapa se identificam os locais de maior risco de incidência de doenças. É também chamado de mapa inteligente, por sua dinamicidade e flexibilidade. No mapa destaca-se o problema prioritário a ser trabalhado, descrevendo objetivo e metas a serem alcançados para a resolução daquele problema. Esse trabalho é construído pela equipe

² Em 2003, no início deste estudo, o município de Itajaí (SC) possuía nove ESF.

de saúde da família em conjunto com a comunidade. A todo instante o planejamento deve ser avaliado, podendo replanejar algumas ações não previstas ou até mesmo não alcançadas com o planejamento proposto.

2.3.3 Programa de DSTs – HIV/Aids

Destinado a todos os usuários do SUS, visando prevenir e tratar os portadores de DSTs, HIV/Aids utilizando as proposições do Ministério da Saúde, este programa encontra-se dentro do Departamento de Vigilância Epidemiológica da SMS.

Os usuários do programa podem ser encaminhados ao Centro de Testagem Anônima e Aconselhamento (CTA) no Centro de Orientação e Diagnose Médica (CODIM) pelas UBS ou procurar espontaneamente o serviço de testagem. Ao chegar ao CTA é feito o aconselhamento antes e após a coleta de sangue. Em caso de soronegatividade o usuário é orientado para manter os cuidados preventivos de contaminação e encaminhado para a UBS de referência; na situação de soropositividade é encaminhado ao hospital-dia.

No hospital-dia existem vários subprogramas, como: a) serviço de atendimento especial – serviço voltado especialmente para crianças e adultos. Nesse serviço são feitos consultas clínicas ginecológicas; planejamento familiar; pediatria; psicologia; odontologia e enfermagem. Possui também o atendimento do serviço social e distribuição de medicamentos de uso contínuo; b) doença sexualmente transmissível – com serviço ambulatorial de atendimento infectológico, imunização, fisioterapia, internação de criança e adulto/idoso durante o dia; c) assistência domiciliar terapêutica - com serviço de internação domiciliar que presta administração de medicamentos, suporte psicológico, fisioterápico e assistência social. Também é feita a distribuição de medicamentos de uso contínuo e entrega do kit de redução de danos (RD) (seringa, agulha e algodão com álcool) e material educativo; d) Transmissão materno-infantil ou vertical – neste serviço existem o Projeto Saci, que corresponde ao atendimento à criança exposta ao HIV e portadores de HIV e Aids, e o Projeto Nascer, que é o atendimento à criança no momento do parto para verificar as suas condições de soropositividade ou não.

Nesse programa encontramos outros projetos, como o de redução de danos,

voltado para os usuários de drogas injetáveis, e o projeto bem-me-quer, para os profissionais do sexo. Ambos apresentam como estratégia a abordagem direta de 2 ou 3 redutores nas ruas, bares ou casas de prostituição à população vulnerável; nessa abordagem é feito o aconselhamento com distribuição do kit de RD, material educativo, preservativos masculino e feminino.

2.3.4 Programa de Doenças Crônicas

Destinado a todos os usuários do SUS residentes no município de Itajaí (SC), objetiva intervir na evolução natural da doença, identificando pessoas em risco de adoecer, realizando a intervenção preventiva ou atenção adequada o mais precocemente possível.

Tal serviço subdivide-se em três dimensões: a) doenças crônicas infecciosas - tem como localização o CODIM e atendem os portadores de tuberculose, hanseníase e hepatite. O procedimento básico realizado nesse serviço é o acolhimento, aconselhamento, consulta clínica, cadastro do paciente no programa específico com acompanhamento clínico, distribuição de medicamentos de uso contínuo e de material educativo; b) doenças crônicas não infecciosas - tem como localização a policlínica central e atende as pessoas portadoras de diabetes mellitus (DM), tabagismo, hipertensão arterial (HAS) e ostomizados. O procedimento básico realizado nesse programa é semelhante ao anterior, incluindo a distribuição de material de uso contínuo (seringa + agulhas para insulina e bolsa de colostomia) juntamente com o material para controle diário da diabetes e da hipertensão. A maioria dos diabéticos e hipertensos inseridos neste programa participam também da Associação dos Diabéticos de Itajaí e Navegantes (ADIN), e c) outro serviço: *atendimento fora do domicílio*, destinado àquelas pessoas que necessitam de atendimento em que o município não apresenta o serviço público e/ou privado de saúde; assim, é feito o agendamento para o procedimento indicado, além de providenciar o transporte se necessário; e *procedimento de pequenas cirurgias* agendadas para serem realizadas via ambulatorial através da demanda organizada, retornando à UBS de origem para a continuidade do tratamento. Ambos os serviços têm como localização a policlínica central.

2.3.5 Programa de Saúde Mental

Visa ao atendimento de saúde mental da população de Itajaí (SC), buscando diminuir a internação psiquiátrica, a reinserção social do paciente em sua família e na comunidade, a organização da rede ambulatorial especializada de assistência e acompanhamento do paciente na UBS e no domicílio.

Temos duas denominações para tal serviço: a) CAPSI – Centro de Apoio Psicossocial, destinado a crianças e adolescentes, oferecendo consulta psicológica, palestras, telecurso 2º grau, orientação sobre direitos e deveres, atividades físicas e artísticas; e b) CAPSad – Saúde Mental destinado aos adolescentes, adultos e *idosos* (retângulo vermelho) oferecendo diversos serviços de atendimento psicossocial, considerado como tratamento clássico, com o apoio de uma equipe multidisciplinar de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social), realização de grupos de apoio com dias específicos para cada situação diagnosticada: na segunda-feira é o atendimento aos familiares dos pacientes atendidos; na terça-feira, grupos de apoio com os pacientes em estado de depressão; na quarta-feira, atendimento aos portadores de psicoses; na quinta-feira, com os pacientes em dependência química, e finalmente, na sexta-feira, o atendimento exclusivo aos idosos com problemas demenciais, depressão e alcoolismo. O paciente recebe acompanhamento semanal e é avaliado frequentemente, inclusive com mudança no tratamento medicamentoso. A visita domiciliar é feita com frequência, principalmente quando o atendido falta aos grupos de apoio. Temos também o tratamento de emergência, nas situações em que o paciente encontra-se em crise aguda da doença, quando é comunicado ao CAPSad e um dos profissionais de saúde faz a visita domiciliar para avaliar a real situação; conforme o diagnóstico, o tratamento pode ser ambulatorial ou hospitalar. Nesses serviços são distribuídos medicamentos de uso contínuo.

Somando-se a estes cinco programas, a rede pública municipal de Itajaí possui ainda o programa de distribuição de medicamentos de uso contínuo inserido nos programas acima citados, assim como outros serviços: atendimento fora do domicílio e procedimentos de pequena cirurgia, como se vê no anexo 2.

Além da rede própria de serviços, a SMS mantém convênio com a rede de serviços privados ou conveniados para a complementação de seus serviços,

principalmente na área hospitalar, hospital geral; Hospital Universitário (HU/pediátrico); exames complementares (patologia clínica, laboratórios de análises clínicas e rádioimagens); clínicas de fisioterapia e serviços de urgência e emergência, entre outros.

O serviço público de saúde de Itajaí em junho de 2004 contava com um total de 325 profissionais de saúde com nível superior (149 médicos, 68 enfermeiros, 53 odontólogos, 11 psicólogos, 01 fisioterapeuta, 7 assistentes sociais e 14 outras profissões); 194 profissionais de nível médio (143 auxiliares de enfermagem, 17 técnicos de enfermagem e 12 atendentes de enfermagem), além dos 16 médicos e enfermeiros do PSF, somados aos 97 agentes comunitários de saúde e 27 auxiliares de enfermagem. Esses profissionais encontram-se distribuídos nos programas de saúde e nos serviços de atendimento para a ABS.

Todavia, o município não apresenta em toda a sua rede de serviços de saúde um atendimento específico para a pessoa idosa, no âmbito da promoção da reabilitação quanto às questões das doenças relacionadas ao envelhecimento humano (a osteoporose, as demências, a depressão) de modo a permitir-lhe manter sua capacidade funcional por maior tempo possível a manutenção de uma vida digna.

O atendimento específico ao idoso na municipalidade encontra-se vinculado à Secretaria do Desenvolvimento Social (SDS) através de ações estritamente sociais e comunitárias. Na SDS temos um Centro de Convivência do Idoso (CCI) e grupos de idosos (14 grupos) distribuídos no território municipal, ambos com a finalidade de oferecer a oportunidade de convívio entre si e desenvolver atividades lúdicas e de trabalho: horta, trabalhos manuais e de marcenaria, além de receber a alimentação nos dias em que participam.

As duas instituições asilares existentes são, também, atendidas pela SDS através de fomentos determinados pela Lei Orgânica do Município de Itajaí. Outro serviço realizado pela SDS que direta ou indiretamente beneficia o idoso é o programa de suplementação alimentar, que distribui cestas básicas às famílias carentes.

No seu capítulo V, referente ao serviço social, (art.152) a Lei Orgânica do Município de Itajaí dispõe que, o Município dentro de sua competência deve desenvolver programa e projetos de assistência social com o objetivo de atender a

quem delas necessitar e tem como objetivo – parágrafo I: proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a *velhice*; ainda nesse mesmo capítulo (art.160), prevê que é dever do município garantir condições para que a criança, o adolescente e o *idoso* permaneçam com a família em todas as circunstâncias (parágrafo III). Nessa mesma lei, na seção II – art. 173 encontramos questões específicas ao *idoso*, como: é dever do poder público municipal desenvolver uma política destinada a amparar a *pessoa idosa*, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida.

Já o capítulo VI da Lei Orgânica Municipal trata exclusivamente da saúde de seus munícipes. O art.179 coincide com o art.197 da Constituição Federal, vindo ao encontro da Lei 8.080 de 19/09/1990 - LEI ORGÂNICA DE SAÚDE (LOS) no seu art 2º - *A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício* - parágrafo 1º:

o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Embora exista coerência entre as leis, tanto na esfera nacional quanto na municipal, ainda não se visualiza a sua concretude prática.

O sistema municipal de saúde de Itajaí, segundo a Lei Orgânica Municipal no seu art. 183 – parágrafo 1º e 2º, é financiado com recursos do Município, do Estado, da Seguridade Social, da União e de outras fontes. O volume mínimo do orçamento anual previsto para os gastos na área da saúde no município de Itajaí corresponde a 13% das receitas correntes, excluídas as de contribuição de melhorias, taxas e outras receitas vinculadas. Os recursos financeiros do Sistema Municipal de Saúde são administrados por meio de um Fundo Municipal de Saúde (FMS), vinculado e subordinado a Secretaria Municipal de Saúde em consonância com as Normas de Operação Básica – NOB/SUS/96 e Norma Operacional da Assistência a Saúde – NOAS/SUS/01.

2.4 A população idosa de Itajaí

A população idosa de Itajaí foi recentemente pesquisada e seus resultados encontram-se no relatório: *Perfil multidimensional da população idosa residente no município de Itajaí (SC)*³. Tal pesquisa foi realizada por meio de inquérito domiciliar totalizando uma amostra de 995 idosos representando a população idosa residente no perímetro urbano do município de Itajaí (SC). O instrumento utilizado neste inquérito foi elaborado a partir do questionário BOAS (Brazil Old Age Schedule) desenvolvido para estudos comunitários no Projeto de Epidemiologia da Terceira Idade da Universidade Estadual do Rio de Janeiro⁴ que, por sua vez, foi baseado no questionário MFAQ (Multidisciplinary Functional Assesment Questionnaire) do programa OARS (Old Americans Research Schedule) desenvolvido por Fillenbaun e colaboradores na Duke University, USA, para estudos de avaliação multidimensional de populações idosas⁵. É um instrumento validado mundialmente, inclusive no próprio Estados Unidos (BOWLING, 1994). As adaptações feitas no instrumento para atender a pesquisa da realidade local e temporal, foram de acréscimo de questões sobre atividades sociais e de assistência pública de saúde da municipalidade. Incluiu-se também questões de saúde mental, relativas à avaliação preliminar do estado cognitivo dos idosos, e para tal adotou-se o instrumento SPMS de Pfeifer (1975)⁶, o mesmo também utilizado no OARS.

O instrumento então, composto especificamente para esse inquérito, possibilitou a coleta de dados para delinear o perfil da população idosa de Itajaí. Os dados por sua vez foram armazenados utilizando-se o software Epi-info. E, a análise dos dados teve o apoio do software *STATA*.

³ O relatório é um documento interno da UNIVALI e Prefeitura Municipal de Itajaí (SC) (2001) cujos autores são: Biaze Manger Knoll; Kátia Simone Ploner e Juliana Vieira de Araujo Sandri. O projeto do inquérito domiciliar foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI – CEP/UNIVALI - Parecer N° 78/2001, em 19/06/2001.

⁴ VERAS, R; COUTINHO, E; NEY JR, G. População idosa no Rio de Janeiro (Brasil): estudo piloto da confiabilidade e validação do segmento de saúde mental do questionário BOAS. **Revista Saúde Pública**, n. 24, 1990. p. 156-166. Instrumento disponível no site da UERJ/ UNATI: <http://www.unati.uerj.br>

⁵ FILLENBAUM, G.G. Multidimensional Functional assesment of older adults: the Duke older americans resources and services procedures. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1988.

⁶ PFEIFFER, E. (1975). "A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients." *Journal of the American Geriatrics Society* (23): 433-441.

A síntese dos resultados da pesquisa do *Perfil multidimensional da sua população idosa residente no município de Itajaí (SC)*, extraída do seu relatório, segue abaixo:

2.4.1 Caracterização dos idosos do município

1- A média de idade é de 70,2 anos, sendo a idade mínima de 60 e a máxima de 97 anos (Índice de Confiabilidade = 95% - idade média entre 69,7 a 70,6). São, portanto, pessoas nascidas entre os anos 1904 e 1941. A faixa etária predominante é de 60 a 69 anos (52,7%), seguida de 70 a 79 anos (34,0%) e 80 anos ou mais (13,3%).

2- Predominância de indivíduos de cor branca (71,8%).

3- Apenas 21,4% são nascidos no município de Itajaí, portanto 78,6% representa migração. O tempo médio de residência em Itajaí referido é de 39,8 anos.

4- Quanto à escolaridade, 17,2 % referiram não ter nenhuma escolaridade, 41,9% não completaram o primário, 25,3% completaram o primário, 6,6% completaram o ginásio, 5,0% o segundo grau, e apenas 3,1% freqüentaram e completaram um curso superior, 0,8% não souberam ou não responderam a esta questão. As mulheres revelaram grau de escolaridade inferior ao dos homens: 18,9% sem nenhuma escolaridade das mulheres contra 13,6% dos homens; enquanto 22,3% dos homens referiram ter escolaridade acima do nível primário, apenas 11,9% das mulheres relatam ter escolaridade acima do nível primário. ($\chi^2=23,643$ $GL=5$ $p<0,000$). O nível de escolaridade piora com a idade. Dos indivíduos com 80 anos de idade ou mais, 34,9% referiram não ter freqüentado a escola contra 12,3% no grupo etário de 60 a 69 anos; entre os que referiram ter escolaridade acima do nível primário, 16,1% tinham de 60 a 69 anos e apenas 10,9% tinham 80 anos ou mais ($\chi^2=43,173$ $GL=10$ $p<0,000$).

5- Há uma diferença significativa no estado conjugal entre os sexos. Enquanto as mulheres são predominantemente viúvas (55,6%), os homens são viúvos em 21,1% pois, os homens estão, em sua grande maioria, casados ou vivendo em alguma forma de união conjugal (70,9%). Nesta condição as mulheres representam apenas 33,7% ($\chi^2=119,620$ $GL=3$ $p<0,000$).

6- Os idosos referiram ter tido filhos (96,7%), dos quais 72,4% tiveram quatro

ou mais filhos durante a vida e 63,6% disseram ter quatro ou mais filhos vivos na época da pesquisa.

7- A maior proporção dos idosos não exerce nenhuma atividade profissional atualmente (46,2%); 37,8% são donas-de-casa (grupo IV)⁷; 11,2% são trabalhadores braçais (grupo III)⁸; 1,9% desempenham atividades de nível intermediário (grupo II)⁹ e apenas 0,6% referiram desempenhar atividades codificadas como do grupo I¹⁰. Outras atividades foram referidas por 1,2% e outros 1,2% não souberam ou não responderam à questão.

8- Quanto à principal atividade exercida durante a vida, 58,7% dos entrevistados foram trabalhadores braçais (grupo III); 23,3% foram donas-de-casa; 12,3% exerceram atividades do grupo II; 2,9% do grupo I e 1,6% outras atividades. Apenas 0,7% dos indivíduos referiu não ter exercido nenhuma atividade durante a vida, e outros 0,7% não souberam ou não responderam à questão. Enquanto 24,6% dos homens referiram ter exercido atividades não-braçais (grupos I e II) apenas 12,0% das mulheres o fizeram.

9- Quanto à renda mensal, 40,3% (399) disseram que recebem aposentadoria e 59,7% (591) disseram que não. Enquanto 82,7% dos homens declararam estar recebendo aposentadoria, apenas 50,2% das mulheres o fizeram. ($\chi^2 = 88,409$; GL=1; p=0,000) Dos que declararam sua renda individual, incluindo-se aqueles que referiram renda igual a zero, 877 (88,1%); 349 (39,8%) idosos referiram receber até R\$180,0/mês; 240 (27,4%) mais de R\$180,0 até R\$360,0 e 288 (32,8%) disseram receber mais de R\$360,0 por mês. A grande maioria (84,2%) divide a renda domiciliar com um número que varia de 1 a 4 pessoas.

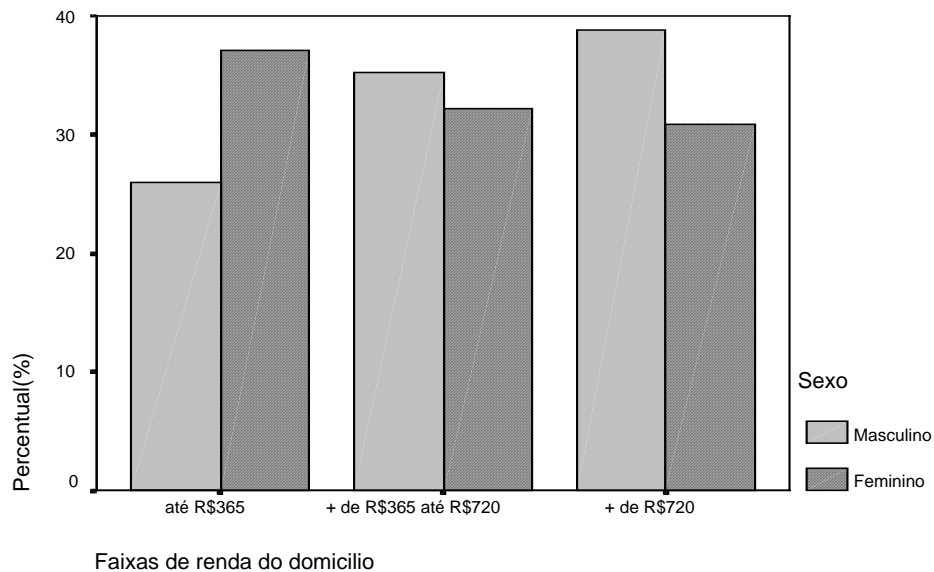
⁷ Grupo IV: as donas-de-casa que não exerceram atividades remuneradas no passado – trabalho braçal.

⁸ Grupo III: os trabalhadores braçais, manuais ou artesãos, atividades agropecuárias, construção civil, operadores de máquinas, condutores de veículos, pescadores e empregadas domésticas – trabalho braçal.

⁹ Grupo II: os que trabalham ou trabalharam em serviços administrativos, nível intermediário, os empregados ou proprietários – trabalho não-braçal.

¹⁰ Grupo I: Indivíduos que têm ou tiveram como ocupação principal atividades de profissões científicas, técnicas, artísticas, membros dos poderes legislativos, executivo e judiciário, diretores de serviços públicos e empresas privadas – trabalho não-braçal (MEDINA, 1993).

Gráfico 6: Proporção de idosos por sexo segundo as faixas de renda individual. Itajaí SC, 2001.



Fonte: Pesquisa do Perfil do Idoso de Itajaí (SC), 2001.

2.4.2 O estado de saúde mental

1- O questionário preliminar de avaliação cognitiva de Pfeifer (1975) composta de dez itens, possibilitou discriminar na população o “*possível caso de déficit mental*” na proporção de 3,7%. Não souberam ou não responderam em 1,1%.

2- Quanto à satisfação dos idosos com a sua vida, apenas 17,0% respondem que consideram sua vida estimulante; 58,7% consideram rotineira; 22,6% acham a vida pesada; 7,3% dos entrevistados declararam-se insatisfeitos com a vida em geral; 23,4% referem estar razoavelmente satisfeitos; 67,7% declaram-se satisfeitos. O principal motivo de insatisfação é o problema de saúde (12%); seguido do problema econômico (9,8%).

2.4.3 Atividade da vida diária

1- Quanto às atividades instrumentais e físicas da vida diária os achados se encontram na tabela a seguir.

Tabela 1 - Proporção de idosos segundo sua capacidade de realizar as atividades da vida diária (AVD) por tipo de atividade. Itajaí SC, 2001.

N = 995

AVD		Capacidade de realizar as atividades da vida diária			
		Independente	Com ajuda	Dependente	Ns/NR
Básicas	Alimenta-se	97,5%	1,1%	0,9%	0,5%
	Veste-se	94,9%	2,8%	1,8%	0,5%
	Cuida da aparência	95,9%	1,7%	1,9%	0,5%
	Locomove-se	94,9%	3,2%	1,4%	0,5%
	Deita e levanta-se	95,4%	2,5%	1,6%	0,5%
	Toma banho	94,8%	2,6%	2,1%	0,5%
	Chega ao banheiro	80,2%	18,7%	0,4%	0,8%
Instrumentais	Usa o telefone	66,4%	18,5%	12,9%	2,2%
	Usa condução	68,7%	26,8%	3,6%	0,9%
	Faz compras	75,4%	15,8%	7,9%	0,9%
	Corta alimentos no prato	95,1%	2,6%	1,8%	0,5%
	Limpa e arruma a casa	61,0%	26,5%	9,2%	3,4%
	Toma medicamentos	90,5%	5,8%	2,3%	1,4%
	Lida com suas finanças	77,1%	14,7%	6,9%	1,3%

Fonte: Pesquisa do Perfil do Idoso de Itajaí (SC), 2002.

2- Ao serem perguntados sobre a ocorrência de ajuda para a realização das atividades da vida diária, 67% responderam que sim, enquanto 30,3% responderam que não. E sobre quem é a pessoa que mais ajuda nas tarefas da vida diária, a maior proporção (24,9%) respondeu ser uma "filha" a pessoa que mais ajuda, seguida da "esposa(o)/companheira(o)" (16,1%), de "um(a) empregado(a)" (11,6%) e de "outra pessoa da família" (9,2%). "Outro" foi respondido por 3,3%; 30,3% afirmaram que não têm ajuda de ninguém e 4,6% não souberam ou não responderam.

2.4.4 Autopercepção quanto a sua saúde

1- Os idosos auto-avaliam sua saúde mental em 65,5% como boa ou excelente; 32,8% consideram sua saúde mental ruim ou razoável. As mulheres tendem a avaliar pior sua saúde mental (35,0% contra 29,2% dos homens); 30,9% consideram sua saúde mental pior do que nos últimos cinco anos; 50,2% consideram-na igual; apenas 17,2% consideram melhor. Entre os que avaliam pior a sua saúde mental, a maior proporção é de pessoas com 80 anos de idade ou mais (38,9%), seguida dos que têm de 70 a 79 anos (34,6%) e daqueles com 60 a 69 anos (27,6%). ($\chi^2 = 10,409$; $GL = 4$; $p = 0,034$).

2- Quanto à saúde autopercebida pelos idosos, 57,4 % avaliam-se com boa ou ótima saúde e 40,9% como ruim ou péssima. Não soube ou não respondeu, 1,7%. Entre os homens 63,3% consideram ótima ou boa, enquanto entre as mulheres, 56,4%. (p=0,046 $\chi^2 = 3,998$ GL=1)

3- Ao comparar a saúde atual em relação aos últimos cinco anos, dos idosos (979), 44,0% (438) relataram que a sua saúde está pior; 36,0% (358) afirmam continuar igual e para 18,4% (183) melhorou. Não soube ou não respondeu: 1,6%. Na variável sexo, 43,6% dos homens e 33,7% das mulheres percebem-se com saúde igual aos últimos cinco anos, o que demonstra que as mulheres tendem a perceber maior oscilação de sua saúde.

4- Dos 995 idosos, 418 (42,0%) relatam que a sua saúde está melhor em comparação com outros da mesma idade e 344 (34,6%) dizem que está igual.

Tabela 2 – Distribuição absoluta e proporcional dos idosos segundo a saúde física auto-avaliada. Itajaí, SC, 2001.

Saúde física auto-avaliada		
Avaliação	F	%
Péssima	95	9,5
Ruim	312	31,4
Boa	486	48,8
Ótima	85	8,5
NS/NR	17	1,7
TOTAL	995	100

Fonte: Pesquisa do Perfil do Idoso de Itajaí (SC), 2002.

2.4.5 Problemas de saúde

1- Quanto à existência de problemas de saúde, 18,4% comentam não ter nenhum tipo de problema de saúde e 81,4% apresentaram algum distúrbio. Não soube ou não respondeu, 0,4%. Dos idosos do sexo feminino 15,5 % relataram não ter problemas de saúde em comparação com 25,9 % do sexo masculino, o que evidencia que os homens tendem a sentir-se com saúde melhor. (p>0,000 gl=1 $\chi^2 = 14,430$)

2- Quanto ao número de problemas de saúde, 715 (71,9%) apontaram de um a quatro problemas de saúde e 97 (9,7%) relatam ter mais de quatro problemas de saúde

e 179 (18,1%) relatam não ter problema algum. Não soube ou não respondeu, 0,4%.

3- Os problemas de saúde referidos com maior frequência foram: hipertensão arterial (36,9%); doenças osteomusculares (27,9%); doenças cardiovasculares (16,0%) e diabetes mellitus (14,7%). Entre os que referiram problemas de saúde, 50,9% (506) disseram que estes atrapalham as suas atividades diárias enquanto que 30,5% (303) disseram que não. Não souberam, não responderam ou não se aplicava, 10,0%.

4- Foram encontrados 733 (73,7%) idosos que classificaram sua audição como ótima ou boa, ou seja, ouviam com ou sem auxílio de aparelhos; 254 (25,5%) declararam que sua audição é ruim ou péssima. Não soube ou não respondeu, 0,6%. Perguntados se a audição interfere nas atividades diárias, (708) 71,2% não souberam, não responderam ou não se aplicava, porém houve um equilíbrio nas respostas daqueles que responderam: 147 (51,2%) sim e 140 (48,8%) não.

5- A respeito da saúde bucal, 54,7% (544) relatam faltar todos os dentes e em 31,6% (314) a maioria dos dentes está ausente e somente 1,7% (17) apresentam a dentição completa. Não soube ou não respondeu, 0,7% (7). Sobre a higiene bucal, 83,9% (835) usam somente a escovação; 6,3% (63) escovação associada; 3,5% (35) somente bochechos e 3,1% (31) não realizam nenhum tipo de limpeza. Não soube ou não respondeu, 1,5%.

6- Ao questionar sobre ter ocorrido, acidentalmente, perda de urina, 66,5% (662) responderam não ter tido esse problema e 32,8% (326) tiveram. Não soube ou não respondeu, 0,7%. Comparando a incidência por sexo 77,1% (222) dos homens e 62,0% (440) das mulheres relataram não ter incontinência, enquanto 37,1% (260) das mulheres e 22,9% (66) dos homens disseram que sim. ($p > 0,000$ $gl=1$ $\chi^2= 18,679$). Dos 326 que tem incontinência urinária, 80,8% (263) e dos 662 que não apresentaram 89,8% (595) encontram-se na faixa etária entre 60 e 79 anos. ($p > 0,000$ $gl=2$ $\chi^2= 19,221$)

7- Sobre o funcionamento intestinal, 67,4% (671) relatam normalidade, 27,7% (276) acreditam ser constipados e 3,9% (39) têm o intestino solto. Não soube ou não respondeu, 0,9%.

8- Os idosos responderam a questão sobre o hábito de fumar, em 58,2% (579) nunca fumaram; 27,2% (271) são ex-fumantes e 13,8% (137) são fumantes. Não soube ou não respondeu, 0,8%. Percebemos que quanto maior a faixa etária, maior o

percentual de pessoas que nunca fumaram, e quanto menor a faixa etária, maior o percentual de fumantes. ($p > 0,000$ $gl=4$ $\chi^2= 29,385$)

9- A atividade física de maior interesse dos idosos foi a caminhada, praticada por 364; a bicicleta, por 68; a ginástica, por 64; outras atividades, por 35, e somente 02 praticavam a natação. Entre os sexos, encontramos diferenças significativas quanto à modalidades de exercícios praticados: bicicleta, 56 (82,4%) são homens e 12 (17,6%) são mulheres. ($p > 0,000$ $gl=1$ $\chi^2= 49,479$); na ginástica, 49 (90,7%) são mulheres e 05 (9,3%) são homens. ($p > 0,001$ $gl=1$ $\chi^2= 11,023$).

2.4.6 Sexualidade

No aspecto sexual, de um modo geral, 66,1% (658) os idosos revelam que não mantêm relações sexuais e 30,1% (299) mantêm. Não souberam ou não responderam, 3,8%. Comparando homens e mulheres, 38,8% (109) dos homens e 81,2% (549) das mulheres relatam não ter relações ou práticas sexuais; dos que têm, 61,2% (172) são homens e 18,8% (127) são mulheres. ($p > 0,000$ $gl=1$ $\chi^2= 166,292$). Ao relacionar grupos etários com as relações sexuais, detectou-se que quanto mais avançada a idade cronológica, maior é o percentual de não praticar essas atividades: 92,7% dos que estão com idade igual ou superior a 80 anos relatam não ter relações sexuais, enquanto 43,2% com idade entre 60 e 69 anos relatam que sim. ($p > 0,000$ $gl=2$ $\chi^2= 79,345$).

2.4.7. Utilização de serviços de saúde

1- Quanto à utilização dos serviços de saúde, na questão da procura em primeiro lugar quando se está doente ou necessitando de atendimento médico, verificou-se que os idosos buscam: o SUS/policlínica/postos de saúde, 581 (58,4%); médicos ou hospitais credenciados pelo seu plano de saúde, 198 (19,9%); médicos ou clínicas particulares, 104 (10,5%); pronto socorro do hospital, 55 (5,5%); nunca procura nenhum atendimento de saúde, 27 (2,7%) e a farmácia, 10 (1,0%). Outros serviços além dos citados, não souberam/não responderam, 20 (2,0%).

2- Nos últimos seis meses, 79,9% (705) consultaram o médico; 64,6% (643) fizeram exames clínicos; 90,1% (896) não fizeram nenhum tratamento fisioterápico; 85,5% (851) não estiveram internados e 82,8% (824) não foram ao dentista. Dos

idosos respondentes, 799 (80,5%) estão satisfeitos com os serviços de saúde que utilizam regularmente e 120 (12,1%) não estão. Não souberam, não responderam ou não se aplica, 74 (7,4%).

3- Porém, 547 (55,0%) relatam haver algum tipo de problema na utilização, com maior incidência de insatisfação para os exames clínicos prescritos 643 (64,6%); o custo dos medicamentos prescritos 454 (45,6%); a demora para marcar consultas e exames 313 (31,5%); o custo dos serviços de saúde 298 (29,9%) e o tempo de espera para ser atendido(a) no consultório 222 (22,3%).

4- Quanto ao tratamento dentário, 609 (61,2%) dos idosos responderam que não procuram o dentista há muito tempo (mais de dois anos) e 238 (23,9%) procuram o dentista particular; 104 (10,5%) usam serviços gratuitos e 26 (2,6%) usam serviços dentários credenciados pelo seu plano de saúde. Outros serviços, além dos citados, não souberam ou não responderam, 18 (1,8%). Com respeito à satisfação com os serviços dentários utilizados, 352 (35,4%) estão satisfeitos e 26 (2,6%) não estão; no entanto, 617 (62,1%) não souberam, não responderam ou não se aplicava a questão.

5- No aspecto de recursos tecnológicos utilizados para amenizar os problemas de saúde existentes, 815 (81,9%) dos idosos usam dentaduras e 783 (78,7%) necessitam de óculos ou lentes de contato; 979 (98,4%) não utilizam aparelho para a surdez; 963 (96,8%) não usam bengala e 27 (2,7%) usam; 982 (98,7%) não utilizam a muleta; e 976 (98,1%) não utilizam a cadeira de rodas. E questionados sobre a necessidade atual de trocar uma dessas ajudas, 38,4% (382) e 32,3% (321) solicitam como prioridade os óculos e a dentadura/ponte/dente postiço, respectivamente.

6- Quanto ao uso de medicamentos, 748 (75,2%) dos idosos tomam remédios regularmente e 244 (24,5%) não tomam. Não soube ou não respondeu, (0,3%). Percebeu-se que 563 (80,3%) das mulheres e 185 (63,6%) dos homens utilizam algum tipo de remédios, regularmente e 106 (36,4%) dos homens e 138 (19,7%) das mulheres não utilizam. ($p > 0,000$ $gl=1$ $\chi^2= 31,070$).

7- A quantidade de medicamentos ingeridos pelos idosos regularmente foi de 1 a 5 remédios, em 689 (69,3%) e de 6 a 10 remédios em 57 (5,7%). Não souberam, não responderam ou não se aplica, 249 (25,0%)

8- Em caso de doença o cuidador principal referido dos idosos é a filha 47,3%

(471) e cônjuge 25,0% (249). Se compararmos por sexo, percebemos que (183) 63,8% dos idosos são atendidos pela sua esposa e 53 (18,5%) pela filha; inversamente esse dado é apresentado com as idosas, 418 (60,4%) são cuidadas pela filha e 66 (9,5%) pelo esposo. ($p > 0,000$ $gl=5$ $\chi^2= 324,956$).

2.4.8 Atividades sociais

1- Verificou-se que 87,2% dos idosos não participam de nenhum grupo ou atividades específicos para a terceira idade, mas 12,3% participam, totalizando 139 idosos, dos quais 13,9% freqüentam o Centro de Convivência do Idoso em Itajaí (SC). A maioria está satisfeita (92,8%) com as atividades em que participam.

2- Quanto ao relacionamento familiar, 83,0% dos idosos estão satisfeitos com as pessoas com as quais residem. É importante relatar que 134 pessoas vivem sozinhas (13,5%).

3- Sobre ajuda ou assistência da família para o idoso, foi encontrado o seguinte: companhia/cuidado pessoal (59,4%); apoio financeiro (33,1%) e moradia (19,1%). Por outro lado, o idoso ajudando ou assistindo os seus familiares, foi detectado: companhia/cuidado pessoal (48,5%); moradia (40,0%); apoio financeiro (30,2%) e cuidar de criança (28,1%).

4- Quanto às necessidades ou carências que afetam o idoso detectou-se com maior evidência: a econômica (57,5%); a de saúde (52,1%) e a de segurança (32,6%).

2.4.9 Problemas sentidos pelos idosos

Ao finalizar a entrevista com os idosos foi perguntado qual é o problema mais importante do seu dia-a-dia, obtendo-se os seguintes resultados: problemas de saúde (24,9%); preocupação com os filhos/netos (21,7%); medo da violência (17,2%); problemas econômicos (14,1%) e problemas de isolamento/solidão (2,7%).

Tal perfil, apresentado aqui de modo sintético e o relatório na íntegra, constituem-se em documento, básico e essencial, norteador da formulação de propostas estratégicas adequadas à operacionalização de política pública de saúde no município, vislumbrando enfoque dirigido especificamente para atenção de saúde e da vida cotidiana das pessoas idosas proporcionando-lhes condições para um viver mais digno.

CAPÍTULO III

Referencial teórico: Welfare State e as políticas públicas de saúde

*... não se pode fazer política social redistributiva,
emancipatória, preventiva sem orçamento adequado.*

Pedro Demo

3 REFERENCIAL TEÓRICO: *WELFARE STATE* E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

3.1 Discussão do conceito do *Welfare State*

Neste estudo busco subsídios teóricos sobre o *Welfare State*¹¹ (Estado de Bem-Estar Social) com o olhar na sua influência e importância para as definições e políticas sociais de um país, especialmente a política de saúde voltada à população idosa.

Na obra denominada *Política Social*, escrita em 1965, Marshall procura descrever a origem do *Welfare State* na Inglaterra e a sua evolução no pós-guerra (década de 50 e início dos anos 60). Para o autor, o Estado de Bem-Estar Social naquele país tem início em meados da Era Vitoriana, ou seja, no último quarto do século XIX. Um período considerado de prosperidade e confiança teria marcado o início da adoção de medidas de políticas sociais, como: leis de assistência aos indigentes, leis de proteção aos trabalhadores da indústria, medidas contra a pobreza, entre outras. Em tais medidas encontrava-se o embrião do que, mais tarde, após a IIª Grande Guerra seria chamado e conhecido como *Welfare State* (ARRETCHE, 1995). *Welfare State* foi uma expressão inventada na década de 40, ainda que a menção *Welfare Policy* – Política de bem-estar – ocorra desde o início do século XX (NOGUEIRA, 2002).

A razão para o surgimento de tais medidas, as quais levariam à sociedade inglesa do século XX um aparelho estatal administrativamente preparado para garantir aos seus cidadãos uma vida digna, está, segundo Marshall, na industrialização do país.

O nível econômico de um país, como o ocorrido na Europa é a causa fundamental do desenvolvimento do *Welfare State*, cujos efeitos são sentidos principalmente nas mudanças demográficas do século passado e no investimento em

¹¹ Esping-Andersen (2000) estabelece distinções entre Estado de Bem-Estar e regimes de bem-estar. Enquanto o primeiro é uma construção histórica na redefinição dos papéis e funções do Estado-nação; no outro “se pode definir un régimen del bienestar como la forma conjunta e interdependiente en que se produce y distribuye el bienestar por parte del estado, el mercado y la familia” (NOGUEIRA, 2002; p. 30).

seus próprios programas. Com a modernização, as taxas de natalidade declinaram, elevando o número de idosos e, conseqüentemente, os gastos públicos. Mas uma vez estabelecidos, os programas sociais crescem, movendo-se em todo lugar e direção, ocasionando maior cobertura e elevados benefícios. Assim, o crescimento do gasto com seguridade social¹² começa como conseqüência natural do crescimento econômico e seus efeitos demográficos, sendo acelerado pela interação das percepções políticas das elites e das pretensões das massas e das burocracias do *Welfare State* (ARRETCHE, 1995).

Titmuss (1963) afirma que a origem dos programas do *Welfare State* está na crescente complexidade da divisão social do trabalho propiciada pelo desenvolvimento da sociedade industrial, no qual o fator operativo dominante foi a crescente divisão do trabalho na sociedade e, simultaneamente, um grande crescimento na especificidade do trabalho, necessitando ampliar os serviços sociais. Assegurando que essa mesma sociedade foi quem gerou os problemas sociais. Para Gough (1979) apud Draibe (1988) a origem do *Welfare State* é encontrada no conflito de classe trabalhadora e no crescimento da classe trabalhadora, sendo este o resultado da organização e ação das massas.

Contudo, os serviços sociais são respostas a necessidades, quer individuais, quer coletivas, que visam garantir a sobrevivência da sociedade. Certamente essas necessidades variam muito com o tempo. A modificação e, sobretudo, a ampliação dos serviços sociais dependem do contexto social, político e econômico vivido num momento histórico da sociedade (ARRETCHE, 1995).

Lembrando a argumentação de Wilensky, Arretche (1995) destaca que o crescimento econômico e demográfico explica a emergência generalizada do *Welfare State* nos países desenvolvidos. Justifica seu posicionamento com base na constatação de que os padrões mínimos, sob a fiança governamental, de renda, alimentação, saúde, habitação e educação, são assegurados como direito político, e não como caridade, para toda a população de um país.

¹² A seguridade social é compreendida como um conjunto diversificado de políticas sociais governamentais, estendida aos cidadãos, com caráter de universalidade, cobertura ampla e acesso generalizado, enquanto proteção social na linha de direitos sociais. O discurso da universalidade dos direitos vai se conformando particularmente em cada país, expressando as formas práticas, discursos e valores que se constroem na trama das forças sociais (NOGUEIRA, 2002).

Para Nogueira (2002, p. 32), “*problemas no sentido dos efeitos da industrialização sobre a população – estratificação social, processos inovadores de trabalho para segmentos que vêm da área rural, aumento da mão-de-obra feminina, etc, - vêm exigindo novos mecanismos de coesão e integração sociais*”. Contudo, as possibilidades da implantação de programas sociais que atendam tais necessidades dependem da provisão econômica do país e da vontade política dos governantes, para sustentá-los e expandi-los (ARRETCHE, 1995).

O Estado capitalista parte da premissa de que deve desempenhar duas funções básicas e muitas vezes contraditórias: acumulação e legitimação. Isto é: o Estado deve tentar manter ou criar, as condições que faça possível uma lucrativa acumulação do capital. Ao mesmo tempo, deve manter ou criar as condições de harmonia social. Um Estado capitalista que empregue abertamente sua força de coação para ajudar uma classe a acumular capital à custa de outras classes perde a sua legitimidade e abala a base de suas lealdades e apoios. Porém, um Estado que ignore a necessidade de assistir o processo de acumulação de capital arrisca-se a secar a fonte de seu próprio poder, a capacidade de produção de excedentes econômicos e os impostos arrecadados de tal excedente e outras formas de capital, levando à crise fiscal do Estado. (O’CONNOR, 1977). Assumindo a interpretação de James O’ Connor, Nogueira (2002, p. 35) descreve que

o Estado capitalista de Bem-Estar tenta desempenhar duas funções básicas que são paradoxais: a de manter um processo contínuo de acumulação do capital e ao mesmo tempo garantir ou criar condições de harmonia social, favorecendo as suas bases de legitimação. Estas duas funções determinam os gastos que o Estado tem de investimento e consumo social – capital social e o dispêndio com despesas sociais, necessários para manter a legitimação do Estado e a harmonia social exigida para a acumulação do capital.

Arretche (1995) revisando as três obras de Offe (autoridade contemporânea em *Welfare State*): *Politics & Society* (1972); *Problemas Estruturais do Estado Capitalista* (1979) e um conjunto de artigos publicados em 1984, verificou a evolução do entendimento do *Welfare State*, segundo as características históricas da época e do contexto político.

Segundo a mesma autora, Offe (1972) afirmava que o *Welfare State* é

essencialmente um fenômeno das sociedades capitalistas avançadas e que essas sociedades (sem exceção) criam estruturalmente problemas endêmicos e necessidades não atendidas. Portanto, o *Welfare State* seria uma tentativa de compensar os novos problemas criados por essas sociedades. O *Welfare State* não apenas não representa uma mudança estrutural das sociedades capitalistas, mas seria essencialmente uma resposta funcional ao seu desenvolvimento. “O *Welfare State* não pode lidar diretamente com as necessidades humanas fundamentais; ele pode apenas tentar compensar os novos problemas que são criados na vaga do crescimento industrial” (OFFE, 1972, p. 482).

Em sua obra de 1979, Offe já falava que uma das razões pelas quais o Estado deve garantir as condições da reprodução ampliada do capital corresponde a sua dependência estrutural dessa reprodução, fundamentalmente porque a “saúde financeira” do Estado depende da “saúde da economia”. Faz parte do cálculo econômico da burocracia estatal considerar que sua estabilidade e expansão dependem da manutenção e da acumulação. Essa dependência seria um princípio seletivo no processo de decisão interna do Estado para a definição de políticas estatais.

Já na coletânea de artigos publicados em 1984, sugere que o desenvolvimento do capitalismo gera problemas sociais, como: necessidade de moradia para os trabalhadores concentrados na indústria, a necessidade de qualificação permanente da força de trabalho, desagregação familiar e social gerando disfuncionalidades que se expressam sob a forma de problemas sociais. Em tal situação, o Estado se vê obrigado a assumir o encargo desses novos problemas. O *Welfare State* representa, portanto, forma de compensação do desenvolvimento industrial.

A emergência de programas sociais não é resultado de opções no campo político, tendo em vista que as alternativas políticas são poucas, porém são as condições econômicas e sociais que determinam a emergência do *Welfare State*. Assim os programas sociais seriam fundamentalmente uma forma de corrigir ou compensar disfuncionalidades, expressas no plano social das operações do sistema capitalista.

A política social é a forma pela qual o Estado tenta resolver o problema da transformação duradoura de trabalho não assalariado em trabalho assalariado. A consolidação do trabalho assalariado supõe que o Estado seja bem-sucedido na

estratégia empregada para tal integração. Entretanto, a política de cunho neoliberal de hoje, minimiza o papel do Estado, gerando desemprego estrutural porque o acesso ao mercado de trabalho é cada vez mais difícil e, quando se consegue, a remuneração, ela é baixa. Isso estimula a economia informal, o que comumente priva as pessoas dos benefícios e das condições de trabalho apropriado e da assistência social oferecida pelo setor formal da economia.

Os condicionantes da emergência e do desenvolvimento do *Welfare State* são preponderantemente de ordem política. O *Welfare State* é resultado de uma ampliação progressiva de direitos – dos civis aos políticos e dos políticos aos sociais.

Por meio da política social, a crescente igualdade política modifica as desigualdades econômicas. A noção de cidadania em uma retrospectiva histórica (início no século XVII) compreende três tipos de direitos: a) os direitos civis (relacionados aos direitos necessários à liberdade individual, o que compreende inclusive direitos no campo das relações de trabalho); b) os direitos políticos (relacionados ao direito de participação no exercício do poder político) e c) os direitos sociais (relacionados à participação na riqueza socialmente produzida). Estes diferentes direitos foram separados na sociedade industrial, evoluindo de modo distinto (MARSHALL, 1967). Não somente a noção de cidadania é explicada pela ampliação progressiva de seu conteúdo, como a evolução de cada dimensão dos direitos: (civil, político e social), mas é explicada pela universalização, ou seja, a ampliação progressiva das camadas sociais que a eles tinham acesso (ARRATECH, 1995).

MARSHALL (1967, p.75) descreve que:

os direitos civis surgiram em primeiro lugar e se estabeleceram de modo semelhante à forma moderna que assumiram antes da entrada em vigor da primeira Lei de Reforma, em 1832. Os direitos políticos se seguiram aos civis, e a ampliação deles foi uma das principais características do século XIX, embora o princípio da cidadania política universal não tenha sido reconhecido, senão em 1918. Os direitos sociais, por outro lado, quase que desapareceram no século XVIII e princípio do XIX. O ressurgimento destes começou com o desenvolvimento da educação primária pública, mas não foi senão no século XX que eles atingiram um plano de igualdade com outros dois elementos da cidadania.

Portanto, a origem das políticas sociais do século XX é expressão desta história, na qual o escopo dos direitos alarga-se progressivamente. E essa ampliação ocorre no âmbito da sociedade e no plano do Estado, sobretudo pela ação das classes altas.

Para Rosavallon (1981), o Estado de Bem-Estar guarda uma positividade peculiar, nascida do movimento Estado-nação moderno. O Estado moderno, tal como forjado do século XIV ao século XVIII, definiu-se como Estado protetor. Não existe Estado sem que se cumpra a função da proteção e sem que este permita a realização de um indivíduo portador de direitos (direito à vida e à propriedade); portanto, a forma política específica do Estado moderno é o Estado protetor. O *Welfare State* é a extensão do Estado protetor. As noções de proteção da vida e da propriedade sofrem uma ampliação para o campo dos direitos civis, na qual “*os direitos econômicos e sociais aparecem naturalmente como um prolongamento dos direitos civis*” (p. 23).

O movimento democrático reivindicará os direitos completos da cidadania para todos os indivíduos: o direito de voto, mas também o direito de proteção econômica, como função do Estado. E é esse movimento de ampliação do conjunto de direitos a ser atendido pelo Estado que dará origem ao Estado-previdenciário (ROSAVALLON, 1981). Portanto, o *Welfare State* revela uma versão do contrato social celebrado entre os indivíduos e entre estes e o Estado, contemplando suas dimensões econômicas e sociais, sob o signo da economia política e da laicização da sociedade.

Ao final de cada guerra, quando a sociedade encontra-se fragilizada, parece ocorrer uma reafirmação mais acentuada da natureza do Estado protetor/ Estado de Bem-Estar. “*Trata-se de renovar os laços sociais que constituem uma nação e, portanto, de dar vazão ao movimento de democratização das relações sociais através do Estado, movimento este que vai dos direitos civis aos direitos sociais, passando pelos direitos políticos*” (ARRETICHE, 1995, p. 21).

Ao comentar sobre a obra de Ian Gough – *The Political Economy of the Welfare State*, Arretche (1995) destaca que para aquele autor o *Welfare State* significa uma das facetas do Estado capitalista contemporâneo, ou seja, sua faceta social, que são os programas sociais. Embora qualifique a natureza do Estado nos países em desenvolvimento capitalista avançado, o *Welfare State* diz respeito essencialmente

àquelas atividades estatais referentes às classes trabalhadoras ou à manutenção daquela parcela da população que não produz diretamente.

Draibe (1988) define *Welfare State* como um tipo de regulação exigida do Estado e da Sociedade face as transformações ocorridas no âmbito da produção. Tais situações provocaram a emergência de sistemas nacionais públicos ou fortemente regulados de educação, saúde, previdência social, substituição de renda, assistência e habitação. Reconhece-se que a

crise econômica atual vem solapando as bases de financiamentos sociais: seja pela diminuição das receitas e/ou das contribuições sociais, provocadas pela redução da atividade econômica, seja pelas pressões advindas do desemprego crescente e da aceleração inflacionária, que elevam os custos e despesas sociais. Desta forma, o Estado vêm sendo cada vez mais incapaz de responder às exigências financeiras impostas pelos programas atuais. (p. 55)

A recessão financeira nos programas sociais do governo talvez não seja a principal causadora na crise do Estado de Bem-Estar e sim o da necessidade de reorientá-los no sentido de se reconstituírem de fato, em mecanismos efetivos de solução de problemas para a elaboração e operacionalização das políticas sociais. A crise do Estado de Bem-Estar é produzida, principalmente, pela burocratização e centralização das ações. A burocratização excessiva dos programas sociais e a centralização exagerada dos processos decisórios são elementos que inibem e obstaculizam a democracia, provocando situações de má administração pública (DRAIBE & HENRIQUE, 1988).

O Estado de Bem-Estar é visto como uma articulação de conflitos distributivos, especialmente um conflito entre princípios de mercado e princípios de alocação política, centrada em torno dos arranjos institucionais das políticas sociais (Fleury, 1994). “*Política social é aquela centrada em instituições que criam integração e desencorajam alienação*”, (Titmus & Watson apud FLEURY, 1994, p.111).

Um dos estudos mais concreto é o de Wilensky (1975), não somente pela abrangência, mas também pela radicalidade de sua tese central: asseveram que o desenvolvimento econômico e suas conseqüências em termos de urbanização e industrialização acarretam os processos de mobilização e organização, ao lado do

aumento da burocracia central, e são a causa fundamental de emergência do *Welfare State* (FLEURY, 1994).

Além de ter-se tornando um modelo em quase todos os países ricos ocidentais, independentemente de partido político, desde a IIª Grande Guerra Mundial, o Estado de Bem-Estar notabilizou-se por seu impacto econômico e político, como: aumento econômico favorecendo as economias capitalistas avançadas e a transformação do padrão de conflito industrial e de classe numa forma que se afasta cada vez mais do radicalismo político, e até mesmo revolucionário, e que conduz a um conflito de classe economicista, centrado na distribuição e na crescente industrialização (OFFE, 1972).

3.2 Os dilemas do *Welfare State*

Os dilemas do Estado de Bem-Estar advêm de seus efeitos diretos sobre o regime político e a inabilidade das elites políticas dos regimes democráticos para governar e efetivamente modificar as instituições básicas de atendimento. Constituem expressão dos limites no sistema vigente de “controle social” (Draibe & Henrique, 1988), controle este referente à habilidade de uma sociedade engajar-se na auto-regulação, ou seja, em criar uma ordem social que extirpe as formas e controles coercitivos.

A crise do Estado de Bem-Estar, conforme Draibe & Henrique (1988), tem origem e poderá ser resolvida nos planos sociais e políticos da sociedade. A deficiência financeira é proveniente do desequilíbrio crescente entre receitas e despesas de um governo. Portanto, o equilíbrio entre essas dimensões faz-se necessário para a efetivação da qualidade de vida da população. Outras alternativas implicam modificações do equilíbrio social existente entre indivíduos, categoria social e agentes econômicos. Contudo, “*o Welfare State mostrou, pelo menos no início, que é possível arquitetar um Estado a serviço da cidadania*” (DEMO, 2002, p.25).

Entretanto, ao situar a crescente expansão do Estado no campo social como um fenômeno do capitalismo, Gough (1979), citado em Arretche (1995), diz que é um processo de acumulação capitalista que cria “necessidades” ou “demandas” para a

política social; a resposta do Estado sob a forma de políticas sociais representa uma resposta à necessidade gerada no e pelo modo de produção capitalista, ou seja, pela acumulação de capital.

Para o autor, dado o fato de que os avanços sociais ocorrem no interior do modo de produção capitalista, não há como evitar a existência de uma classe dominante que visa maximizar e manipular os lucros. Isto implica que o processo de acumulação capitalista estabelece um limite para a expansão das políticas sociais. Portanto, o sucesso do *Welfare State* é barrado pelas possibilidades postas pela acumulação de bens e pela própria capacidade de financiamento dos programas sociais.

O *Welfare State* é o resultado de um acordo entre capital e trabalho organizado, dentro do capitalismo. Porém, o Estado age essencialmente na defesa do interesse da classe capitalista. Contudo, é a ameaça de um movimento social forte que faz com que a classe capitalista pense e aja de forma a buscar estratégias para melhorar a vida das pessoas.

Dois fatores importantes explicam o crescimento do *Welfare State*: o grau de conflito social, e especialmente a força e forma de luta da classe trabalhadora, e a habilidade do Estado capitalista em formular e implementar políticas de modo a assegurar a longo prazo a reprodução das relações capitalistas de produção (GOUGH (1979) apud ARRETCHE, 1995).

Arreteche (1995) alerta que no pós-guerra se consolida uma aliança entre o capital e o trabalho, a qual foi a base do desenvolvimento econômico ocorrido nas duas décadas seguintes; foi naquele momento que as políticas sociais ocuparam um lugar de destaque, dando abertura para os direitos sociais que são a origem do *Welfare State*.

Com os movimentos sociais ocorreram as modificações na organização da classe trabalhadora, a qual obteve maior poder de negociação para as suas reivindicações. A política social tornou-se uma arena para acumulação de recursos de poder da classe trabalhadora, tendo como princípio as trocas: mercado pela distribuição social e direitos de propriedade por direitos sociais (ESPING-ANDERSON, 1985). A implementação (ou não) de políticas sociais depende da forma pela qual cada país resolve o seu conflito distributivo.

Para Draibe & Henrique (1988) a maioria dos analistas da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) acredita que o *Welfare State* enfrenta hoje problemas derivados da crise econômica fundamentalmente pelo aspecto financeiro. Enfrenta também dificuldades específicas que envolvem o questionamento da estrutura atual dos programas sociais, gerando questões como: “*estariam os programas sociais, de fato, promovendo maior equidade social?..... respondem aos problemas de desemprego e demandas sociais crescentes? têm efetivamente contribuído para uma performance positiva da economia?*” (p.56). Várias são as divergências sobre tais questões, mas tanto os analistas da OCDE quanto outros apontam para a necessidade de serem reexaminadas as políticas sociais diante da crise e pressões sociais e políticas, para uma utilização mais humana, racional e democrática dos recursos, assim como de satisfação equilibrada das necessidades da população.

Esping-Anderson (1991) salienta os três regimes de *Welfare State*: a) *o regime social democrata* adotado no norte da Europa (países escandinavos), onde os operários conseguiram conquistar políticas sociais e expressar-se politicamente como sociais-democrata. O *Welfare State* aqui corresponde a um sistema de proteção social abrangente, com cobertura universal e com benefícios garantidos como direitos, cujo valor é desvinculado do montante da contribuição do beneficiário, assegurando os mínimos vitais, distribuídos segundo os critérios de equalização e não de mérito; b) *o regime ou modelo conservador*: ocorreu na Alemanha, França, Áustria, Japão, Bélgica e Itália, países onde a Igreja teve um papel importante nas reformas sociais e onde o absolutismo era forte, marcado pela iniciativa estatal, destinado a promover lealdade e subordinação ao Estado e deter a marcha do socialismo. Os movimentos operários aqui foram influenciados pelo catolicismo, marcados pelo corporativismo e por esquemas de estratificação ocupacional; c) *o regime ou modelo liberal*: foram adotados pelos países de tradição anglo-saxônica: EUA, Austrália, Suíça, Canadá e Inglaterra. Os movimentos operários aqui eram fracos eleitoralmente, e o impulso burguês foi especialmente forte na constituição da sociedade. Financiados, basicamente, pela contribuição individual e vinculando contribuição a benefício, tais regimes tendiam a estabelecer estreito limite para a intervenção estatal e máximo estopo para o mercado na distribuição dos serviços. Mesmo tendo princípio universal, trata-se

fundamentalmente de universalizar as oportunidades e não os resultados, de modo a estimular a capacidade do indivíduo em se proteger.

O *Welfare State* é resultado de configurações históricas particulares de estruturas estatais e instituições políticas, instituições governamentais, regras eleitorais, partidos políticos e as políticas públicas anteriores e suas transformações ao longo do tempo criam muito dos limites e oportunidades no interior das quais as políticas sociais são concebidas e modificadas pelos atores politicamente ativos no curso da história de um país (Skocpol (1992) apud ARRETECHE, 1995).

Mudanças econômicas, demográficas e ideológicas e, fundamentalmente, a capacidade do Estado para planejar, administrar e extrair recursos são uma pré-condição para a implantação de programas sociais modernos, a forma de seu desenvolvimento está estreitamente relacionada à formação do Estado nacional, à natureza das instituições políticas e aos processos políticos. Draibe & Henrique (1988) afirmaram que o *Welfare State* não passa por uma verdadeira crise, mas sim, sofre uma mutação em sua natureza e operação.

É na formação do Estado nacional que se definem as suas capacidades e o seu grau de autonomia. Essa formação é determinada pela posição do país nas relações internacionais (ordem externa) e seqüência de burocratização/democratização, o interesse das elites e dos setores populares pela democracia e o grau de comercialização da economia (ordem interna). A natureza da instituição consiste no processo e na sustentação políticos de determinada inovação política e ocorre em um determinado contexto institucional, ou seja, é o conjunto de organizações estatais e partidárias e dos procedimentos políticos existentes em dado momento histórico. Os processos políticos são influenciados pelas ideologias e pelos valores culturais e vice-versa, assim a política cria as políticas, e as políticas também criam a política (ARRETECHE, 1995).

O *Welfare State* pode ser considerado um campo de escolhas, de solução de conflitos no interior de uma sociedade (capitalista avançada), conflitos nos quais se decide a redistribuição dos frutos do trabalho social e o acesso da população à proteção contra riscos inerentes à vida social, proteção concebida como um direito de cidadania (Ibidem).

3.3 A construção do *Welfare State* no Brasil

Draibe (1992) observa que o Brasil tentou construir, no passado recente, um tipo específico de Estado de Bem-Estar Social. Desde a sua história colonial, o estado brasileiro desenvolveu ações fragmentadas na área social, em particular em dois campos, educação básica e assistência social. Contudo, um moderno Estado de Bem-Estar Social só emerge a partir das transformações político-institucionais dos anos 30, período ditatorial, e sua plena consolidação apenas se completa na década de 70, quando então se mostra como um sistema coerente, definido por princípios próprios e assentados sobre um esquema de financiamento específico.

Ao longo das décadas de 70 e 80 o Brasil tenta buscar o seu *Welfare State*, na tentativa de satisfazer algumas demandas da população desprotegida. A criação do Instituto Nacional da Alimentação e Nutrição (INAN), do Funrural e, posteriormente, das Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Único de Saúde (SUS) e dos mecanismos de seguro-desemprego são exemplos claros da busca de uma universalização dos direitos sociais (MEDICI, 2003).

Políticas governamentais nas áreas da saúde, previdência e assistência social, educação, habitação, saneamento, transporte, suplementação alimentar são, dentre outras, expressões da intervenção do Estado. Tais políticas sociais constituem sistema estatal de proteção social a nível nacional ou *Welfare State* (ARAGÃO & COUTO, 2003). Os conteúdos substantivos mais correntes do *Welfare State* são os mecanismos de garantia e substituição de renda, saúde, educação e habitação. No Brasil, segundo Aragão & Couto (2003, p.1), “o *Welfare State* tem sido clientelista, embora sem perder o seu conteúdo corporativista”. O *Welfare State* surge por três razões básicas: garantia de renda mínima as famílias, garantir segurança as famílias nas contingências sociais (doença e velhice) e assegurar a todos os cidadãos qualidade nos serviços sociais; caracterizando assim o sentido clientelista. É corporativista por ter sido fruto das lutas de classe, tornando-se articulação das políticas redistributivas para os mais necessitados.

Para Draibe (1988), o Brasil teve como referência a década de 30, pois é a partir

desse período que houve uma transformação do Estado brasileiro através de sistemas organizados de proteção social, nacionalmente articulados e traduzindo um determinado grau de regulação estatal. Essas transformações permitem que se definam dois períodos: 1930 a 1943 e 1966 a 1971.

No primeiro período (1930 – 1943), tem-se a criação dos institutos de aposentadoria e pensão (IAPs), cobrindo riscos relacionados à perda temporária ou permanente da capacidade laborativa (velhice, invalidez, doença e morte), organizando a prestação de serviços da assistência médica e a implantação da legislação trabalhista, que acontecem em meio à alteração nas áreas das políticas de saúde e de educação. É quando ocorre a centralização, no Executivo Federal, de recursos e de instrumentos institucionais e administrativos. Nos anos seguintes até o início do segundo período, essas ações se ampliam, mas ainda sob um padrão seletivo, heterogêneo e fragmentado.

Até meados de 30, de acordo com Draibe (1992), o Brasil não apresentava qualquer política nacional de saúde. Com a criação do Ministério da Educação e de Saúde e de seu Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, em 1930 organizaram-se duas estruturas no país: a de saúde pública – campanhas nacionais e a de seguro-saúde - ligadas aos IAPs. Foi nesse período que se reforçou a medicina curativa, priorizando o atendimento em um modelo hospitalocêntrico, em detrimento da medicina preventiva.

Nogueira (2002, p. 37) ressalta que: *“Há, entre os estudiosos, ressaltando-se algumas divergências, o reconhecimento de que o surgimento e a consolidação do Welfare State não podem ser explicados sem se considerar a dinâmica de expansão do capitalismo contemporâneo”*. E acrescenta aqui o pensamento de Vianna (1998):

[...] com as mudanças operadas no processo de acumulação a partir dos anos 30, redefine-se o papel do Estado, criando-se as bases econômicas, políticas e ideológicas para o provimento público de bem-estar. [...] a difusão do fordismo como modelo de organização industrial e a imensa aceitação das propostas Keynesianas, foram elementos essenciais para a construção do conceito de Seguridade Social.

Para compreender a natureza e as formas de implementação das políticas sociais

naquele período, é mister compreender as características do Estado Populista, enquanto fonte de poder político, que teve nas massas populares a base da sua legitimidade. O Estado passou a atuar com o arbítrio dos interesses dos diversos segmentos sociais, privilegiando, nas políticas estatais de corte social, os setores médios urbanos e a burguesia industrial (GUIMARÃES, 1993).

No período de 1945 a 1964, denominado “democracia populista”, observou-se a ampliação do padrão de cooptação da classe trabalhadora via políticas sociais. O Golpe de Estado organizado por forças políticas civis e militares produziu uma reorientação da relação entre o Estado e a economia. *“De uma política econômica de caráter claramente nacionalista, passou a vigorar um modelo econômico de orientação liberal, que previa redução da intervenção estatal na economia”* (GUIMARÃES, 1993, p. 6).

No segundo período (1966 – 1971), quando ocorre a consolidação do sistema iniciado no primeiro, observa-se uma radical transformação das políticas sociais, tendo como pano de fundo os acelerados processos de industrialização, urbanização e transformação da estrutura social brasileira. É quando se organizam os sistemas públicos nacionais, ou estatalmente regulados, na área de bens e serviços sociais básicos (educação, saúde, assistência social, previdência e habitação), superando a forma anterior. Rompeu-se a forma do padrão corporativista vigente no populismo, engendrando um modelo de cooptação calcado não mais no atendimento dos interesses de uma burocracia sindical atrelada ao Estado, mas sim na associação de determinados indivíduos e grupos empresariais. Em 1967, o sistema incorpora o regime relativo a acidentes de trabalho. Em 1974, cria-se outro benefício destinado a inválidos e idosos com mais de 70 anos e que não contribuíram no passado – a renda mensal vitalícia. E três únicos benefícios foram criados entre 63 e 74: o salário-maternidade, o salário-família e o auxílio-natalidade. Esse é também um período de inovação em política social: consolida-se a intervenção estatal na área da habitação; introduzem-se mecanismos de formação do patrimônio dos trabalhadores (FGTS, PIS-PASEP) e, por fim, incorpora-se o trabalhador rural (FUNRURAL) ao mundo dos direitos sociais trabalhistas. É a fase do “milagre econômico” e da repressão política. Assiste-se ao aprofundamento das relações entre o Estado e o capital estrangeiro e o distanciamento

radical do Estado com a sociedade; todavia, foi um momento de aplicação de medidas de grande impacto econômico e social como forma de legitimação do Estado autoritário. Contudo, Guimarães (1993, p. 7) destaca que, “*a consolidação da política social como um sistema estruturado de intervenção estatal só se deu a partir do governo Geisel (1974 – 1979)*”, momento em que pela primeira vez foi assumido que a política social não poderia ser entendida como um subproduto da economia, mas resultado das articulações políticas entre o Estado e a sociedade.

Com o término do regime militar no Brasil, iniciou-se a Nova República (1985) e com ela anunciou-se a intenção de resgatar a dívida social. O diagnóstico da dramática situação social do país identifica graves distorções do modelo de proteção social vigente. A tese básica da intervenção era que o assistencialismo, a tutela e a manipulação, o clientelismo e o arbítrio deveriam ser suprimidos da sociedade, e o direito social de cidadania deveria ser traduzido em benefícios e serviços sociais públicos (ARAGÃO & COUTO, 2003).

Conforme Aragão & Couto (2003), a partir de 1988 começou um outro ciclo constitucional brasileiro – Constituição de 1988 – que representou uma nova chance de avanços significativos no padrão brasileiro de proteção social, como os princípios universalistas dos direitos sociais, visando a uma igualdade, via políticas de Estado, por exemplo.

As áreas de seguridade social (saúde, previdência e assistência social); de educação (creches, pré-escola, ensino básico, secundário e superior) e de habitação foram contempladas pela Constituição de 1988. Porém, como havia necessidade de legislação e financiamentos próprios, muitas ações não foram alcançadas.

No final da década de 80 foi possível vislumbrar uma descentralização político-administrativa, com forte vertente municipalista mais comprometida com o interesse da dinâmica da comunidade.

Draibe (1992) classifica o *Welfare State* brasileiro como meritocrático-particularista-clientelista no período entre o início da década de 70 e fins da de 80. Tipos meritocráticos agem como mecanismos de estratificação social à medida que definem políticas específicas para grupos sociais diferentes. Para elegibilidade exige, além da relação da condição (relativa) de “resíduos”, o pertencimento a determinado

grupo (como a uma corporação, associação ou forma de inserção no mercado de trabalho) que contribui diretamente para a sustentação das políticas. Logo, como a seguridade não é estendida indiscriminadamente a todos os indivíduos de uma sociedade, os tipos meritocráticos são também particularistas. Tipos meritocrático-particularistas tendem a reforçar as desigualdades já existentes, pois indivíduos com maior dificuldade para satisfazer suas necessidades são também indivíduos com menor capacidade para contribuir para o sistema de seguridade. Portanto, o particularismo se expressa na forma de cooperativismo, porém o caráter clientelista foi o que mais afetou a dinâmica das políticas sociais – feudalizar as ações sociais: habitação, educação e saúde (SOUZA, 2001).

Os anos 90 foram marcados pela hegemonia da proposta neoliberal como pensamento direcionador da política econômica latino-americana. Tal proposta corresponde ao ajuste estrutural, que supõe a estabilidade de preços e a reorganização das contas fiscais internas e externas, orientando a economia do país para liberação do mercado, através de sua abertura externa, do estímulo à privatização e desregulamentação da economia, acoplada à redução progressiva da intervenção estatal nessa esfera, possibilitando assim, segundo os seus defensores, a retomada do crescimento econômico, que trará consigo o desenvolvimento social. No entanto, reconhecem que tal política exige redução nos gastos sociais, redução da atuação do Estado e desativação de programas, que gerarão impactos sociais negativos, como, por exemplo, desemprego e baixos salários, e atingirão, principalmente, as populações de mais baixa renda (GUIMARÃES, 1993).

No período de 1995 a 2000, o Brasil passou por mudanças significativas em relação às políticas sociais, tendo como principais medidas a criação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e a Lei de Diretrizes Básicas (LDB); reforma do Estado; comunidade solidária; surgimento e ampliação das organizações não-governamentais (3º setor). Nesse período o Estado de Bem-Estar se caracterizou como uma mistura corporativa e universalista voltado para o solidariedarismo social, tendo como pano de fundo a seguridade social e a filantropia.

A partir das diversas mudanças ocorridas, especialmente entre 1980 e 1990 no *Welfare State* brasileiro, e as mudanças no modelo econômico, chega-se à conclusão

de que é ainda difícil avaliar em que medida as melhorias organizacionais realizadas serão, em prazo relativamente curto, capazes de promover a equidade, visto que existe a possibilidade de os custos de transição institucional serem maiores que os benefícios imediatos. Assim, não é possível afirmar que as mudanças na estrutura institucional das políticas sociais no Brasil ocorridas ao longo da década de 1990 resultarão, necessariamente, em um modelo de *Welfare State* efetivamente mais distributivo (MEDEIROS, 2001).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, tal questão apresenta-se de modo mais consistente, por ser um governo capitalista neoliberal, no qual o capital se sobrepõe ao social. “*O Estado é, ao mesmo tempo, correlação de força e concentração de poder*” (DEMO, 2002, p. 25). Entretanto, várias foram as tentativas de valorização do social, como: combate à miséria; inclusão dos excluídos pelo meio social; combate ao analfabetismo; habitação para todos e combate ao desemprego, entre outras. Segundo DEMO (2002, p. 26), “*a hipostasia do Estado é a combinação incômoda de Welfare State e socialismo real, praticado por certa esquerda que vê no Estado a sua arena principal de luta, já que não consegue, como regra, atingir o mercado, como no caso da direita*”. Todavia, o socialismo real não foi além do capitalismo: ao contrário, teria sido apenas a ênfase do capitalismo. E a tendência de transformar políticas assistenciais em “*coisa de pobre para pobre*” é próprio de qualquer Estado, inclusive no *Welfare State*, e sobretudo no capitalismo.

No Brasil, o grande debate que se verifica hoje sobre a proposta neoliberal de política social refere-se à compatibilização do padrão de proteção social de caráter universalista previsto na Constituição, e ao receituário neoliberal, que propõe a focalização de ações públicas na área do bem-estar. Contudo, a conciliação das duas propostas não é tarefa de fácil execução, à medida que ambas se baseiam em concepções ideológicas distintas. Para Guimarães (1993, p.9), “*quando numa sociedade se estabelecem padrões de proteção social fundados em critérios de justiça social específicos, o que se coloca de forma expressa é a concepção dominante de cidadania vigente em seu seio*”. Há de se questionar, de fato, a possibilidade de compatibilização desse padrão com aquele definido pela proposta neoliberal, ou melhor, qual a concepção de cidadania predomina na sociedade brasileira e que padrão

de política social se coloca efetivamente viável, num contexto como o Brasil, de “gravíssima” crise socioeconômica.

São consideradas políticas sociais: as políticas de saúde, de educação, de seguridade social e de habitação (Draibe & Henrique, 1988; Arretche, 1995; Draibe, 1992; Medeiros, 2001, Esping-Anderson, 1985). Entretanto, todas essas políticas sociais¹³ devem ser consideradas como políticas públicas¹⁴, pois as políticas públicas sociais são desenvolvidas visando à qualidade de vida de determinada população; cujas ações têm sua operacionalização amarrada à política do Estado de Bem-Estar, e esta depende da política econômica e social do país. *“As políticas sociais de um país são, em boa parte, a expressão da concepção do papel do Estado que esse país tem, na promoção e conquista do bem-estar”* (VILALOBOS, 2000, p. 49).

No Brasil várias foram as tentativas de resolver os problemas sociais mais gritantes. Desde meados da década de 80, a idéia da descentralização das políticas sociais fez parte do projeto de reforma do Estado brasileiro. Na Constituição de 1988, a descentralização fiscal transferiu recursos para estados e municípios, mas não houve uma transferência equivalente das atribuições de políticas públicas. A partir da metade da década de 90, começou a ocorrer uma significativa redistribuição de competências na área social, cujo resultado é absolutamente variado, entre as diversas políticas e entre os diversos Estados.

3.4 As políticas de saúde no *Welfare state* brasileiro

Na questão da saúde, o governo federal vem delegando a estados e municípios grande parte da gestão das políticas de saúde. Nesse período 58% dos municípios brasileiros estavam enquadrados em alguma das condições de gestão prevista pelo

¹³ Política social entendida como: “o conjunto de medidas e intervenções sociais que são impulsionadas a partir do Estado e que têm por objetivo melhorar a qualidade de vida da população e conquistar crescentes níveis de integração econômica e social, especialmente dos grupos excluídos, nas diversas dimensões pelas quais se expressa a sua exclusão (econômica, política, territorial, social e/ou cultural)” CHILE. Comitê Social de Ministros. Secretaria Executiva. Caracterización de la oferta pública dirigida a los grupos prioritarios de la política social. Santiago do Chile, 1999, p. 5.

¹⁴ Salazar-Vargas, citado em Silva (2001, p.121), define políticas públicas como “o conjunto de sucessivas respostas do Estado diante de situações consideradas socialmente problemáticas”.

Sistema Único de Saúde (SUS), o que significa que eles assumiram funções de gestão da oferta local de serviços de saúde até então desempenhadas pela União (ARRETECHE, 1999).

Para que o município tenha a chamada gestão plena de saúde é necessário ter condições de gerenciar a saúde na sua municipalidade, confirmando o que Arreteche (1999, p.121) coloca “*o município deve dispor de uma dada capacidade técnica instalada que o habilite a desempenhar as funções previstas em cada uma das condições de gestão*”. Acrescenta ainda que (p.122):

O sucesso de cada programa é determinado por uma dada estrutura de incentivos à adesão... em Estados federativos, a assunção de atribuições de gestão em políticas públicas depende da condição soberana dos governos locais – salvo expressas imposições constitucionais – e, dada essa decisão é resultado de um cálculo destas administrações quanto aos custos e benefícios nela implicados. A extensão da descentralização depende, em grande parte, da estrutura de incentivos associada a cada política particular.

As alterações da gestão pública tiveram o seu início com a reforma sanitária, na década de 70, marco importante para chegar ao atual SUS. Foi um momento histórico de muitos questionamentos sobre a saúde no Brasil, que até então se restringia ao âmbito biológico e individual, além de pontuar as relações entre a organização dos serviços de saúde e a estrutura social. O movimento sanitário representou uma prática social, dentro da qual se destaca a prática de saúde que, simultaneamente, apresenta uma dimensão técnica e social, levando a uma mudança de paradigma no setor saúde do Brasil (FLEURY, 1997).

Desse movimento surgia um modelo de democracia cujas bases eram a garantia da saúde como um direito individual e a construção de um poder fortalecido pela gestão social democrática. Se a política social é distributiva ela pode ser vista como metapolítica na medida em que, segundo FLEURY (1997, p. 37), “*a sociedade humana é uma comunidade distributiva, onde os homens se associam a fim de compartilhar, dividir e intercambiar*”. Portanto, busca-se uma forma de melhor distribuir e fortalecer os direitos sociais de cada cidadão.

Em 1990, com a Lei nº 8.080/90 foi regulamentado o SUS, estabelecido então pela Constituição Federal de 1988, o qual agrega todos os serviços de saúde nas

esferas federal, estadual e municipal, bem como os serviços privados de saúde, quando conveniados ou contratados. Porém, para que o SUS funcione é necessário seguir a NOB/96, que tem como função primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal) (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Além da NOB/96, temos também a Norma de Operacionalização da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01 /2001, por intermédio da Portaria nº 95 do Ministério da Saúde (MS). A NOAS amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica de Saúde (ABS) e define o processo de regionalização da saúde, ampliando as responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na gestão do SUS. Propõe a organização de sistemas funcionais de saúde, compreendendo um município, ou um conjunto de municípios, como base do processo de regionalização, e delega às SES o papel de coordenadoras das mudanças. Como principais deliberações a NOAS propõe: Elaboração de um Plano Diretor (PDR) e a Instituição da Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (Gpaba) (SILVA, 2001).

Para a NOB/96 o poder público estadual tem como responsabilidade mediar a relação entre os sistemas municipais, enquanto o federal atua entre os sistemas estaduais. No entanto, quando um dos municípios não puder subsidiar os seus serviços de saúde, é o Estado que responde por eles de forma provisória. A forma de negociação acontece através de fórum integrado pelos gestores municipal, estadual e federal - Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do fórum integrado pelos gestores estadual e municipal – Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Além destas comissões existem os Conselhos de Saúde (municipal, estadual e federal). É nesses colegiados que ocorre o delineamento das políticas públicas de saúde nas três esferas governamentais.

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo, devendo cada uma assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde. Contudo, existem várias formas de buscar financiamento para ações de saúde: além dos recursos oriundos do Tesouro Nacional, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e estados aos municípios. O

repassa dos recursos financeiros está condicionado à contrapartida desses níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Os tetos financeiros dos recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor, para cada Estado ou Município, depende da Programação Pactuada e Integrada (PPI). O Teto Financeiro Global Estadual (TFGE) é constituído por: Teto Financeiro da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD). Porém, o TFGE é submetido pela SES ao MS, após negociação com a CIB e aprovação do Conselho Estadual de Saúde (CES). Mas o valor do teto e suas revisões são determinados pela CIT, observadas as reais condições e possibilidades financeiras do MS. O Teto Financeiro Global Municipal (TFGM) é submetido à SMS, após aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS). O valor financeiro desse teto e suas revisões são fixados com base nas negociações da CIB, observados os limites do TFGE e formalizado pelo Secretário Estadual de Saúde (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

A assistência hospitalar e ambulatorial é custeada por meio de transferência regular e automática fundo a fundo, tanto estadual quanto municipal. Nessa transferência encontramos: a) Piso Assistencial Básico (PAB) – recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações básicas, de responsabilidade tipicamente municipal. O PAB é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município; b) Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACs); c) Fração Assistencial Especializada (FAE) – procedimentos ambulatoriais de média complexidade; d) Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM) – destina-se ao custeio dos serviços localizados no território do município; e) Teto Financeiro da Assistência de Estado (TFAE) – conjunto de ações sob a responsabilidade da SES e f) Índice de Valorização de Resultados (IVR) – adicional de até 2% do TFAE, transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo pelos resultados alcançados (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Além dessas possibilidades acima citadas, temos também a Emenda Constitucional 29 (EC 29), de 13 de setembro de 2000, que trata da forma de

funcionamento dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde. É um documento norteador para a captação de recursos financeiros e corresponde a “transferência fundo a fundo”, ou melhor, os fundos são remunerados automaticamente, uma vez cumpridos os critérios e os requisitos exigidos e pactuados. Estados e municípios recebem depósitos diretos e automaticamente de recursos em seus respectivos fundos de saúde provenientes do Fundo Nacional de Saúde, do MS, mediante, tão-somente, o cumprimento das obrigações inerentes a cada tipo de gestão do sistema e ou aos programas para os quais se habilitem (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A EC 29 possibilita aos gestores do SUS firmar contratos, acordos, parcerias e convênios para transferência de recursos com o objetivo de executar determinados projetos que forem importantes, por exemplo: pode-se receber recursos financeiros para a educação permanente dos profissionais do SUS nas diversas necessidades, através de convênios celebrados diretamente com o MS. A EC 29 alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198, além do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que é acrescido no art. 77, para adaptar a Constituição à regra de vinculação de receitas nas diversas esferas de governo.

Conforme Brasil – Ministério da Saúde (2001), a EC 29 cria um cenário de estabilidade financeira e afasta a possibilidade de colapso ou descontinuidade no setor. A partir de 2001, o orçamento será igual ao do ano anterior mais a variação nominal do PIB (inflação e variação real do PIB). Em 2004, os estados e o Distrito Federal devem destinar à saúde 12% do que arrecadam com os impostos sobre: a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), a herança (transmissão causa mortis) e o valor líquido das transferências constitucionais (cota-parte do ICMS). Contudo, os municípios e o Distrito Federal devem aplicar na saúde 15% do que arrecadam com os impostos: Predial e Territorial Urbano (IPTU), Sobre Serviços (ISS), Sobre Transmissão Inter-Vivos e das transferências derivadas de impostos (IR, IPI e ICMS).

Como foi descrito anteriormente, existem várias formas de buscar recursos financeiros para desenvolver política pública de saúde com qualidade. Para isto é imprescindível conhecer os encaminhamentos necessários para a obtenção de tais

recursos, porque na hora da necessidade o usuário do SUS não vai querer saber de onde provêm os recursos, como coloca MINAYO (2001, p. 36) *“para a pessoa que necessita e ‘tem direito aos serviços’ não lhe interessa de qual esfera de governo ele provém, e sim, de como, na hora da necessidade, é atendida como sujeito e de forma eficiente”*.

A saúde é um processo dinâmico, inclusivo, democrático e transcende diversas dimensões sociais e setoriais. Minayo (2001) descreve que a saúde é o que a sociedade propõe, aceita, reivindica e constrói como parâmetro de qualidade de vida. A saúde é assunto de todos, em que todos têm responsabilidades, além de ser um direito de todos. A Constituição Brasileira promulgada em 1988 (artigo nº 196) descreve que (p.118) *“a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços pra sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL-CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Silva (2001) coloca que políticas públicas dizem respeito ao processo de tomada de decisões pelo Estado. E acrescenta que (p.121) *“essas decisões são dirigidas a toda a sociedade, que deve, obrigatoriamente, acatar o que foi decidido, ou seja, as autoridades políticas, por meio do uso do poder de que dispõem, conseguem que as decisões sejam acatadas como valores que atingem a todos”*.

De acordo com SANTOS (1997, p. 256), *“para se garantir o direito à vida e à dignidade deve-se garantir o direito a políticas públicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário aos serviços de assistência à saúde”*.

3.5 A população idosa no Welfare state brasileiro

Para DEMO (1995, p. 94), *“assistência é direito social para quem não consegue auto-sustentar-se”*. A população idosa fragilizada, devido à conjuntura

econômica e social em que vive, pode ser considerada como grupo socialmente excluído, necessitando da assistência pública para sobreviver.

O direito social mais universal da população é a emancipação. Porém, o idoso nem sempre consegue alcançar a emancipação, que corresponde à formação do sujeito histórico competente em conduzir sua própria vida e destino, dentro de um contexto vivenciado. Mas também, não cabe para o idoso o conceito de pobreza política na definição de DEMO (1994). É pobreza política entender o Estado como patrão ou tutela, aceitar o centro como mais importante que a base, ver o serviço público como caridade governamental..., ainda que a pobreza política seja *“o resultado do cultivo da ignorância, a condição de massa de manobra, na qual a pessoa é manipulada de fora para dentro, geralmente sem perceber”* (DEMO, 2002, p. 70).

O idoso que não consegue mais prover as suas necessidades precisa utilizar sim, os serviços públicos; sejam na forma de cidadania assistida ou tutelada, o importante é que seja assistido na sua inópia (DEMO, 2002). Por outro lado, o idoso capaz de se sustentar também deve ser atendido pelos programas sociais, tendo em vista que é gerador da economia do país, através do pagamento dos impostos, do aumento da oferta de serviços especiais, da venda de medicamentos, do aumento do mercado de turismo, entre outros.

Diante de segmentos da população que não conseguem prover a sua própria sobrevivência, faz parte da democracia e do Estado garanti-la com recursos públicos. Nesse segmento se destacam: os idosos, os deficientes, as crianças, outros grupos acometidos de vulnerabilidade extrema, sem falar das vítimas de calamidades. A sobrevivência é um direito radical sagrado, não necessita de argumentação para ser reconhecida; e sendo um direito democrático, a sobrevivência, conseqüentemente, é permanente. Assim, a assistência não é o contrário da cidadania, é parte integrante dela (DEMO, 1995).

Tendo em conta o exposto acima, devemos empoderar-nos através dos nossos direitos como cidadão para buscar junto aos segmentos governamentais e não-governamentais o fortalecimento da equidade e acesso aos serviços de saúde, especialmente para aquelas pessoas necessitadas de cuidados especiais, como os idosos. A tendência do envelhecimento da população é uma tendência a ser

comemorada que vem acompanhada de mudanças importantes nos padrões de morbimortalidade e na demanda de serviços de saúde (FLEURY, 1997).

Na questão dos serviços de saúde para a população idosa é importante definir os objetivos ao quais se pretende chegar. A Oficina Regional da OMS para a Europa adotou os seguintes conjuntos de objetivos: prevenir a perda desnecessária da capacidade funcional; manter a qualidade de vida; manter o idoso em sua casa se assim o desejar; dar respaldo à família do idoso para o seu cuidado; proporcionar a assistência de boa qualidade em longo prazo; contribuir para que o idoso tenha uma morte digna, assim como a vida, com cuidados humanos dignos e adequado (COPPARD, 1985). O que difere deste autor em relação às recomendações da OMS na Assembléia da ONU sobre o envelhecimento saudável, bem como no documento da OPAS para a América Latina é que esse traz a referência de uma morte digna e os demais não fazem este destaque.

No Brasil a PNI tem como propósito basilar: a promoção do envelhecimento saudável; a preservação e a melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional; a prevenção de doenças; a recuperação da saúde daqueles que adoecem; a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida e garantir a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (GORDILHO et al. 2000). De certo modo, o propósito da PNI coincide com a da OMS para a Europa, o que falta é garantir uma morte digna e humana.

Na PNI estão definidas todas as diretrizes que devem nortear as ações do setor saúde (PNSI), são indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance dos objetivos propostos, além de orientar os possíveis redimensionamentos que a prática exija. A implementação da PNI, compreende a definição e/ou readequação de planos, programas, estratégias, projetos e atividades do setor saúde que direta ou indiretamente se relaciona com o idoso (GORDILHO et al., 2000).

O modelo de proteção social, cujo centro reside na assistência social, tem lugar em contextos socioeconômicos cuja ênfase está voltada ao mercado como canal natural de satisfação das demandas sociais, em que as necessidades são preenchidas de acordo com os interesses individuais e a capacidade de adquirir bens e serviços. Os valores dominantes enfatizam a liberdade e o individualismo, e a igualdade social

requerida passa a ser a igualdade de oportunidades, capaz de criar condições diferenciais de competição no mercado. A ênfase no mercado coloca a ação pública como, no mínimo, suplementar a esse mecanismo essencial, assumindo o caráter compensatório e discriminador daqueles grupos sociais que demonstraram sua incapacidade de suprir-se adequadamente no mercado (Fleury, 1994), como, por exemplo, os idosos.

Para aqueles, que não conseguem suprir-se adequadamente no mercado, haverá necessidade de organizar fundos sociais, compostos de doações financeiras encaminhadas por diversos segmentos governamentais e não-governamentais, imbuídos da demanda social com a garantia de uma cidadania universal.

Segundo FLEURY (1994), cidadania universal corresponde a modalidade de proteção social, designando um conjunto de políticas públicas que, através de uma ação governamental centralizada e unificada, procura garantir à totalidade dos cidadãos um mínimo vital em termos de bens e serviços, voltada para um ideal de justiça social. Correspondentemente, o Estado é o responsável principal tanto pela administração quanto pelo financiamento do sistema. Os benefícios são conseguidos de acordo com as necessidades, como direitos universalizados em base a um piso mínimo, o que asseguraria um eficiente mecanismo de redistribuição de riqueza social e correção de desigualdades de mercado. Reconhece-se neste modelo de política social, o predomínio da relação da cidadania universal, além de um padrão de intervenção governamental que busca conjugar políticas econômicas e sociais como partes indissociáveis da mesma estratégia desenvolvimentista.

Assim sendo, o envelhecimento é um grande desafio do mundo atual, tanto em países pobres quanto em países ricos. O processo de envelhecimento da população mundial tem suas origens enraizadas nas transformações políticas, econômicas e sociais vividas pelas nações desenvolvidas no século passado, que, no entanto, só produziram modificações significativas nas suas variáveis demográficas na virada do século XX (Veras; Lourenço; Martins; et al. 2002), faltando principalmente avançar na melhoria da qualidade de vida das pessoas envelhescentes, almejando alcançar uma vida saudável por maior tempo possível.

A PNI, em especial a PNSI, será fortalecida quando houver um esforço conjunto de toda a sociedade, através da articulação permanente que, no âmbito do SUS, envolve a construção de uma contínua cooperação entre o MS e suas entidades

governamentais: as SES e SMS, bem como a parceria entre as ONGs, universidades e comunidade em geral. Somente com a união de todos é que poderemos concretizar algo que já está definido nas leis (GORDILHO et al., 2002).

CAPÍTULO IV

Metodologia

*Envelhecer... esse é ainda o único meio que se
encontrou para viver mais tempo.*

Sainte-Beuve

4 METODOLOGIA

Para responder a questão de pesquisa e o objetivo da tese foi desenhada a operacionalização da política pública de saúde, respeitando os programas de saúde já existentes no Município, mas acrescentando-lhes um atendimento especial ao idoso, além de sugerir outras estratégias específicas ao idoso, ainda não contemplado nos serviços da rede pública municipal de saúde, tendo como norte o Estado de Bem-Estar Social. Entende-se o Estado de Bem-Estar Social como referencial político de extensão do Estado protetor e de cidadania assistida ou tutelada à pessoa idosa nas suas necessidades de atendimento à saúde e conseqüentemente à vida, visualizando o cidadão idoso como um ser de direito muito mais do que de deveres.

Diante de tantas políticas existentes que garantem a qualidade de atendimento ao idoso podemos destacar a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que define a PNI, regulamentada pelo Decreto-lei nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Essa lei deve ser cumprida, oferecendo condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações voltadas não somente para os idosos, mas para todos nós que estamos envelhecendo, 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 para o atendimento; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisa. O Estatuto do Idoso, aprovado através da Lei nº 10.741/2003, destina-se a regular os direitos assegurados aos idosos, respondendo à proposta consolidada na II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento Humano em 2002, momento em que foi definido o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento Humano, com o apoio da ONU. Todos esses documentos enfatizam a necessidade de desenvolver estratégias de atendimento à população idosa, entre as quais a da saúde é primordial.

4.1 Abordagem de pesquisa

É uma pesquisa metodológica, com abordagem construtivista. O construtivismo *“representa a construção do conhecimento sob o prisma da interação do sujeito-objeto”* (SIQUEIRA et al., 2000). É antes de tudo uma nova visão do mundo e da natureza humana, mostrando que os dois elementos são inseparáveis, representando uma única estrutura. *“Não há sujeito sem objeto e não há objeto sem sujeito que o construa. O sujeito não está simplesmente situado no mundo, mas no meio (o objeto) entra como parte integrante do próprio sujeito, como matéria e conteúdo cognitivo e histórico”* (MATUÍ, 1996, p. 45).

O construtivismo engloba em uma única estrutura dois pólos: o sujeito histórico e o objeto cultural, em interação recíproca e contínua, ampliando as lacunas ou carências a serem exploradas. Nada está pronto, acabado, e o conhecimento não é dado como algo terminado, é um processo cíclico de desconstrução, construção e reconstrução do conhecimento teórico e prático, levando a um compromisso democrático e de transformação da realidade.

O construtivismo é transformista e relacionista, ou seja, pleno de possibilidades e de aberturas. Ele tem como base filosófica o interacionismo e o relacionismo de Kant, associados à visão psicogenética de Piaget e à relação histórico-social do meio com o sujeito de Vygotsky e Wallon, proporcionando um movimento dialético. Tais autores defendem a importância do papel social na construção do processo do conhecimento.

Esse movimento dialético proporcionado pela dialogicidade ocupa posição central nas relações sociais como processo de geração de conhecimento. O sujeito e o seu pensamento são reflexos das diversas relações vividas na realidade material. O ser humano é produto da história, mas também é autor e sujeito da própria história na qual vive.

O construtivismo é um método alternativo que parte da interação entre o racional e o intuitivo na pesquisa e na análise dos fenômenos, tendo como objetivo a precisão concomitante ao artístico. Possui como foco central o ser humano, tanto no

encaminhamento investigativo quanto na compreensão do fenômeno. A metodologia construtivista representa a humanização do processo de pesquisa, ou melhor, os pesquisadores são seres humanos que estudam situações humanas de maneira humana (RODWELL, 1994).

O desenho da pesquisa construtivista, a determinação dos participantes e a escolha dos instrumentos dependem do contexto em que se desenvolve o processo de investigação, podendo surgir no decorrer do processo investigativo. O objetivo e o foco da pesquisa estão na compreensão do ponto de vista dos participantes. O rigor da pesquisa está centrado na reconstrução da realidade de maneira honesta e precisa (RODWELL, 1994).

O método construtivista apresenta como possibilidade a abordagem qualitativa, sem descartar a análise quantitativa.

4.2 Procedimento de elaboração da proposta de política de saúde do idoso

A construção desta proposta foi realizada em três etapas: 1) levantamento dos programas de saúde existentes no município de Itajaí, buscando identificar a existência de serviços voltados para a população idosa residente; 2) encontros com o grupo de trabalho para construir a proposta deste estudo, e 3) apreciação da proposta preliminar pelo painel de peritos. Todos estes procedimentos aconteceram em tempos subseqüentes.

Primeiramente foi necessário levantar e conhecer o serviço de saúde municipal e a sua operacionalização, fato que se desenvolveu do final de março até início de junho de 2003, após a solicitação formal à Secretária de Saúde, que me encaminhou à responsável do Departamento de Atenção Integrada à Saúde (DAIS) – (Ver anexo 3), que indicou as pessoas responsáveis pelos programas de saúde. Logo que possível foi agendada a entrevista e feitos os seguintes questionamentos: 1) Como é a operacionalização neste (nome do) programa? 2) Como inserir ações específicas para a população idosa, neste (nome do) programa?

Esse procedimento levou em torno de 60 a 90 minutos para cada entrevista. Todas foram gravadas e transcritas na íntegra. Após a transcrição foi realizada a leitura diversas vezes para colocar a síntese de cada informação. Através da síntese, os dados foram alocados em forma de diagrama apresentando a organização individualizada dos programas de saúde e as relações entre si e com os demais programas, formando um desenho que apresentasse todos os programas de saúde existentes no município, denominado diagrama dos programas de saúde da rede municipal de Itajaí (SC). (Anexo 2)

O objetivo de tal desenho era mostrar a atuação do serviço público municipal de saúde e as lacunas de ações específicas voltadas para o idoso. O documento visualiza a distribuição dos serviços públicos de saúde na municipalidade, mostrando com clareza o que será necessário ou não na construção desta proposta.

O diagrama foi exposto para as entrevistadas verificarem se estavam corretas as minhas observações e também para que fizessem as alterações naquilo com que não concordassem. Fui surpreendida pela empolgação das entrevistadas ao relatarem que sempre tiveram vontade de colocar no papel o que o município faz, mas nunca o fizeram por não saberem como. Confessei que nem eu sabia, na hora achei que seria a melhor maneira de figurar o que não está sendo visto por todos e talvez seja uma forma didática de apresentar os serviços de saúde existentes.

Após esse encontro e com o diagrama impresso em um *banner*, agendei um encontro com a Secretária de Saúde para apresentá-lo a ela. A sua surpresa foi enorme, ficou agradecida e logo chamou as outras enfermeiras do DAIS para verem o que havia feito, dizendo que - “*não tinha idéia de quantas coisas eram realizadas em Itajaí*”. Pediu uma cópia para colocar em sua sala, à vista de todos.

Passada esta primeira etapa e com o desenho na mão validado pelas entrevistadas e pela Secretária de Saúde, chegava a vez de escolher e convidar os profissionais para o grupo de trabalho para discutir e propor uma política de saúde para a população idosa de Itajaí (SC) . Tinha dúvidas se todos aceitariam, mas teria de tentar. Assim sendo, a escolha levou em conta: afinidade com a temática; envolvimento com trabalhos na área, principalmente nos serviços públicos; membros do Conselho Municipal do Idoso e outros atores que desenvolvem trabalhos na

universidade relacionados com o idoso e, finalmente, um representante idoso, totalizando 7 pessoas contando com a pesquisadora coordenadora.

A escolha do grupo foi proposital, recaindo de maneira especial sobre as pessoas que tivessem as características antes citadas, além de demonstrarem preocupação com a questão do idoso e alguma experiência na gestão de saúde.

Segundo Rodwell (1994), os participantes devem preencher critérios para obter o máximo de dados variáveis sobre a realidade estudada, pois cabe à pesquisadora identificar as pessoas que têm interesse no assunto, além de garantir que todos os participantes opinem acerca do fenômeno que está sendo estudado.

Antes de fazer o convite oficialmente para os participantes, era necessário buscar a autorização formal das secretarias municipais que estariam envolvidas no estudo - a de Saúde e a do Desenvolvimento Social. Foi encaminhada às secretárias a solicitação de permissão da participação dos funcionários escolhidos, bem como a sua liberação do trabalho (Ver anexo 4). Tal procedimento aconteceu e concretizou-se no mês de agosto de 2003, quando pessoalmente fui fazer a solicitação às secretárias, e, sem empecilhos, o convite foi formalizado aos participantes do grupo. Entreguei o termo de consentimento livre e esclarecido para assinarem, que foram devolvidos devidamente assinados no primeiro encontro (Ver anexo 5). Todos aceitaram no momento do convite, totalizando 6 convidados e mais a pesquisadora, que são: 1) Biaze Manger Knoll, médico geriatra, docente da Univali, funcionário da SMS, membro do Conselho Municipal do Idoso (CMI); 2) Márcio Vieira Ângelo, médico sanitário, docente da Univali e funcionário da SMS; 3) Marisa Rocha, enfermeira representando o Departamento de Atenção Integrada de Saúde da SMS, membro do CMI; 4) Kátia Simone Ploner, psicóloga, docente da Univali, responsável pelo Uivida e membro do CMI; 5) Leni Tessele, pedagoga, diretora do Departamento de Atenção ao Idoso da SDS, presidente do CMI e, 6) Mércia, aluna do UNIVIDA.

Com o grupo constituído, foram feitos em conjunto: o agendamento dos encontros para apresentar a proposta e o resultado integral da pesquisa do perfil do idoso de Itajaí (SC), e o diálogo sobre as propostas a serem definidas para a construção das estratégias. Convém salientar que houve interação entre os participantes e a coordenadora, permitindo que o diálogo e o consenso permeasse todo o processo, não havendo espaço para o papel de controladora.

Os cinco encontros, foram suficientes para construir a proposta, realizados pela manhã no horário das 10 às 12 horas, quinzenalmente. Todos foram gravados e transcritos na íntegra conforme a explanação de cada membro do grupo. Os encontros foram realizados obedecendo uma agenda de assuntos a serem discutidos. Porém, em alguns momentos a agenda era quebrada sendo necessária a intervenção da pesquisadora coordenadora para voltar ao assunto em pauta.

O contato com os membros do grupo de trabalho era feito por telefone ou e-mail. Todos os encontros transcritos e agenda de trabalho pactuada foram encaminhados eletronicamente, antes dos encontros. O envio eletronicamente facilitou a leitura e as possíveis arrumações necessárias não captadas durante a transcrição das fitas.

Importante destacar que antes de começarmos a construir a proposta do estudo, fiz a apresentação relatando sobre o objetivo da tese e o referencial teórico – *Welfare State*. Alguns já tinham afinidade com a temática, mas para a maioria esse referencial ainda era desconhecido, passando a familiarizar-se com o assunto no decorrer dos encontros.

Durante o diálogo sobre o *Welfare State* houve necessidade de apresentar o objetivo da tese. Muitos haviam entendido que deveríamos extinguir o que já havia na rede pública para construir outra proposta; até que todos entendessem, foi repassado várias vezes o objetivo. Ao entenderem a proposta, ficaram mais tranquilos, principalmente os que trabalhavam na SMS, porque achavam que estávamos ali para criticar o que está sendo realizado naquele setor.

Achei oportuno entregar uma cópia da metodologia pretendida e o objetivo da tese, com o relatório do perfil da população idosa de Itajaí (SC) para que todos pudessem reler quando houvesse dúvida sobre algum fato.

Na realização dos encontros foram utilizadas técnicas de dinâmica grupal, visando tornar os encontros descontraídos, prazerosos e, principalmente, favorecendo a dialogicidade, como: elaboração de um contrato de trabalho de grupo em que todos fizeram um pacto de participar dos encontros respeitando o horário estipulado e quando não pudessem comparecer, avisariam com antecedência e buscariam informações do encontro; optaram para fazer as leituras individualmente e as discussões ocorreram no momento dos encontros, proporcionando momentos de descontração, com fundo musical e guloseimas.

A pesquisadora coordenadora, ou coordenadora construtivista (Matuí, 1996), procura respaldar suas ações, durante todo o processo investigativo, para alcançar o objetivo da pesquisa. Promoveu um ambiente tranquilo, seguro e um clima que favoreceu o surgimento de opiniões, reclamações, preocupações, assim como os mais variados questionamentos, para serem entendidos e considerados no percurso do processo. Procurei apreciar as diferenças, respeitando o direito dos participantes de terem valores e opiniões diferentes.

O ponto de partida para construir a proposta de política de saúde para a população idosa de Itajaí (SC) foram os programas de saúde já existentes na municipalidade e o relatório do perfil do idoso. O *banner* com o diagrama dos programas foi levado a todos os encontros e, no final de cada um, eram acrescentadas estratégias aos programas em que achávamos necessárias. Para isto utilizamos como método a colagem de papel colorido e de formas diferenciadas, especificando o que deveria ser criado e/ou ampliado. As diversas cores e formas utilizadas diferenciavam as estratégias e a operacionalização propostas, as quais serão apresentadas no capítulo seguinte. Além disso, antes de terminarmos voltávamos ao relatório para confirmarmos se as ações eram coerentes com a necessidade apresentada.

Convém frisar que a todo momento emergiram novas experiências sugerindo novas construções. Em cada encontro foram feitas anotações e reflexões sobre o desenvolvimento dos trabalhos, pontuando os dados relevantes e, nos encontros posteriores, foram apreciados pelos participantes, dando-lhes a oportunidade de modificá-los. Contudo, em algum momento foi necessário parar e retornar à verificação dos resultados alcançados nos encontros anteriores para que a proposta pretendida fosse concretizada.

As discussões havidas nos cinco encontros foram suficientes para esboçar o desenvolvimento da proposta do diagrama dos programas de saúde da rede municipal de saúde de Itajaí (SC). E, assim construída pelo grupo de trabalho, a proposta preliminar foi submetida a um painel de peritos.

4.3 Submissão da proposta da política de saúde do idoso ao painel de peritos

A penúltima etapa da coleta de dados do processo de construção desta proposta elaborada pelo grupo de trabalho e pela pesquisadora foram a submissão do fluxograma de atendimento do idoso e o diagrama dos programas de saúde na rede municipal de saúde de Itajaí (SC) a um painel de peritos.

Ao painel dos peritos foi constituída por 7 profissionais escolhidos pela pesquisadora e orientadora, visando alcançar maior diversidade de contribuições dos vários profissionais de saúde, aliando o conhecimento teórico às suas atividades práticas.

Os peritos que participaram desse painel foram: 1) Dra. Ana Cristina Passarella Brêtas, enfermeira sanitária, professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UNIFESP -Universidade Federal de São Paulo; 2) Dr. Luiz Cordoni, doutor em Saúde Pública e professor na Universidade Estadual de Londrina; 3) Dra. Célia Pereira Caldas, enfermeira, mestre em saúde coletiva e doutora em enfermagem, vice-diretora da Universidade Aberta da Terceira Idade/ UERJ; 4) Dr. Roberto Alves Lourenço, professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 5) Dr. Walter Ferreira de Oliveira, professor adjunto do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina; 6) Dra. Ivete Semionatto, professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina e pesquisadora na área de políticas públicas e 7) Dra. Heloisa Maria José de Oliveira, professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Com o convite foi encaminhado a cada perito um guia instrucional, com questões norteadoras, solicitando a colaboração para analisar os dois documentos com base nos seguintes questionamentos: (anexo 6)

- a) Visualizando os dois documentos, de maneira geral, eles aparentam ter relação entre si?
- b) No diagrama proposto, as inserções específicas de atendimento ao idoso, inscrito em figuras triangulares, estão coerentemente alocados em seus devidos programas e serviços?

- c) A estratégia via tecnologia da informação é suficientemente abrangente para instrumentalizar o atendimento ao idoso na rede municipal de saúde de Itajaí (SC)?
- d) Na idealização da criação de dois serviços: odontologia e habilitação/reabilitação, a proposta de trabalho de interface com o PSF, vislumbrando um trabalho interdisciplinar, pode favorecer um atendimento integral ao idoso?
- e) O fluxograma de atendimento ao idoso na rede municipal de saúde de Itajaí (SC) proposto, de maneira geral, representa um desenho de fácil compreensão para os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde e que atendem a clientela idosa?
- f) Outras observações, caso não caibam nas questões anteriores.

Os pareceres dos peritos foram acolhidos de acordo com a paridade das suas respostas, ou seja, observado as semelhanças e coerências das respostas fornecidas por cada um dos peritos. Caso contrário, manteve-se a dos componentes do grupo original de trabalho.

Quanto às críticas, todas foram acatadas quando ocorreram concordâncias entre os peritos em analisar o ponto em questão; do contrário foram suprimidas.

A última etapa correspondeu ao retorno do fluxograma de atendimento do idoso e do diagrama dos programas de saúde na rede municipal de saúde de Itajaí (SC) modificado em relação ao grupo original de trabalho para validação das alterações decorrentes das contribuições dos peritos.

Foi um momento de construção e reconstrução que exigiu muita concentração e tempo da coordenadora pesquisadora para analisar as sugestões e críticas dos peritos para o aperfeiçoamento da proposta, a qual foi apresentada posteriormente ao grupo original de trabalho. Para apresentá-la foram utilizadas a síntese das avaliações dos peritos e o desenho do diagrama da política de saúde com as sugestões dos peritos, ao lado do desenho anterior para que se pudesse ter uma visão das modificações sugeridas. Também tiveram acesso ao documento encaminhado aos peritos, juntamente com a sua devolução, caso houvesse alguma dúvida sobre as inclusões sugeridas.

Um encontro com o grupo original de trabalho foi suficiente para que concluíssemos o desenho da política de saúde para o município de Itajaí (SC), contemplando estratégias de operacionalização para o atendimento à população idosa, como se apresenta no capítulo seguinte.

CAPÍTULO V

Apresentação da Proposta de Política de Saúde

*Qualidade essencial é a competência de tornar
cada vez mais humana a história de Ser humano.*

Demo

Fluxograma (vide arquivo anexo)

Diagrama (vide arquivo anexo)

5 APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE POLÍTICA DE SAÚDE

A proposta apresentada neste capítulo corresponde ao desenho final da política de saúde para a população idosa do município de Itajaí (SC), o qual teve a validação do painel de peritos, com a aquiescência do grupo original.

Os programas de saúde existentes na rede pública de saúde de Itajaí (SC) foram descritos anteriormente; todavia, outras propostas fora dos programas existentes devem ser mencionadas e ressaltadas para o entendimento do desenho da política de saúde pretendida para a população idosa.

Lembrando que a porta de entrada dos usuários do SUS é a UBS mais próxima de seu domicílio e os profissionais que trabalham nesse local devem estar informados de toda a dimensão dos serviços de saúde existentes no município, seja ele público ou privado.

Portanto, como sugestão de estratégia para operacionalização da política de saúde aos idosos é imprescindível que o funcionário tenha acesso à tecnologia de informação dos serviços de saúde existentes, da saúde do usuário e sobre a questão do envelhecimento humano. Mas, para que ele possa ter essas informações é necessário capacitá-los a respeito do envelhecimento humano saudável, tendo como instrumento de informação um livro texto contemplando: normas técnicas de orientação dos serviços, fluxograma de atendimento do idoso e envelhecimento saudável.

Contudo é necessário desenhar um fluxograma de atendimento do idoso conforme a avaliação multidimensional, destacando o vínculo dos idosos usuários com a atenção básica. A avaliação multidimensional será realizada pelo profissional de saúde capacitado da UBS seguindo um protocolo de avaliação, que deverá ter um manual que ofereça informações da aplicabilidade do instrumento avaliativo.

O fluxograma de atendimento do usuário idoso nos serviços de saúde da rede municipal de saúde de Itajaí foi desenhado por mim, com base nos dados provenientes das discussões de grupo nos cinco encontros e submetidos à validação pelo mesmo grupo de trabalho (ver fluxograma).

O fluxograma apresenta a seguinte explicação: a porta de entrada é a UBS; nela

é feito o acolhimento e aplicado o protocolo de avaliação multidimensional pelo profissional capacitado da UBS e, se o idoso não possuir nenhuma complicação que interfira na sua capacidade funcional ou que exija alguma intervenção imediata, ele permanece na UBS para o atendimento procurado; mas, se apresentar alguma alteração, é encaminhado e aconselhado a participar de um e/ou mais programas de saúde existentes na rede pública de saúde de Itajaí (SC), ou para os serviços propostos pelo grupo de trabalho que deverão ser ampliados (serviço odontológico) ou criados (serviço habilitação/reabilitação). O idoso fica livre para aceitar, porém o seu vínculo com a ABS será sempre a UBS de origem. Mas cada vez que o idoso procurar a UBS o seu protocolo de avaliação deverá ser reavaliado para seguir o fluxo proposto (tecnologia da informação).

Outra proposta defendida pelo grupo de trabalho diz respeito ao serviço odontológico. O serviço odontológico da rede pública municipal de saúde de Itajaí (SC) é encontrado em quase todas as UBS: existem 53 odontólogos para 24 UBS, mais de dois odontólogos por UBS. Acredito que esse serviço merece uma análise mais detalhada.

Na pesquisa do perfil multidimensional do idoso de Itajaí em 2001, a respeito da saúde bucal, 54,7% dos idosos relatam faltar todos os dentes e 31,6% faltar a maioria dos dentes e somente 1,7% apresenta a dentição completa. Sobre a higiene bucal, 83,9% dos idosos usam somente a escovação; 6,3% escovação associada; 3,5% somente bochechos e 3,1% não realizam nenhum tipo de limpeza. (KNOLL; SANDRI; PLONER, 2001)

Quanto ao tratamento dentário, 61,2% dos idosos responderam que não procuram o dentista há muito tempo (mais de dois anos) e 23,9% procuram o dentista particular; 10,5% nos serviços gratuitos e 2,6% usam serviços dentários credenciados pelo seu plano de saúde. Com respeito à satisfação com os serviços dentários utilizados, 35,4% estão satisfeitos e 2,6% não estão; no entanto, 62,1% não souberam, não responderam ou a questão não se aplicava. (KNOLL; SANDRI; PLONER, 2001)

Percebe-se que há muito a fazer na questão da saúde bucal da população em geral para quando chegarem à velhice poderem desfrutar dos cuidados prestados anteriormente. Deve-se continuar o atendimento preventivo da saúde bucal das

crianças e adultos, mas como estratégia de operacionalização da política de saúde é necessário criar mais serviços de odontologia especial, não somente a odontopediatria, mas também a odontogeriatia.

A proposta para a criação dos serviços odontológicos geriátrico está dividida em três momentos: a) Social e coletiva, que corresponde à educação para saúde bucal, em que podemos utilizar como estratégia a parceria com o PSF; b) Tratamento clínico, incluindo o serviço de exodontia, periodontia, oclusão, endodontia e dentística, incluindo as principais especialidades da odontologia; c) Prótese dentária com colocação e substituição das próteses dos idosos. Em Itajaí (SC) um contingente de 81,9% dos idosos utilizam dentaduras e 32,3% solicitam como prioridade a sua troca. (KNOLL; SANDRI; PLONER, 2001)

Tal proposta foi apresentada a dois odontólogos especialistas na área, convidados para participarem de um dos encontros de trabalho, os quais fizeram as suas considerações específicas que foram acatadas pelos membros do grupo de trabalho.

Outra estratégia de operacionalização da política de saúde para o idoso de Itajaí é criar um serviço de reabilitação/ habilitação para todos os usuários do SUS, seja criança, adulto ou idoso, pensando a habilitação no sentido de torná-lo hábil, apto ou capaz de realizar as suas atividades cotidianas, possibilitando a manutenção da capacidade funcional. A reabilitação é entendida como retorno ao estado anterior ou mais próximo possível da sua condição anterior, preservando a sua autonomia. (FERREIRA, 1993)

Ainda na pesquisa do perfil multidimensional do idoso de Itajaí em 2001 verificou-se que 27,9% dos idosos relatam ter problemas osteomusculares e 90,1% não fizeram nenhum tratamento fisioterápico (KNOLL; SANDRI; PLONER, 2001). Esses dados se justificam tendo em vista que a rede pública de saúde não apresenta esse serviço, sendo necessária a terceirização dos serviços na rede privada, o que dificulta o acesso dos usuários.

O serviço de habilitação/reabilitação é respaldado pela necessidade da população em ter o serviço disponibilizado nas UBS próximas de sua residência, facilitando-lhe o acesso e possibilitando a sua inserção o mais rápido possível na

comunidade de maneira independente. Caso não seja possível a implantação em todas as UBS, sugerimos que pelo menos seja implantado, primeiramente, nas policlínicas de referência colocadas nos principais bairros da cidade.

Tal serviço foi proposto como estratégia de operacionalização à parceria com o programa saúde da família no tocante às ações educativas e preventivas de quedas, osteoporose, mobilidade e incontinência urinária, que podem ser evitadas ou postergadas em idosos. E ainda ter acesso às tecnologias assistivas necessárias para a manutenção da capacidade funcional, como: muletas, cadeiras de rodas, próteses ortopédica e auditiva, óculos, bengala e andador, entre outras.

A proposta está vinculada ao resultado da pesquisa do perfil multidimensional dos idosos de Itajaí (SC) – 2001, detectando que 25,5% dos idosos declaram ter a sua audição ruim ou péssima; 32,8% relatam ter incontinência urinária. E quanto ao aspecto de recursos tecnológicos utilizados para amenizar os problemas de saúde existentes, 78,7% necessitam de óculos ou lentes de contato; 98,4% não utilizam aparelho para surdez; 96,8% não usam bengala e 2,7% usam; 98,7% não utilizam a muleta e 98,1% não necessitam de cadeira de rodas. E ao questionar a necessidade de trocar uma dessas ajudas, atualmente 38,4% dos idosos solicitam como prioridade os óculos. Talvez muitas dessas pessoas não utilizem os recursos de tecnologia assistencial por falta de acesso, sendo necessário comprá-los. (KNOLL; SANDRI; PLONER, 2001)

Os serviços oferecidos especialmente para adultos e idosos correspondem ao atendimento fisioterápico músculo-esquelético, cardiorrespiratório, neurológico e uroginecológico. Todavia, há necessidade de contratar mais fisioterapeutas, pois o município dispõe de somente 1 fisioterapeuta no seu quadro de funcionários.

Para avaliar a proposta, o grupo de trabalho solicitou a opinião de um fisioterapeuta e um médico ortopedista. Ambos fizeram as suas sugestões e considerações a respeito, que foram aceitas pelo grupo e colocadas no desenho.

Portanto, o fluxograma de atendimento do idoso e o diagrama dos programas de saúde na rede municipal de saúde de Itajaí (SC) foram construídos como se descreve a seguir:

5.1 Proposta de fluxograma de atendimento do idoso

O fluxograma de atendimento ao idoso na rede municipal de saúde de Itajaí (SC) recebeu apreciação positiva por parte do painel de peritos e do grupo de trabalho original.

O fluxograma tem como finalidade registrar a seqüência dos passos ou fases de um trabalho, constituindo-se a partir de cada tarefa de uma atividade (ROCHA, 1987).

O fluxograma pode ser considerado um gráfico. E esse gráfico é um guia geral para um sistema. Ele deve ser seletivo, ou seja, deve eliminar o excesso de detalhes ou comentários explicativos, assim como as rotinas menos freqüentes e de importância secundária. Também é um gráfico que pode ser utilizado pelas pessoas leigas, por seu fácil entendimento (ADDISON, 1979).

Lerner (1979) relata que o fluxograma é uma representação gráfica que possibilita apresentar o movimento de formulários, documentos e operações efetuadas em uma empresa, através de pessoas, órgãos da empresa e terceiros, de forma a complementar racionalmente as descrições narrativas dos sistemas ou rotinas de trabalho.

Várias são as formas de construir um fluxograma, porém algumas regras básicas são geralmente aceitas e adaptam-se a quaisquer tipos, como: título do fluxograma; data; identificação de quem elaborou; identificação da fase do estudo; legenda (com identificação do significado de cada símbolo utilizado na construção) (Ibidem).

Rocha (1987) descreve que os passos para construir o fluxograma são: operação; inspeção, controle ou análise; demora, atraso ou espera; transporte ou deslocamento; arquivo ou armazenamento definitivo (ou temporário). E cada um destes passos apresenta uma simbologia que o represente no gráfico. O transporte ou deslocamento é representado pela seta contínua; operação, pelo círculo; arquivo ou armazenamento definitivo, pelo triângulo invertido; inspeção, controle ou análise, pela forma quadrada ou retangulada; inquérito, pelo formato de losângulo; a linha reta e contínua significa fluxo principal, e a linha pontilhada, fluxo secundário.

O fluxograma construído para o atendimento do idoso na rede municipal de saúde de Itajaí (SC) segue os mesmos critérios mencionados anteriormente. O início da operação acontece no momento em que o idoso procura uma das UBS; após o seu acolhimento, é aplicado o protocolo de avaliação multidimensional, com o objetivo de fazer uma investigação mais aprimorada das suas condições de saúde. O instrumento de avaliação será aplicado pelo profissional de saúde habilitado e capacitado para tal procedimento, devendo conhecer as tecnologias de informação que serão mencionadas neste estudo. Caso não seja detectado nenhum problema de saúde, o idoso permanece na UBS para dar prosseguimento ao seu tratamento. Mas se algum problema for detectado, ele é orientado e encaminhado conforme a sua necessidade para o tratamento em um dos programas de saúde existentes no município. Entretanto, o seu vínculo permanece sendo a UBS de origem, mesmo quando atendido em um dos programas de saúde. Vale ressaltar que cada vez que o idoso procurar a UBS o seu protocolo de avaliação deverá ser reaplicado e seguirá o fluxo conforme o resultado encontrado.

A simbologia utilizada nesse fluxograma refere-se ao início e fim da operação que está representado pelo círculo; as operações ou procedimentos escolhidos estão com a forma retangular, e o inquérito para escolha do procedimento a ser realizado, no formato de triângulo. As setas são definidas conforme as suas funções. A seta de linha contínua representa o deslocamento do idoso para dar continuidade ao atendimento. A seta de linha pontilhada corresponde ao fluxo secundário necessário para alcançar determinada operação. A linha contínua significa o fluxo principal para obter o resultado esperado, que é o atendimento do idoso nos serviços públicos de saúde.

O fluxograma proposto serve para otimizar e direcionar o atendimento dos idosos nos serviços de saúde de Itajaí (SC), lembrando que a sua aplicabilidade ainda precisa ser testada na prática. Todo instrumento normativo é flexível, portanto pode ser modificado.

Após apresentação da proposta de fluxograma para o atendimento do idoso na rede municipal de saúde de Itajaí (SC), será apresentado o desenho final de uma proposta de política de saúde para essa mesma clientela. O referido desenho é representado no formato de diagrama.

5.2 Diagrama dos programas de saúde na rede municipal de saúde de Itajaí (SC)

O desenho final do diagrama dos programas de saúde foi amplamente discutido com o grupo original de trabalho após as sugestões dos peritos, sempre com a finalidade de responder a questão de pesquisa e o objetivo da tese, respeitando os programas de saúde já existentes no município, mas acrescentando-lhes estratégias de atendimento ao idoso.

Modificamos a forma de apresentação no diagrama para dar destaque ao ciclo vital e na proposta propriamente dita: a cor amarela corresponde aos programas já existentes na rede pública municipal de saúde; a cor laranja corresponde aos locais de atuação; a cor verde, às estratégias propostas para a operacionalização da política de saúde na municipalidade; a cor rosa em forma de triângulo são os serviços que não existem na rede pública municipal de saúde, mas que podem ser criados; a cor azul em forma de nuvem corresponde ao atendimento à criança e adolescente; a cor violeta em forma de elipse é o destaque para atendimento ao adulto; e a cor vermelha em forma de retângulo é o destaque para o atendimento ao idoso. (ver diagrama da proposta de política de saúde para a população idosa de Itajaí (SC))

Portanto, a operacionalização da política de saúde proposta está descrita e fundamentada como segue:

O diagrama da política de saúde para a população idosa do município de Itajaí (SC) foi desenhado tendo como estratégia de operacionalização a **Unidade de Saúde**, porta de entrada da população idosa nos serviços públicos de saúde, entendendo que a denominação Unidade de Saúde corresponde aos diversos tipos de estabelecimento de saúde, como: a) Posto de Saúde (PS); b) Unidade Básica de Saúde (UBS); c) Policlínicas; d) Unidade Saúde da Família (USF); e) Hospital Geral (HG) e, f) consultório médico.

De acordo com a Portaria nº 115 de 19/05/2003, da Secretaria de Assistência à Saúde, que determina formas de encaminhamento de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e também conceitua os diversos tipos de estabelecimento de saúde, como: a) PS - unidade de saúde destinada a realizar assistência à saúde, a uma população

determinada, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não de um profissional médico; *b) UBS* – unidade de saúde que realiza atenção básica e integral à saúde a uma população determinada, de forma programada ou não, nas quatro especialidades básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia), podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista na área; *c) Policlínica* – unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não-médicas, oferecendo ou não: SADT (Serviço de Atendimento Domiciliar Terapêutico e Pronto Atendimento 24h; *d) USF* – unidade de saúde que realiza atenção contínua nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam as diretrizes do Ministério da Saúde; *e) HG* – unidade de saúde hospitalar destinada à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Deve dispor também de SADT de média complexidade, podendo ter ainda serviço de urgência/emergência e/ou habilitações especiais, e *f) Consultório médico* – unidade de saúde destinada à prestação de assistência médica. (BRASIL-SECRETARIA DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE, 2003)

O município de Itajaí (SC) possui nove policlínicas e treze postos de saúde, sendo que algumas destas policlínicas e postos de saúde apresentam USF (PORTAL DE ITAJAÍ, 2004). As Unidades de Saúde são distribuídas equitativamente em todo o território municipal conforme o número de habitantes. As policlínicas estão situadas nos bairros mais populosos, e os postos de saúde, nos locais de menor população, podendo ter no mesmo bairro policlínica e posto de saúde. (ver mapa de distribuição geográfica – Anexo 1)

As mudanças operadas nas políticas de saúde nas últimas décadas tiveram um marco importante na Constituição de 1988, que incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente a estrutura jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo e novos papéis entre os atores do setor, dando enfim a origem do SUS, que prevê que a totalidade de ações deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em

uma rede regionalizada e hierarquizada, ou seja, em níveis crescentes de complexidade, com um fluxo de referência e contra-referência. Essa rede deve ter uma tecnologia de informação apropriada a cada nível, potencializando a resolutividade das ações de saúde, tornando-as mais efetivas e eficientes, possibilitando que os usuários sejam inseridos de forma indissociável (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

A UBS não pode ser pensada somente como um espaço para atendimento de problemas de saúde de menor complexidade (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Ela deve atender uma demanda universal, de forma equânime e integral, devendo ter uma resolutividade superior a 80% das intercorrências, encaminhando aos serviços especializados e internações somente no caso de maior complexidade, o que deve ser feito, idealmente, sempre através de mecanismos de referência e contra-referência pactuados entre as instituições, garantindo um atendimento integral e de qualidade, ou seja, um atendimento completo, proporcionando todo o cuidado que o paciente requer para satisfazer a sua necessidade ou solucionar o seu problema de saúde (BERTUSSI, et al., 2001).

A Unidade de Saúde deve equipar-se de **tecnologia da informação** para atender a demanda da população idosa. Essa tecnologia refere-se à dos *serviços de saúde* existentes na municipalização e região; *de saúde do usuário* que disponibiliza a sua situação de saúde/ doença, e sobre o *envelhecimento humano* utilizando livros texto com normas técnicas de orientação dos serviços, especialmente o fluxo dos idosos na rede pública de saúde, bem como documentos da OMS/OPAS e ONU que dispõem sobre as ações de políticas para o envelhecimento humano e a Política Nacional do Idoso, juntamente com o Estatuto do Idoso. Ao lado da **tecnologia da informação** devem ser criados, como estratégia de operacionalização da política municipal de saúde para o idoso, **mecanismos de avaliação dos serviços de saúde do idoso**, que servirão para redirencionalizar os serviços ofertados pela municipalidade.

O uso de tecnologia de informação é algo recente na saúde, mas que deve ser aprimorado e utilizado, em pouco tempo, em todo o território nacional. O Ministério da Saúde vem estudando a implantação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Esse processo de discussão está disponível na internet no endereço <http://politica.datasus.gov.br> , que também disponibiliza o acesso aos

documentos iniciais e matérias relacionadas ao tema, e a manifestação e o encaminhamento a respeito do assunto.

A estratégia da política de informação e informática em saúde do MS tem como propósito:

disponibilizar as informações necessárias para melhorar os processos de trabalho em saúde, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços individuais e coletivos de saúde (BRASIL –MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.13).

Tal propósito pondera que o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia de informação, através de registro eletrônico da ocorrência em saúde, objetiva a melhoria da qualidade e eficiência dos processos, alimentando automaticamente a rede de informação que, por sua vez, atenderá as necessidades de gestão, controle social e geração de conhecimento sobre a situação de saúde, eliminando os demais instrumentos de coleta de dados. A construção desse novo modelo de informatização será um processo coletivo com a participação dos profissionais de saúde, prestadores de serviços e gestores de saúde dos três níveis de governo, sempre contemplando as necessidades do usuário do SUS (BRASIL–MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A tecnologia dos *serviços de saúde* possibilita o conhecimento dos profissionais de saúde para realizar os encaminhamentos necessários na resolutividade dos problemas através da referência e contra-referência dos serviços de média e alta complexidade, inclusive o TFD para o usuário idoso.

A **tecnologia da informação** e a integração do sistema de informação dos serviços de saúde constituirão uma poderosa ferramenta na promoção da equidade na atenção integral à saúde, efetivando a ABS. Tais estratégias poderão subsidiar os esforços de redução de desigualdades em saúde e de ampliação do acesso da população a ações e serviços de qualidade, oportunos e humanizados. Além disto, contribuirão para aperfeiçoar e consolidar a gestão descentralizada do SUS, fortalecendo o comando único do Sistema em cada esfera de governo, aprimorando a descentralização progressiva dos recursos e contribuindo para a orientação das ações

de saúde segundo a necessidade e demandas locais. Informação e informática são recursos básicos para o planejamento e avaliação de ações preventivas e curativas, capazes de reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, levando em conta as diversidades locorregionais, bem como grupos ou segmentos populacionais mais expostos (BRASIL–MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), como a população idosa.

A tecnologia da informação *de saúde do usuário idoso* possibilitará estabelecer um registro eletrônico de saúde que permita acessar, por meios eletrônicos, as informações de saúde do indivíduo em seus diversos contatos com o sistema de saúde, objetivando melhorar a qualidade dos processos de trabalho em saúde.

Contudo, é necessário, (p.15) “*dotar a área de saúde de instrumentos jurídicos, normativos e organizacionais que assegure a confidencialidade, a privacidade e a disponibilidade dos dados e das informações individualmente identificadas em saúde, garantindo a sua autenticidade e integralidade, através da certificação digital*”. Além disto, é importante investir na criação da infra-estrutura tecnológica, permitindo o melhor uso de tecnologias da informação na área da saúde (BRASIL–MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Os recursos de informática devem facilitar o acesso aos serviços de saúde, como agendamento de consultas/exames e a utilização de informações em saúde por iniciativa do usuário e/ou familiar cuidador, com pleno acesso às suas informações de saúde.

A tecnologia da informação *sobre o envelhecimento humano* permitirá o acesso ao fluxograma de atendimento ao idoso nos serviços de saúde de Itajaí (SC), com o seu descritivo de encaminhamentos, conforme a avaliação multidimensional a ser aplicada ao idoso, quando ele procurar uma unidade de saúde.

O protocolo de avaliação multidimensional deve ser amplo e conter todas as informações necessárias para um diagnóstico gerontogeriatrico. Com este protocolo deve haver um manual que oriente a sua aplicabilidade. Ambos os instrumentos deverão ser construídos, posteriormente, por uma equipe de especialistas na área.

Outros documentos sobre o envelhecimento humano deverão estar inseridos nesse contexto, como: documentos da OMS/OPAS – Hacia el bienestar de los

ancianos (1985) e La salud de los ancianos: una preocupación de todos (1992); ONU – Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (2003); Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994; Política Nacional de Saúde para o Idoso – Portaria nº 1.395/GM, de dezembro de 1999, e o Estatuto do Idoso- Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

Todos estes documentos são importantes e necessários para oferecer sustentabilidade teórica aos profissionais de saúde, gestores de saúde, controle social e usuários do SUS quanto aos instrumentos existentes que determinam a política de atendimento ao idoso. Todavia, não basta fornecer o material teórico somente, é imprescindível inserir mecanismos de educação permanente que vise à abordagem do envelhecimento saudável. Além dos mencionados acima, é importante, também, a capacitação dos diversos equipamentos sociais/comunitários e dos conselheiros dos conselhos municipais de saúde e do idoso.

O desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos especializados na área gerontogeriátrica são fundamentais para garantir a qualidade dos serviços prestados no SUS e para a implantação da PNI com responsabilidade.

A **intersetorialidade** é outra estratégia operacional importante para a política de saúde do idoso na municipalidade. No caso específico de Itajaí (SC), a intersetorialidade deve acontecer na *Educação, Desenvolvimento Social, Vigilância em Saúde e Planejamento e Desenvolvimento Urbano*. Tais setores se constituem como secretarias municipais, exceto a Vigilância em Saúde, que está inserida na Secretaria Municipal de Saúde, dentro do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

A intersetorialidade é a inter-relação entre os diversos serviços do município na otimização da organização e implantação da atenção à saúde do idoso, cujas ações se relacionam, podendo maximizar os recursos financeiros e humanos disponíveis no município, nas instituições e na sociedade civil. São forças conjuntas em busca de resultados eficazes para determinada situação, sendo que a conquista de uma vida saudável não passa apenas pela saúde, mas pela interação das diversas políticas sociais, ou seja, pela intersetorialidade. (JUNQUEIRA, 2002)

A intersetorialidade é, então, uma forma de buscar soluções para os problemas

existentes, de maneira integrada, ou seja, cada setor com o seu saber e sua experiência, atuando conjuntamente.

É uma nova lógica para a gestão das cidades, buscando superar a fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade. Nessa perspectiva, é importante ressaltar que a intersectorialidade não é um conceito que engloba apenas as dimensões das políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões da cidade, como a sua infra-estrutura, ambiente, que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais (JUNQUEIRA, 2002).

A **intersectorialidade** prevista neste estudo consiste em: a) Educação: articular com a educação na alfabetização de adultos e a participação dos idosos no ensino fundamental, contando fatos históricos, favorecendo a intergeracionalidade, possibilitando a inclusão social do idoso e, assim, a melhorar sua qualidade de vida; b) Desenvolvimento Social: identificar todas as ações desenvolvidas por esse segmento e verificar as possibilidades de um trabalho integrado através da inserção da equipe de saúde com os grupos de idosos atendidos por esse setor municipal; c) Vigilância em Saúde: articular com o serviço de vigilância à saúde um conjunto de processos de trabalho relativos a situações de saúde a preservar riscos, danos e seqüelas, incidentes sobre indivíduos - idosos, família ou ambientes coletivos (asilos) e grupos sociais (idosos); d) Planejamento e Desenvolvimento Urbano: fazer um trabalho integrado a esse setor municipal, no sentido de juntos planejar uma cidade saudável aos idosos residentes em Itajaí (SC).

Além dessas, é importante também a intersectorialidade com o poder judiciário no que tange a violência e maus tratos dos idosos. Grande parte dos casos de violência e maus-tratos contra idosos são cometidos por pessoas próximas à vítima – o vizinho, o amigo e, principalmente, os seus familiares. A violência contra os idosos pode acontecer de várias formas, desde a violência psicológica, que se manifesta pela negligência e pelo descaso, até as agressões físicas. São comuns os casos de filhos que batem nos pais, tomam seu dinheiro, dopam-nos, deixam passar fome ou não dão os remédios na hora marcada, entre outras formas de violência.

A intersectorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova

maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa modificar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses. Tratar o indivíduo situado no mesmo território com os seus problemas exige um planejamento articulado das ações de serviços. É necessário um novo fazer que envolva mudança de valores culturais, em que as pessoas criam e recriam os mundos dentro dos quais vivem (JUNQUEIRA, 2002).

A **intersetorialidade** na educação pode ser concretizada como ponto importante de inclusão social, como, por exemplo, a alfabetização de adultos. Carvalho (1993) destaca que a educação é um direito fundamental, é um bem inalienável do ser humano, ou seja, é algo a que todas as pessoas têm direito. Bracho (2001, p. 120 – 121) reafirma essa colocação dizendo que “a educação é um direito consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos que, em seu artigo 26, menciona claramente o direito de todas as pessoas à educação obrigatória e gratuita no que diz respeito à educação básica”.

A educação representa um valor importante na equidade social. Ser alfabetizado e estar na escola conduz não somente a uma educação melhor, mas também a uma socialização maior (BRACHO, 2001).

Quanto à escolaridade dos idosos residentes em Itajaí (SC), Knoll et al. (2001) identificaram em sua pesquisa que: 17,2 % referiram não ter nenhuma escolaridade; 41,9% não completaram o primário; 25,3% completaram o primário; 6,6% completaram o ginásio; 5,0% o segundo grau e apenas 3,1% freqüentaram ou completaram um curso superior. O nível de escolaridade piora com a idade. Dos indivíduos com 80 anos de idade ou mais, 34,9% referiram não ter freqüentado a escola, contra 12,3% no grupo etário de 60 a 69 anos; e, entre os que referiram ter escolaridade acima do nível primário, 16,1% tinham de 60 a 69 anos e apenas 10,9% tinham 80 anos ou mais ($\chi^2=43,173$ $GL=10$ $p<0,000$).

Na última década, houve aumento no percentual de idosos alfabetizados do país. Em 1991, 55,8% dos idosos declararam saber ler e escrever pelo menos um bilhete simples; em 2000, esse percentual passou para 64,8%, o que representa um crescimento de 16,1% no período. Apesar dos avanços, ainda existem 5,1 milhões de idosos analfabetos no país. (FOLHA ON LINE, 2004).

O analfabetismo de idosos implica sérios problemas, tanto para o analfabeto quanto para a sociedade, e inúmeras humilhações decorrem da condição de analfabetos, apesar do seu poder de compra. Essas pessoas querem apenas saber ler e escrever, compreender e participar melhor do mundo.

A alfabetização é indispensável para que o país possa crescer, reduzindo ao mesmo tempo os desequilíbrios internos da nação e as desigualdades entre os indivíduos. O Programa de Alfabetização de Adultos vem oferecer sua contribuição social, colaborando na redução do índice de analfabetismos no Brasil, atendendo uma parcela da população carente de formação educacional que necessita de ajuda para melhorar sua qualidade de vida, exercer sua cidadania plenamente, enfim, dominar habilidades imprescindíveis, como leitura e escrita, condição essencial para enfrentar as exigências do mundo contemporâneo, propiciando-lhes o acesso às informações sobre saúde, direitos, serviços, entre outros, que afetam várias dimensões da vida cotidiana.

Ainda na *educação* podemos incluir a intergeracionalidade, através da participação dos idosos no ensino fundamental, trazendo fatos vivenciados e sua experiência de vida. Debert (1999, p.149) relata que “*o idoso é detentor de uma experiência única, de uma história que deve ser passada e ouvida com atenção pelos mais jovens*”. Os idosos têm muito que ensinar e mostrar aos jovens, evidenciando que as relações intergeracionais podem ser solidárias e proporcionam ajuda em certos momentos importantes de sua vida. Quando se reconhece a necessidade da compreensão entre gerações e os jovens são educados para praticá-la, fomenta-se a integração entre as diferentes idades e conseqüentemente reduz-se o conflito social (MORAGAS, 1997).

A **intersectorialidade** com a Secretaria de *Desenvolvimento Social* (SDS) certamente será uma das parcerias mais coesas, tendo em vista ser essa repartição pública responsável pelas ações sociais e culturais voltadas aos idosos residentes em Itajaí (SC). Tem como locais de atendimento o Centro de Convivência do Idoso (CCI), localizado no bairro São Judas; o Centro de Múltiplo Uso, nos bairros da Fazenda, Cordeiros, São Vicente e Promorar, além dos diversos grupos descentralizados.

O plano de atividades realizadas com a população idosa de Itajaí (SC) expressa

cada vez mais o respeito para com o idoso, o espírito de participação entre grupos e o reconhecimento de que o idoso é portador de dignidade e cidadania.

A SDS entende que a questão de envelhecimento demográfico é perceptível e com isso vão aumentando as necessidades desse público em questões de saúde, educação continuada, habitação, transporte, recreação, cultura, esporte, lazer, oportunidade ocupacional, meio ambiente e outras. Porém, centenas de famílias sentem o problema e confessam que não sabem o que fazer pelos seus idosos. Diante de tal perspectiva demográfica e social, essa Secretaria objetiva atingir famílias dos integrantes de grupos de idosos através de palestras educativas afins e de atendimento individualizado, em parceria com técnicos aptos a orientar familiares na questão do processo decorrente do envelhecimento, acesso aos serviços cadastrados, fornecendo às famílias o passaporte cidadão, com prioridade absoluta aos serviços cadastrados. E pelo que se observa, estamos com esperança na adoção de medidas que assegurem melhor qualidade de vida à população idosa, o que deve evitar que, em pouco tempo, se gere mais um inquietante e oneroso problema social de graves conseqüências (SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2004).

A **intersetorialidade** com a *vigilância em saúde* segue os objetivos definidos de identificar novos problemas de saúde pública; detectar epidemias; documentar a disseminação de doenças; estimar a magnitude da morbidade e da mortalidade causadas por determinados agravos; identificar fatores de risco que envolvem a ocorrência de doenças; recomendar, com bases objetivas técnico-científicas, as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de específicos agravos à saúde; avaliar o impacto de medidas de intervenção por meio de coleta e análise sistemática de informações relativas ao específico agravo, objeto dessas medidas; avaliar a adequação de táticas e estratégias de medidas de intervenção, com base não só em dados epidemiológicos, mas também nos referentes à sua operacionalização; revisar práticas antigas e atuais de sistemas de vigilância com o objetivo de discutir prioridades em saúde pública e propor novos instrumentos metodológicos (INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE, 2004).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão governamental responsável pela vigilância em saúde, exhibe na sua página da internet

(www.anvisa.gov.br) a consulta pública nº 26, de 13 de abril de 2004 publicada no D.O.U. de 14/04/2004, com a qual pretende aprovar o regulamento técnico de funcionamento das instituições residenciais sob sistema participativo e de longa permanência. Este regulamento tem como objetivo assegurar as condições mínimas de funcionamento das instituições de atendimento ao idoso, de modo a garantir-lhe a atenção integral, defendendo a sua dignidade e direitos humanos.

O funcionamento das instituições está condicionado ao licenciamento pela Vigilância Sanitária do Estado, do Distrito Federal ou do Município, assim como o registro no Conselho do Idoso, em conformidade com o Parágrafo Único, Art. 48 da Lei nº 10.741, de 2003. Portanto, toda e qualquer instituição de atendimento ao idoso que descumprir a lei estará sujeita às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977 (BRASIL, 2003). E nenhum local de atendimento ao idoso deve passar despercebido pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica e Sanitária municipal, o qual tem como função a vistoria periódica de tais estabelecimentos, além de manter-se informado a respeito de qualquer notificação de agravos de saúde, seja em situações epidêmicas ou sanitárias.

E, por fim, a **intersetorialidade** com a Secretaria de *Planejamento e Desenvolvimento Urbano* será de grande importância para a implantação de uma cidade saudável para seus idosos.

O movimento das “cidades saudáveis”, que tem por pressuposto o comprometimento de representantes e representados em uma ação comunitária, na qual educação, nível de emprego, sistema viário, urbanismo, condições habitacionais, transportes urbanos, controle da natalidade e segurança sentam juntos para planejar ações voltadas para a qualidade de vida dos cidadãos residentes, com ações intersetoriais tão importantes quanto as ações clássicas de saúde, como os programas de saneamento, as campanhas de vacinação ou a erradicação de endemias.

A carta de Ottawa (1986) reconheceu como pré-requisito fundamental para a obtenção de saúde, a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, a conservação dos recursos naturais, a justiça social e a equidade (FERRAZ, 1999).

Com base nessa concepção, Ferraz (1999, p. 26) define promoção da saúde:

“promoção da saúde é o processo que confere às populações os meios de assegurar um grande controle sobre sua própria saúde”. A carta de Otawa constituiu a ampliação da concepção de promoção de saúde incorporando o valor e o impacto das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Portanto, a promoção de saúde não se encontra somente sob a responsabilidade do setor saúde, mas, ao contrário, constitui-se uma atividade eminentemente intersetorial.

As dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais são determinantes sobre as condições de saúde. Sem políticas públicas favoráveis à saúde não haverá um município saudável. Município saudável é aquele onde autoridades, instituições, organizações públicas e privadas estabelecem uma relação contínua de melhoria do ambiente físico-social, fortalecendo os recursos comunitários. A Carta de Otawa de 1986 reforça tal compreensão. Uma cidade saudável é aquela que coloca em prática de modo contínuo uma melhoria de seu meio ambiente físico-social utilizando recurso da comunidade para permitir aos seus cidadãos uma aptidão mútua das atividades humanas para a plena realização (FERRAZ,1999).

Essa concepção pressupõe um conjunto de esforços dos governos locais. A descentralização administrativa e de poder em geral e a autonomia do município são peças fundamentais. A política de saúde não pode ser seletiva, ela deve ser para todos. Para que seja coerente com a concepção, é preciso também criar canais de participação popular para que a sociedade no exercício da cidadania seja um agente ativo dessas questões. A cidade tem de buscar não só sua autonomia de elaboração de políticas de saúde, mas buscar integrações regionais para dividir as responsabilidades e potencialidades dos vários serviços. É necessário, finalmente, ter uma rede de informações consistente (BENASSI, 2004).

A OMS considera cidade saudável aquela na qual os dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos dentro de uma visão ampliada de qualidade de vida, em acordo com a proposta de promoção da saúde referida na Carta de Otawa (FERRAZ, 1999).

Alguns países desenvolvidos da Europa e da América do Norte estão implantando projetos de cidades saudáveis que incluem:

ações centradas sobre o meio ambiente, sobretudo o saneamento de regiões carentes,

os resíduos sólidos e a qualidade do ar; desenvolvimento de serviços de saúde em nível dos distritos e regiões carentes; ações de controle e de prevenção de doenças específicas não cobertas por programas do sistema nacional de saúde; promoção de modos de vida saudáveis – defesa de políticas de saúde, políticas “mais saudáveis”, o que significa promover a elaboração de políticas municipais baseadas no desenvolvimento econômico que produzam um impacto potencial para a saúde e a proteção das populações (FERRAZ, 1999, p. 30).

O município de Itajaí (SC) possui um instituto denominado Cidade Saudável, espaço de articulação intersetorial nas ações desejadas para a qualidade de vida dos itajaienses. Nele são discutidas as possibilidades de mudanças desejadas, como: ampliação de praças de lazer; arborização pública; sinalização adequada das ruas; revitalização das edificações históricas e do calçamento; saneamento básico; coleta de lixo seletiva; providências de controle de poluentes ambientais; transporte urbano; planejamento urbanístico das edificações a serem construídas; entre outras ações. Todas estas ações são importantes na conquista de uma cidade saudável.

Quanto ao idoso, além dos aspectos já citados, é necessário prever a arquitetura das ruas e calçadas em conjunto com a sinalização adequada e de fácil entendimento, utilizando sons ou cores para identificar os comandos de “pare” ou “siga” para atravessar uma rua. As calçadas poderiam ser mais largas, possibilitando o transporte de pessoas com alguma incapacidade física, e seu nível sinalizado com cores fortes.

Quanto mais urbanizada for uma cidade, maior deve ser o espaço destinado ao lazer, pois as pessoas tendem a residir em apartamentos e condomínios fechados, privando-se do contato com a natureza. Esse espaço serve para passeios e exercícios diários, tão necessários e importantes para um envelhecimento saudável. A utilização do Rio Itajaí-Açu como meio de transporte turístico seguro para a realização de passeios e pescarias seria algo positivo ao lazer dos idosos, possibilitando o retorno à natureza e a promoção da saúde mental.

A adoção de cidades saudáveis precisa ser portadora de uma mudança cultural profunda, tanto das práticas políticas como das práticas profissionais no campo da saúde, no sentido de ações que visem à melhoria da qualidade de vida das populações da cidade. Esse novo olhar significa que um novo saber deve ser construído e utilizado de modo compartilhado e interdisciplinar e não mais isoladamente, dentro de uma

perspectiva essencialmente setorial e/ou corporativa (FERRAZ, 1999).

As estratégias narradas anteriormente servem de suporte para operacionalizar os vários programas de saúde existentes no município de Itajaí (SC), objetivando facilitar o processo de trabalho na saúde e o acesso do idoso aos serviços de saúde.

Dando continuidade à apresentação da proposta de política de saúde, são descritos a seguir os programas de saúde existentes no município e a inserção de ações e de estratégias operacionais para o atendimento ao idoso nos referidos programas, além da inclusão de outros ainda não contemplados no Planejamento Municipal, concluindo o diagrama desenhado.

5.2.1 Programa Saúde da mulher, da criança e da idosa

O programa saúde da mulher e da criança é composto pelo serviço de ginecologia, obstetrícia e puericultura, sendo realizado em todas as UBS da municipalidade, visando ao atendimento especializado à saúde da mulher e da criança.

No título desse programa foi acrescentada a palavra **idosa** como forma de destaque, ficando claro que o atendimento não se destina somente às mulheres jovens e em idade de procriação, mas também às **mulheres idosas**.

A **mulher idosa** não necessita ser atendida no serviço de obstetrícia e de puericultura, mas deverá ser acolhida no serviço de ginecologia, no que tange ao preventivo de **câncer de mama** e do **colo uterino**.

O preventivo de câncer de mama e de colo uterino em Itajaí (SC) é realizado em todas as UBSs mais próximas da residência da mulher idosa. Em caso de suspeita de nódulos ou alterações no exame de papanicolau, ela é encaminhada ao CRESCEM para o acompanhamento mais sistematizado. Por ser uma unidade de referência, o CRESCEM possui tecnologia aperfeiçoada para um diagnóstico mais preciso. Em caso de positividade e conforme a gravidade, a mulher idosa pode ser atendida na rede pública local para procedimentos cirúrgicos e quimioterápicos (unidade do CEPON); em caso de indicação de radioterapia, deve ser encaminhada ao município mais próximo que possua o serviço, encaminhamento este garantido pelo PPI.

O câncer de mama nas mulheres pode desenvolver-se em qualquer época depois da puberdade, mas na maioria das vezes é diagnosticado em mulheres de 60 anos a 79

anos (BROUNDY et al., 2004).

No Brasil, nas últimas duas décadas, a taxa bruta de mortalidade por câncer de mama apresentou uma elevação de 68%, passando de 5,77 em 1979, para 9,7 mortes por 100.000 mulheres em 1998. É a maior causa de óbitos por câncer na população feminina, principalmente na faixa etária entre 40 e 69 anos. Aproximadamente 80% dos tumores são descobertos pela própria mulher ao palpar suas mamas. Porém, um dos fatores que dificultam o tratamento é o estágio avançado em que a doença é descoberta. Cerca de 50% dos casos são diagnosticados tardiamente, exigindo tratamentos muitas vezes mutilantes, o que causa maior sofrimento à mulher (INCA, 2004).

A mulher deve fazer o auto-exame para identificar qualquer alteração que surja de um mês para outro. Em 90% dos casos é a própria mulher quem descobre nódulos em sua mama; a palpação ainda é a melhor forma de detecção precoce. Broundy (2004, p. 649) relata que *“o método mais confiável para a detecção do câncer de mama é o auto-exame periódico, seguido de avaliação profissional imediata se houver alguma anormalidade. A mamografia é outro recurso importante e provavelmente é responsável pelo aumento da quantidade de casos notificados”*.

A prevenção do câncer de mama é feita através da detecção precoce. São recomendados os seguintes procedimentos: 1) rastreamento por meio do exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente e ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária; 2) rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames; 3) exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (INCA, 2004). Todos estes procedimentos diagnósticos são possíveis através do SUS.

A evolução no tratamento representou um grande avanço para a saúde da mulher e proporcionou melhor entendimento do processo da carcinogênese, isto é, do mecanismo que leva à transformação de uma célula normal em célula maligna. Na grande maioria dos casos, a mutilação do passado tornou-se coisa obsoleta.

O câncer cervical é o terceiro tipo de câncer do sistema reprodutor feminino, podendo ser classificado como pré-invasivo ou invasivo. O cervical invasivo varia da displasia cervical mínima até o carcinoma *in situ*. O câncer cervical pré-invasivo pode ser curado em 75 a 90% das clientes, desde que o diagnóstico seja precoce e o tratamento eficaz. Em geral, o câncer invasivo ocorre entre mulheres com idades entre 30 e 50 anos, raramente antes da segunda década de vida. As mulheres de 65 anos ou mais representam 24% dos casos e 40% dos óbitos (BROUNDY et al., 2004).

Dentre todos os tipos, o câncer do colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente. Seu pico de incidência situa-se entre 40 e 60 anos de idade, e apenas uma pequena porcentagem ocorre abaixo dos 30 anos (INCA, 2004).

Vários fatores são associados ao câncer cervical como relata Brundy (2004): relações sexuais frequentes em idade precoce, gestações repetidas e infecção pelos papilomavírus humanos (HPV) ou outras doenças venéreas bacterianas ou virais.

Aos fatores associados citados acima, acrescenta-se a falta de higiene genital da mulher, agravada pela falta de higiene genital dos múltiplos parceiros como o responsável pelo aumento do número de processos inflamatórios, especialmente por vírus, atualmente considerados como um importante fator de risco para câncer do colo uterino.

O exame de Papanicolau detecta células anormais, enquanto a colposcopia determina a origem das células anormais presentes no exame. A biópsia de conização deve ser realizada se a curetagem endocervical for positiva (BROUNDY et al., 2004).

Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países do mundo a introduzir o exame Papanicolau para detecção precoce do câncer do colo do útero, a doença continua a ser entre nós um problema de saúde pública. Isto porque apenas 30% das mulheres submetem-se ao exame citopatológico pelo menos três vezes na vida, o que resulta um diagnóstico já na fase avançada em 70% dos casos. As Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer, do Instituto Nacional de Câncer, previam 16.270 novos casos de câncer do útero e de 3.725 óbitos em 2002. Todos os dias cerca de 10 mulheres morrem vítimas desse mal (INCA, 2004).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado

pelo Ministério da Saúde em 1984, em conjunto com os 27 estados do país, baseia-se nos mesmos princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade, ampliando-se assim as ações executadas na rede para responder às demandas das mulheres. Tem como objetivo principal reduzir, substancialmente, o número de mortes causadas pelo câncer do colo do útero e de mama, permitindo à mulher um acesso mais efetivo ao diagnóstico precoce pelo exame Papanicolau e exame clínico das mamas, além do tratamento adequado do tumor (ESTADO DO ESPIRITO SANTO, 2004).

As ações que integram o PAISM são: assistência ao planejamento familiar; assistência ao pré-natal, parto e pós-parto; investigação do óbito materno; controle e prevenção; de DST/Aids; atenção à mulher vítima de violência e controle do câncer de colo de útero e de mama (Viva Mulher).

Nos últimos três anos foram aplicados R\$ 135,3 milhões em ações do PAISM, no programa “Viva Mulher” pelo país, que incluem coleta de sangue, exames citopatológicos, anatomopatológicos de colo uterino e cirurgia de alta frequência. Nesse período, foram realizados 23 milhões de exames de Papanicolau pela rede pública de saúde. Para oferecer atendimento gratuito o ano inteiro, o SUS conta com uma rede integrada de 7 mil postos de coleta, 700 laboratórios de citopatologia, 200 laboratórios de histopatologia, 300 pólos de cirurgia de alta frequência e 150 centros de alta complexidade em oncologia (ESTADO DO ESPIRITO SANTO, 2004).

A mulher idosa é vulnerável a desenvolver o câncer ginecológico tendo em vista a redução hormonal que acontece com o envelhecimento. Para Calkins et al. (1997), o câncer é um grupo de doenças que atingem todos os órgãos do corpo e em qualquer idade. Porém, o risco de desenvolver câncer aumenta conforme as pessoas envelhecem, estando ele entre as mais sérias doenças crônicas que afetam os idosos. *“Aproximadamente 50% dos casos de neoplasias ocorrem com mais de 65 anos de idade, embora este grupo represente apenas 11% da população em geral”* (MALZYNER & CAPONERO, 1994, p. 345). Desse modo, é importante que a mulher idosa faça o auto-exame e o preventivo de câncer uterino periodicamente, evitando problemas futuros e irreversíveis.

5.2.2 Programa Saúde da Família

Entendendo que o Programa Saúde da Família é para o atendimento de todos os

componentes da estrutura familiar, não podemos deixar de destacar como estratégia a inserção do **idoso** (retângulo verde) nesse contexto familiar.

Acrescentada como estratégia de operacionalização a **participação da comunidade** (retângulo laranja) no planejamento estratégico elaborado pela ESF para desenvolver as ações na comunidade de abrangência. Houve a inserção do **serviço de atendimento ao idoso em grupos de convivência** (triângulo rosa). Sugerimos a criação **da atenção domiciliar** para idoso dentro desse programa, porque são esses os profissionais que se encontram inseridos no contexto do atendimento domiciliar e também porque conhecem a realidade daquela comunidade, podendo facilitar o serviço de referência e contra-referência (triângulo rosa).

A escolha do termo: atenção domiciliar em vez de internação domiciliar deu-se porque para realizar a internação hospitalar é necessário haver por trás um sistema hospitalar cadastrado e credenciado como Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, conforme a Portaria SAS/MS nº 249/2002, caso contrário não poderá ser considerado como internação domiciliária (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O termo atenção domiciliar é um tanto mais realístico para a conjuntura atual do serviço de saúde de Itajaí (SC), porque não exige a existência de um Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, mas ao mesmo tempo possibilita o atendimento do idoso no contexto domiciliar através das equipes de saúde da família.

Embora o município de Itajaí (SC) não possua ESFs suficientes para maior cobertura populacional, é possível realizar um atendimento domiciliar ao idoso com qualidade nas comunidades assistidas pelo programa. Atualmente o município dispõe de onze equipes de saúde da família atuando nas comunidades Promorar I, II, III e IV; Rio Bonito; Itoupava; Espinheiro; Imaruí; Jardim Esperança e Dom Bosco.

Quando a OMS lançou a meta global de “*Saúde para Todos no Ano de 2000*”, tendo como estratégia central a Atenção Primária da Saúde (APS), 20 anos atrás, em resposta à escassez de serviços de saúde, quando era excluída de recursos da assistência uma parcela significativa da população, acreditava que muitos países deveriam assumir outras estratégias de atendimento à população.

O Brasil entendeu a mensagem e investiu, por meio de subsídios

governamentais, na expansão da estrutura física de prestação de serviços públicos e privados, além da mudança na política de saúde brasileira, dando origem ao SUS. Entretanto, reformular a política de saúde não era o suficiente, era necessário buscar estratégias para operacionalizar o SUS. Sendo assim, em 1991 o MS implantou o PACs, e em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras ESFs, incorporando e ampliando a atuação dos ACs. Cada equipe do PSF tem de quatro a seis ACs, variando de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O principal propósito do **Programa Saúde da Família** é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Serra (2001) esclarece que a estratégia saúde da família vem solidificando-se como forma mais eficaz e eficiente de reorganização dos serviços de saúde e mudança do modelo assistencial. Cutait (2001) acrescenta que o PSF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e da família de forma integral e contínua.

Funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está estruturada com base na UBS.

O PSF trabalha baseando-se nos seguintes princípios: 1) *Integralidade e hierarquização* - a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim o exigir. 2) *Territorialização e cadastramento da clientela* - a USF trabalha com território de

abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a essa área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas. 3) *Equipe multiprofissional* - cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACs. Outros profissionais - a exemplo de odontólogos, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A USF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Cada ESF é capacitada para desenvolver ações específicas com a comunidade de sua abrangência. Portanto, faz-se necessário conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características socioculturais e econômicas, demográficas, meio ambiente e epidemiológicas, favorecendo o diagnóstico da comunidade e permitindo a identificação dos principais problemas de saúde e situações de risco aos quais está exposta a população que ela atende. Com o diagnóstico da comunidade e os problemas prioritários identificados, elabora-se, com a **participação da comunidade**, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, possibilitando a assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, permitindo o desenvolvimento de ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Porém, para alcançar as mudanças necessárias e com qualidade para o atendimento da comunidade local assistida é importante repensar o gerenciamento dos serviços e suas ferramentas de gestão, dentre eles o planejamento. Na perspectiva de saúde da família, o **planejamento estratégico** é um instrumento precioso para o desenvolvimento das ações, tanto na dimensão da assistência quanto no gerenciamento do cuidado. Todavia, é importante a participação de todos os atores sociais envolvidos nos problemas mapeados na realidade em nível local, requerida na visão do planejamento estratégico, além da conscientização de todos os profissionais de saúde

envolvidos de que o planejamento consiste em uma ferramenta de gestão fundamental ético-político e comunicativa, não se restringindo à dimensão técnica. O planejamento estratégico acontece por meio do processo participativo da população, a qual se “*empondera*” (p. 23) e tomam decisões e estabelecem prioridades, buscando parcerias na resolução dos seus problemas e para sua emancipação como cidadãos (CIAPONE & PEDUZZI, 2001).

Conforme as autoras acima (p. 27):

o desafio que se coloca para aplicação do planejamento estratégico como instrumento de gestão no PSF, no contexto da política de saúde, consiste em criar possibilidades de ampliar o olhar na direção das principais questões determinadas pelo processo de globalização, tanto no plano macroestrutural, quanto no espaço do cotidiano dos serviços de saúde e da vida da comunidade no território.

Acredita-se que esse olhar permitirá buscar espaço para a proposição de ações de promoção da saúde e de enfrentamento ativo dos empecilhos para o atendimento às necessidades de saúde da população, sem perder de vista que todos os envolvidos nesse processo (usuários e profissionais) preservem os seus limites e potencialidades, apostando na viabilidade de um projeto social respaldado na justiça, na equidade e na cidadania (CIAPONE & PEDUZZI, 2001).

Para trabalhar com a saúde da família é fundamental que as equipes adotem e compartilhem um conceito de família. Segundo Ângelo & Bousso (2001, p.14),

pode-se considerar a família como um sistema ou uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver em conjunto, pode conter ou não crianças sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre seus membros e as funções do cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização.

É mister conceber saúde da família como entidade distinta da saúde dos indivíduos ou da soma da saúde dos indivíduos que compõem a família. Algumas definições de saúde da família incluem a saúde individual dos seus membros e o bom funcionamento da família na sociedade, portanto a assistência pode partir do individual para o coletivo; não se atende somente o membro da família, mas a família como um todo, e nela está o idoso.

É entendido que o número de idosos, em breve, no Brasil ocupará uma posição de destaque, fato este facilmente observável ao nosso redor, nas ruas e nos serviços de saúde (FARO, 2001).

Com o envelhecimento populacional acelerado surge a possibilidade de aumento de intercorrências patológicas, ocasionadas pelas doenças crônicas degenerativas tão preponderantes na faixa etária de 60 anos ou mais. O reflexo desse envelhecimento é sentido nos serviços de saúde, especialmente nas unidades de internações credenciadas pelo SUS. Mendes Júnior & Lopes (2001, p. 29) destacam que *“a taxa de hospitalização¹⁵ dos maiores de 60 anos chega a ser o dobro na faixa dos 15 aos 59 anos, e mais que o triplo da faixa de 0 a 14 anos”*. E continua: *“o índice de hospitalização¹⁶ mostra uma relação mais relevante, pois a faixa que abrange os idosos é quase três vezes maior do que a faixa de 15 a 59 anos, e cerca de cinco vezes mais que a faixa de 0 a 14 anos”*.

Para minimizar os fatos acima citados é que se desenhou outra forma de atendimento ao idoso, superando o modelo centrado unicamente na internação hospitalar como alternativa de cuidá-lo, indicando a atenção domiciliar como um dos mecanismos alternativos à internação. A criação de um serviço de **atenção domiciliar ao idoso**, visualizando não somente a internação domiciliar, mas a assistência a esse idoso, principalmente quanto à detecção precoce dos agravos de saúde, possibilitando à família cuidadora uma melhor qualidade nos serviços essenciais para o cuidado do idoso no domicílio. A atenção domiciliar ao idoso é uma alternativa no campo da desinstitucionalização, e menos onerosa para os serviços públicos ou privados de saúde. Nesse sentido, serviços que desospitalizem devem ser buscados porque proporcionam melhor qualidade de vida ao usuário idoso.

A inserção de tal serviço no PSF se dá pelo envolvimento dos profissionais de saúde com a comunidade e conseqüentemente com a família, favorecendo o acesso aos cuidados com o idoso. Além disso, o atendimento domiciliar requer do profissional de saúde um aprendizado para lidar com situações novas, e a ESF vivencia uma situação *“nova”* durante toda a sua prática cotidiana, além de conhecer as necessidades locais.

A atenção domiciliar ao idoso é o atendimento prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas à promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança. Caracteriza-se por ser um serviço de atendimento público em domicílio às pessoas idosas através de um

¹⁵ Mede o número de indivíduos internados por 1.000 residentes da mesma faixa etária.

¹⁶ Mede o número de dias de internação/habitante/ano.

programa individualizado, de caráter preventivo e reabilitador, no qual se articulam uma rede de serviços e técnicas de intervenção profissional focada em atenção à saúde, pessoal, doméstica, de apoio psicossocial, familiar e de interação com a comunidade. Pode ser de natureza permanente ou provisória, diurna e/ou noturna, para atendimento de idosos dependentes ou semidependentes, com ou sem recursos e mantendo ou não vínculo familiar (BRASIL – MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, SECRETARIA NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1998).

A atenção domiciliar ao idoso é uma ferramenta que, entre outras coisas, pode ajudar a cuidar do idoso doente ou auxiliar no envelhecimento saudável. Porém, é necessário entendê-la como uma mudança de cultura na assistência. A família é vista com parceira do cuidado e, sem esta condição, não haverá um resultado favorável. Ao mesmo tempo é necessário buscar a autonomia desse idoso o mais breve possível, mantendo-o independente por maior tempo possível. Portanto, a família e o profissional de saúde devem trabalhar com metas claras e alcançáveis, pois sem regras definidas a tendência é de que o idoso permaneça pouco tempo sob os cuidados domiciliares e mais tempo hospitalizado (MENDES JÚNIOR & LOPES, 2001).

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde dos idosos. Contudo, não retira a responsabilidade do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a esse grupo populacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2004).

Como foi relatado, a família é fundamental para o atendimento no domicílio, mas o familiar cuidador também necessita ser atendido pela equipe de saúde da família, haja vista que a maior sobrecarga do cuidado no dia-a-dia permanece com ele. Desse modo, é importante que se criem estratégias para que o familiar cuidador tenha momentos de lazer e descontração, mas tranquilo de que o familiar idoso está sendo atendido enquanto ele, cuidador, descansa.

Uma das estratégias que podem ser implantadas nas comunidades assistidas pelo PSF são os grupos de apoio aos familiares cuidadores, espaço em que eles possam expressar seu estresse, medo e insegurança para o cuidado e ao mesmo tempo fortalecer-se para dar-lhe continuidade.

As redes de apoio familiares e comunitárias são alternativas que proporcionam ao familiar cuidador momentos para ele próprio, possibilitando um descanso maior. Geralmente o cuidador, principal provedor de atenções destinadas ao idoso fragilizado, é do sexo feminino, como mostra a pesquisa do Perfil Multidimensional dos Idosos de Itajaí (SC): 24,9% responderam ser a filha a pessoa que mais ajuda, seguida da esposa/companheira, em 16,1%. Entre tantos papéis desempenhados pela mulher na sociedade contemporânea, o cuidado com o idoso fragilizado passa a ser mais uma exigência para essa pessoa que muitas vezes não tem quem a cuide na mesma proporção em que presta o cuidado.

Atualmente a Secretaria de Desenvolvimento Social de Itajaí (SC) gerencia grupos de idosos em toda a sua extensão territorial e um CCI, porém nesses locais participam somente os idosos que estão com a sua capacidade funcional preservada e que de certa forma não exigem um cuidado mais próximo de seu familiar. Portanto, é necessário estender tais serviços, também, para os idosos fragilizados através da intersetorialidade com a mesma Secretaria de Desenvolvimento Social, na implantação do centro dia para idosos, proporcionando ao familiar cuidador momentos de descanso no período diurno.

Sendo responsabilidade do Estado assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, inclusive de garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de atendimento do SUS, otimizando o suporte familiar como forma de cuidado, cabe-lhe, também, a responsabilidade de gerir mecanismos de atendimento a essa família cuidadora. Sendo assim, precisamos reivindicar que tais alternativas de atendimento, como o centro dia para o idoso, possam ser implementadas o mais breve possível na comunidade de Itajaí (SC).

Outro serviço a ser inserido no PSF é o **atendimento ao idoso em grupos de convivência**, envolvendo especialmente os idosos mais independentes e participantes de grupos de idosos em sua comunidade de residência. A participação dos profissionais de saúde nos grupos de convivência de idosos passa pela promoção e prevenção de agravos de saúde através da educação em saúde e de ações assistenciais.

Os grupos de convivência de idosos são alternativas de atendimento para o fortalecimento de atividades associativas, produtivas e promocionais, contribuindo

para autonomia, envelhecimento ativo e saudável, prevenção do isolamento social, socialização e aumento da renda própria e da família. O espaço é destinado aos idosos e seus familiares, onde são desenvolvidas, planejadas e sistematizadas ações de atenção ao idoso, de forma a elevar a qualidade de vida e a integração intergeracional.

A educação em saúde, como um dos pilares da concepção de promoção da saúde, deve promover o senso de identidade, autonomia e responsabilidade dos indivíduos, bem como a solidariedade e a responsabilidade comunitárias que podem ser desenvolvidas e ampliadas dentro dos grupos de convivência.

A transmissão do conhecimento técnico-científico não pode ser entendida como uma benesse assistencial ou ato de favor dos detentores, tanto do poder como do conhecimento. As pessoas devem ter acesso fácil, oportuno e compreensível a dados e informações de qualidade sobre sua saúde e sobre as condições de vida de sua comunidade, cidade, município, estado ou país. Os dados e informações devem ser claros, precisos e fidedignos, e ser transmitidos de maneira adequada através de sistemas visuais e auditivos que mobilizem a atenção e motivem sua utilização (LEVY, 2004).

Uma educação em saúde inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A ESF poderá agendar, antecipadamente, com os grupos de convivência de idosos palestras e trabalhos em grupo na própria USF onde eles são atendidos ou no local em que são desenvolvidos os encontros de idosos. Os grupos de convivência para idosos são locais que abrem espaço para experiências inovadoras de forma coletiva, proporcionando ao idoso uma interação social. É através da convivência em grupo que construímos e destruímos os conceitos que temos do mundo, dando feições diferenciadas aos nossos padrões de pensamento, criando desejos no âmbito da imaginação, reorganizando a dinâmica do apreendido e mantendo o ritmo de pulsação para continuarmos fluindo no rio da vida (MONTEIRO, 2001).

É nesse espaço de convivência que se constitui o modo de ser de cada um.

Portanto, a ESF pode buscar em tais espaços momentos de transformação de pensamento dos idosos, favorecendo a promoção da saúde e a prevenção à doenças, utilizando como ferramenta a educação em saúde e ações assistenciais.

A atuação educativa da ESF com idosos e/ou familiares visa a torná-los agentes de si mesmos, beneficiando o autocuidado e tornando-os participantes conscientes do processo saúde/doença. Pode ser realizada no domicílio, na USF ou em grupos de convivência, por meio de discussões em grupo, preleção, demonstração, filmes, fitas cassetes e folhetos educativos/informativos, entre outros.

O PSF tem a responsabilidade de assistir a comunidade pela qual é responsável na sua área de abrangência; entretanto, no tocante ao idoso ele passa a assumir uma responsabilidade ainda maior, haja vista a especificidade do cuidado a essa clientela, independentemente de sua condição de saúde. Atua desde o domicílio do idoso até nos grupos de convivência, ampliando a sua essência, que é assistir a comunidade de forma integral e contínua.

5.2.3 Programa de DSTs – HIV/Aids

O programa de DSTs – HIV/Aids de Itajaí (SC) é composto pelo **Centro de Testagem Anônima e Aconselhamento (CTA)**, **Redução de Danos (RD)** e **Bem-Me-Quer (BMQ)**, todos com sede administrativa no Centro de Orientação e Diagnose Médica (CODIM); além deste, temos o **Hospital Dia (HD)**, com os serviços de distribuição de medicamentos, serviço de atendimento especial, atendimento das DSTs, **Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT)** com internação domiciliar, serviço de prevenção da Transmissão Materno Infantil (TMI) associado ao projeto nascer, que está localizado no Centro Obstétrico do Hospital Maternidade Marieta Konder Borhausen (CO/ HMMKB).

Neste programa foi reordenada a forma de sua apresentação, colocando **criança, adulto e idoso** no mesmo nível, antecedendo as diversas ações previstas. Esta reordenação é para deixar claro que todas as ações são desenvolvidas para todas as etapas de vida.

A Aids é uma doença clínica decorrente de um quadro de imunodeficiência causado pelo HIV (HIV-1 e HIV-2, este último sem relevância epidemiológica no

Brasil). Caracteriza-se por supressão profunda da imunidade mediada, principalmente, por células T, resultando em infecções oportunistas, neoplasias secundárias e doenças neurológicas. A transmissão do HIV (vírus da Aids) ocorre por contato sexual, pela transmissão do vírus de mães infectadas para fetos ou recém-nascidos e pelo sangue, como em transfusões de sangue e hemoderivados ou por uso compartilhado de drogas injetáveis (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No Brasil, dos cem municípios com maior incidência acumulada de casos e que são responsáveis por 76,8% do total de casos notificação, destaca-se a cidade de Itajaí (SC). A incidência de AIDS (por 100.000 hab.) em Itajaí e Balneário Camboriú corresponde respectivamente a 87,5% e 50,4% (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Quanto à distribuição dos casos de Aids por ano e sexo podemos observar que o município de Itajaí acompanha a tendência da epidemia no Brasil: até o ano de 1999 a população masculina vinha crescendo. A partir desse período mantém-se estável com ligeira queda. A feminização da epidemia é significativa. O crescimento do número de casos de Aids entre mulheres de 94 a 98 já vinha ocorrendo, mas num ritmo lento. Entre 99 e 2000 houve ligeira redução do número de casos (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Em 2002 se identificou um aumento expressivo e preocupante do número de casos em mulheres, que merece uma minuciosa análise e reflexão para se desenvolver trabalho de prevenção direcionado especificamente a essa população, com ênfase na autonomia e capacidade de negociação do uso de preservativo com os parceiros.

O Boletim Epidemiológico AIDS apresenta os casos da doença notificados no MS até o final de 2002. São 257.780 diagnósticos e notificações, do início de 1980 até dezembro último, indicando um aumento de 8,5% na incidência acumulada em relação aos dados consolidados até 31 de março de 2002, apresentados no boletim anterior (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Ainda é notável a desaceleração nas taxas de incidência de Aids no conjunto do País, a despeito da manutenção das principais tendências da epidemia: heterossexualização, feminização, envelhecimento populacional e pauperização do paciente, aproximando-o cada vez mais do perfil socioeconômico do brasileiro médio.

Para que haja modificação da pandemia da Aids é importante que tenhamos ações concisas e permanentes na prevenção.

A OMS estima que, a cada ano, ocorram no mundo 340 milhões de casos novos das principais DSTs curáveis (sífilis, gonorréia, clamídia e tricomoníase), dos quais 38 milhões na América Latina e Caribe, região que conta com profissionais altamente capacitados, excelentes experiências em prevenção, vigilância e assistência às DSTs e inúmeras instituições públicas e privadas que têm tradição de atuar na área (REDE DST, 2004).

No Brasil as políticas públicas na área da promoção e prevenção dirigidas às DST-HIV/Aids tomam como paradigma uma abordagem da saúde que enfatiza o desenvolvimento sustentável, a melhoria da qualidade de vida das pessoas e o direito de cidadania, participação e controle social. Os princípios e diretrizes que orientam essa política são: 1) atitudes de solidariedade, não-preconceito e não-discriminação em relação às pessoas que vivem com HIV/Aids; 2) garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas que vivem com HIV/Aids; 3) acesso à rede de saúde e disponibilização de insumos de prevenção, notadamente preservativos masculinos e femininos, gel, agulhas e seringas e materiais educativos; 4) acolhimento, aconselhamento e tratamento das pessoas infectadas pelo HIV e portadores de DST nos serviços de saúde; e 5) descentralização, institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde no que se refere a prevenção, promoção e educação em saúde (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os programas de DSTs/Aids não são, nem podem ser, dissociados de outras ações do setor público, começando pelo próprio setor saúde. Algumas dificuldades presentes nesse setor vão desde a insuficiência de investimentos em equipamentos até a escassez de recursos para o custeio, inclusive a falta de recursos humanos. Entretanto, mesmo diante de adversidades, obtivemos conquistas nas políticas públicas relativas à epidemia de Aids no Brasil. Podemos enumerar algumas de maior destaque, como adoção de um referencial ético consensual; acesso universal aos medicamentos (Decreto Presidencial de 13/11/96); criação de serviços específicos, como Hospital Dia, Serviço de Assistência Especializada, Centro de Testagem e Aconselhamento e Atendimento Domiciliar Terapêutico; instrumentos legais de proteção aos direitos dos

afetados, tais como a Lei nº 9.313/96, que define a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de Aids; melhor controle da transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados; e a parceria com estados, municípios e sociedade civil (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Os **CTAs** são unidades da rede básica do SUS que ofertam testagem e aconselhamento para o HIV; aconselhamento é a abordagem que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, enfrente dificuldades e adote medidas preventivas relacionadas às DST/HIV/Aids. Portanto, os CTAs têm como objetivo estimular a adoção de práticas sexuais (não é apenas sexual, também o não-compartilhamento de seringas e agulhas) seguras para evitar as infecções (prevenção primária) e incentivar que pessoas infectadas pelo HIV procurem os Serviços de Assistência Especializada (SAE) (prevenção secundária) e sejam acompanhadas.

Os CTAs são de fundamental importância para as ações de promoção à saúde e constituem espaços que garantem o acesso da população à realização do diagnóstico precoce, ao mesmo tempo que possibilitam o contato com grupos que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade. O teste é gratuito, anônimo e acompanhado por atividade de educação, aconselhamento e intervenção. (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

A **RD** é um modelo de intervenção centrado no indivíduo, sua rede social e comunidade. Adota estratégias pragmáticas que buscam reduzir os danos decorrentes do uso de drogas. Alguns dos danos mais relevantes a serem evitados referem-se à infecção pelo HIV e outros agentes infecciosos, como os causadores das hepatites infecciosas, especialmente entre usuários de drogas injetáveis, que estão sujeitos ao duplo risco da transmissão, sangüínea e sexual. As propostas de redução de danos não exigem a abstinência como critério norteador da participação da população-alvo. Torna disponíveis insumos para o não-compartilhamento de seringas e para a prática sexual mais segura, e prioriza a prevenção e o tratamento dos usuários de drogas em nível terciário (IBIDEM).

O **BMQ** refere-se ao modelo de RD especial para os profissionais do sexo. O projeto começou como atividade de extensão da UNIVALI, dentro do Centro de Treinamento de Recursos Humanos em DSTs/HIV/Aids (CETRHU) em 1998 e foi até

2001, quando a rede municipal de saúde de Itajaí (SC) assumiu esse compromisso, dando continuidade às ações desenvolvidas. Atualmente ele atende todas as casas de prostituição e locais de encontros (ruas) dos profissionais do sexo na municipalidade, utilizando uma equipe de redutores em cada local a ser abordado.

No ano de 1992, iniciou-se o processo de credenciamento dos hospitais pelo MS e a expansão da rede de assistência hospitalar aos pacientes infectados pelo HIV. Ainda no mesmo ano, através de um Programa de Alternativas Assistenciais, começa o processo de capacitação dos profissionais e repasse de recursos para estados e municípios implantarem alternativas assistenciais, assegurando a oferta de assistência de qualidade e maior racionalização de recursos humanos e financeiros. Dentre estas, destaca-se a implantação dos projetos de Serviço Ambulatorial Especializado (SAE), Hospital Dia e Assistência Domiciliar Terapêutica. (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O **HD** é uma modalidade alternativa de atendimento para pacientes que não precisam permanecer hospitalizados, mas necessitam de procedimentos diagnóstico-terapêuticos realizados em ambiente hospitalar, como medicação assistida, biópsias e pequenos procedimentos cirúrgicos. Atualmente, são 79 unidades em todo o país (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O funcionamento do HD é normatizado pelas portarias ministeriais nº 93, de 31/5/94, e nº 130, de 3/9/94. Tais portarias estabelecem os critérios de estrutura física, resolutividade diagnóstica e capacidade operacional dos serviços a serem preenchidos para que possa ser credenciado para receber Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e inclusão no Sistema de Internação Hospitalar (SIH) (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O **ADT** é uma alternativa à internação hospitalar que proporciona a redução da demanda e o tempo de duração das internações, trazendo o paciente para o seu lar, envolvendo a família em seus cuidados e proporcionando a humanização do atendimento. Possuímos atualmente no Brasil 53 unidades de ADT (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O pagamento das visitas domiciliares realizadas pelos serviços de assistência domiciliar é normatizado pela Portaria nº 166, de 31/12/97, que define o número de

visitas domiciliares e o valor a ser pago pelo SUS pela sua realização (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

A execução de uma política nacional de promoção à saúde tem como principais requisitos o delineamento de ações que favoreçam a adoção de comportamentos menos arriscados à saúde, a diversificação e a ampliação da oferta de serviços de assistência e de prevenção. Ações que promovam a participação e o controle social, a mobilização de instâncias executoras, legislativas e jurídicas, a mobilização da opinião pública e do público em geral e a disponibilização de insumos são meios para implantação e sustentação dessa política (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Quanto às DSTs/ HIV/Aids, há muito a ser feito em todas as esferas governamentais. E o incremento desse programa depende também da articulação das ações governamentais e não-governamentais na luta contra a pandemia da Aids em nosso país.

O programa de DSTs-HIV/Aids de Itajaí (SC) alimenta os diversos sistemas de informação relacionados com doença, que são: 1) *Sistema de Informações de Agravos de Notificação* (SINAN) - permite coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pela Vigilância Epidemiológica para apoiar processos de investigação e de análise sobre as principais doenças e agravos sujeitos a notificação compulsória; 2) *Sistema de Informações de HIV Soropositivo Assintomático* (SIHIV) - sistema de informação complementar ao SINAN, utilizado em determinados locais, para avaliar o comportamento e tendência da infecção pelo HIV e fornecer subsídios para melhor organização das atividades preventivas e assistenciais promovidas pelos programas de DST/Aids municipais, estaduais e federal; e 3) *Sistema de Informações sobre Mortalidade* (SIM) - coleta dados sobre óbitos e fornece informações sobre o perfil de mortalidade nos diferentes níveis do SUS. Permite que os dados sejam agregados ou desagregados por estados, município, bairro ou endereço residencial.

O Município de Itajaí (SC) apresenta um programa de DSTs/HIV/Aids organizado e atuante em todos os níveis de atenção do SUS, conforme as normalizações preconizadas pelo MS. Atende a população de Itajaí e região nos diferentes ciclos vitais.

Quanto ao idoso, ainda não se tem um trabalho específico voltado para essa

clientela, mas existe a preocupação de atendê-lo em igualdade com os demais portadores. A educação em saúde é o foco principal para alcançar a conscientização quanto ao uso de camisinha, especialmente naqueles que participam de grupos de idosos, tardes dançantes e casas de prostituição, local onde a sexualidade está expressa em todos os momentos. O homem idoso é o principal agente a ser orientado, haja vista a possibilidade de contaminar-se com mulheres mais jovens e conseqüentemente contaminar as suas esposas, mulheres idosas.

Em Itajaí (SC) a SDS, em parceria com a SMS, preocupada com tal possibilidade e também pelo aumento expressivo de eventos dançantes destinados aos idosos, promove palestras nos grupos de idosos e nos locais dançantes trazendo a prevenção das DSTs- HIV/Aids como tema nas discussões.

Ainda não temos dados epidemiológicos que indiquem a contaminação nos idosos de Itajaí (SC), mas sabemos que muitos dos já contaminados estão envelhecendo.

5.2.4 Programa de Doenças Crônicas

O programa de doenças crônicas subdivide-se em três dimensões de atendimento: a) **Doenças crônicas não infecciosas** - atende as pessoas portadoras de **diabete mellitus, tabagismo, hipertensão arterial e ostomizados**. A maioria das pessoas com DM e HAS participam da ADIN; b) **Doenças crônicas infecciosas** - atende os portadores de **tuberculose, hanseníase e hepatite e**; c) **Outros serviços** – com o **Atendimento Fora do Domicílio (AFD)**, o **procedimento cirúrgico** e o grupo de trabalho propõe a criação da **Atenção Domiciliar ao Idoso** (triângulo rosa), com interface com o PSF; local onde o cuidador poderá deixar o idoso durante o dia para receber o atendimento de saúde necessário com uma equipe multidisciplinar, associado às atividades de lazer e socioculturais. Seria uma mescla de um Centro de Referência com um Centro de Convivência para o Idoso.

Percebe-se que tal programa contempla as necessidades relativas à proposta de atendimento dos clientes crônicos com os diagnósticos acima denominados; todavia, para melhor entendimento, foi reordenada a forma de sua apresentação, colocando - **criança, adulto e idoso** - no mesmo nível, antecedendo as diversas ações previstas

(ver capítulo III – item 3.2.2.4.). Essa reordenação é para não deixar dúvidas de que todas as ações são desenvolvidas em todas as etapas de vida. Além disso, foi acrescentado em **outros serviços** em conjunto com o serviço TFD e os Procedimentos cirúrgicos, a criação de um serviço específico para a população idosa denominada **Atenção Domiciliar ao Idoso**, tendo como estratégia de operacionalização o **PSF**. Como essa modalidade de atendimento já foi apontada anteriormente (ver, neste capítulo, o PSF), só será explicada novamente quando for necessário.

Em Itajaí (SC), o atendimento das doenças crônicas não infecciosas relativas aos diabéticos e hipertensos é realizado em todas as UBSs, mas sua base é na *Polioclínica Central*. Nesse espaço são entregues os medicamentos conforme a prescrição médica que deve ser atualizada a cada 3 meses, obrigando o paciente a retornar à consulta médica, facilitando o controle da doença. Com a entrega dos medicamentos há também a entrega dos insumos materiais necessários para aplicação de insulina (S/N), além de todo o aconselhamento realizado a respeito da situação, estimulando a adesão ao tratamento através da formação de grupos de apoio, geralmente participam das atividades da Associação de Diabéticos de Itajaí e Navegantes (ADIN). A ADIN é uma instituição autônoma, não-governamental, mas que recebe o apoio financeiro e técnico da Secretaria Municipal de Saúde e de outras instituições governamentais.

Dados do SIAB (2004) no DATASUS mostram que o município de Itajaí (SC) tem cadastro por ano/mês dos pacientes crônicos de: diabete, 2.636 casos e HAS, 14.640 casos, esses números são referentes ao mês de março de 2004. Se verificarmos na população total de Itajaí (SC), 9,7% são hipertensos e 1,8% são diabéticos. Na pesquisa do Perfil Multidimensional do Idoso, encontramos um número mais expressivo: 36,9% de hipertensos, 16,0% com doenças cardiovasculares e 14,7% de diabéticos. Desses, 50,9% relataram que tais problemas de saúde interferem nas suas atividades diárias. (KNOLL et al., 2001)

“A HAS e o DM constituem os principais fatores de risco populacional para doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica” (p.11). A HAS tem prevalência estimada em torno de 20% da população adulta, incluindo os idosos e

forte relação com os 80% dos casos de acidentes vasculares cerebrais. No Brasil a DM demonstra uma prevalência de 12% na população de 30 a 69 anos, dos quais 46,5% desconheciam o seu diagnóstico (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A HAS e DM na ABS apresentam uma abordagem conjunta, tendo em vista que vários aspectos são comuns, como mostra o BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001) ao justificar a conjugação das patologias no protocolo da ABS, nos seguintes aspectos: a) etiopatogenia: identifica-se a presença, em ambas, de resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial; b) fatores de risco, tais como obesidade, dislipidemia e sedentarismo; c) tratamento não-medicamentoso: as mudanças propostas nos hábitos de vida são semelhantes para ambas as situações; d) cronicidade: doença incurável, requerendo acompanhamento eficaz e permanente; e) complicações crônicas que podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas; f) geralmente assintomática na maioria dos casos; g) difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança de hábitos de vida e participação ativa do indivíduo; h) necessidade de controle rigoroso para evitar complicações; i) alguns medicamentos são comuns; j) necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar; e l) facilmente diagnosticada pela população.

É bastante preocupante o estado atual da assistência ao paciente diabético no Brasil. Falta informação sobre a doença e suas complicações, falta conscientização sobre a importância da diabetes em saúde pública, falta qualificação adequada aos profissionais de saúde, faltam recursos, faltam medicamentos, enfim, falta mentalidade e vontade política para enfrentar o problema de forma eficaz (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE, 2004).

Como é conhecido, o Brasil assumiu o PSF como principal estratégia para operacionalizar o SUS e nele a ABS. Sendo assim, o MS estabeleceu um protocolo de atendimento para subsidiar tecnicamente os profissionais da ABS para o atendimento dos diabéticos e hipertensos, documento este que instrumenta e estimula os profissionais envolvidos na ABS para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular e de diabetes, além de reconhecer as situações que requerem atendimento nas redes secundárias e/ou

terciárias, portanto serve para otimizar solução dentro de critérios científicos.

Detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgão-alvo e/ou complicações crônicas e efetuar a terapêutica adequada para HAS e DM caracteriza-se como verdadeiro desafio para o SUS, pois são situações que necessitam de intervenção imediata pela alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidade que provocam (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Implantar e manter um serviço de atendimento municipal para diabéticos e hipertensos é um grande desafio sanitário, social, econômico e político que requer uma visão de saúde pública; além disso, investir nesse serviço é também prevenir complicações mais sérias e oneroso as aos cofres públicos. O fato marcante nas doenças crônicas é que elas crescem de forma significativa com o passar dos anos e podem ocasionar danos irreversíveis às pessoas, especialmente nas pessoas idosas. O monitoramento da saúde, mesmo após já instalada uma doença crônica, é imprescindível para a postergação do início de outras doenças ou complicações.

Os idosos diabéticos e hipertensos são atendidos nesse programa da mesma forma que qualquer outra pessoa, porém a demanda é maior nessa população, haja vista que a prevalência dessas doenças também é maior nessa faixa etária. Em geral as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem um acompanhamento mais sistematizado e contínuo que pode ser realizado nos vários programas de saúde existentes na localidade de residência do idoso.

Em geral, os idosos enquadram-se como diabéticos tipo II, que, de acordo com o BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002) pode ser avaliado pela equipe de profissionais a cada três ou quatro meses, devendo as pesquisas das complicações ser feitas frequentemente, de acordo com a necessidade; recomenda-se que a cada 3 meses verifique-se o peso, a pressão arterial, exame do pé, glicemia de jejum e glicohemoglobina e, a cada ano se pesquise microalbuminúria, triglicérides, colesterol total e frações, ECG e fundo-de-olho. Convém lembrar que, por se tratar de idosos, é importante que eles estejam acompanhados por familiares ou responsável quando forem fazer o acompanhamento clínico, tanto na UBS como no programa de doenças crônicas.

O programa de doenças crônicas não-infecciosas relativo ao serviço de

tabagismo no município de Itajaí (SC) ainda é recente, menos de um ano. Sua implantação foi originada pelo aumento de pessoas sofrendo de doenças pulmonares ocasionadas pelo hábito de fumar e que necessitam de oxigenioterapia domiciliar por 24 horas para a sua manutenção vital.

Dos 1,25 bilhão de fumantes no mundo, mais de 30 milhões são brasileiros. O fumo é responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão e está ligado à origem de tumores malignos em oito órgãos (boca, laringe, pâncreas, rins e bexiga, além de pulmão, colo do útero e esôfago). Dos seis tipos de câncer com maior índice de mortalidade no Brasil, metade (pulmão, colo de útero e esôfago) tem o cigarro como um de seus fatores de risco (INCA, 2004).

Responsável por 5 milhões de mortes anuais no planeta, o tabagismo é um problema de saúde pública global. No Brasil, onde 200 mil pessoas morrem anualmente vítimas dessa doença, o assunto vem sendo abordado não apenas pelo Ministério da Saúde, mas também por outros órgãos governamentais e cada vez mais parcelas da sociedade civil, representadas pelas organizações não-governamentais (ONGs) ligadas a educação, economia, trabalho, justiça, meio ambiente e agricultura (Ibidem).

O hábito de fumar é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, bem como para o câncer e lesões pulmonares irreversíveis, como enfisema e bronquite crônica. Tal hábito deve ser abolido, no entanto não é fácil pela dependência da nicotina, hoje considerada uma droga que provoca vício igual ao da cocaína e da heroína (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Tanto a bronquite crônica como o enfisema pulmonar são doenças que acometem caracteristicamente os idosos. A relação com o hábito de fumar por longo tempo, com o convívio crônico em condição de agressão ambiental adversa, seja por situação de poluição ambiental ou profissional, pode explicar a incidência nos idosos.

Os pacientes idosos (ou não) que necessitam de atendimento domiciliar de oxigenioterapia são encaminhados pela UBS ou USF mais próxima de sua residência para a *Policlínica Central*, local sede do serviço, onde são cadastrados e passam por uma avaliação socioeconômica para conseguir a concessão do oxigênio.

Além do fornecimento de oxigênio, o idoso recebe a medicação

broncodilatadora e corticosteróides. Porém, nos idosos o seu uso deve ser particularmente cuidadoso pelas diversas situações sistêmicas que podem produzir. Associado a tais medicamentos, o programa fornece os insumos materiais necessários para aplicação contínua de oxigenioterapia.

O serviço de atendimento ao **ostomizado**, no programa de doenças crônicas não-infecciosas, é realizado na *Policlínica Central*, mas o acompanhamento direto do paciente fica ao encargo da UBS e do PSF.

A Portaria nº 237, de 12/02/1992, do Ministério da Saúde, divulgada no D.O.U. de 13/02/1992, apresenta as diretrizes para o atendimento dos portadores de deficiências físicas em situação de reabilitação, dentre os quais estão incorporados o atendimento aos ostomizados. Já a Portaria nº 116, de 09/09/1993, publicada no D.O.U. de 15 de setembro de 1993, inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia (COLETÂNEA DA LEGISLAÇÃO SOBRE TRABALHO, 2004).

São várias as razões pelas quais uma pessoa necessita ser operada para construir um outro caminho para a saída das fezes ou da urina para o exterior. Presentemente esse tipo de intervenção se realiza criando um ostoma, ou estoma, na parede abdominal, pelo qual as fezes em consistência e quantidade variável, e a urina, em forma de gotas, são expelidas. Por suas características, este estoma não poderá ser controlado voluntariamente. É por essa razão que o ostomizado utilizará uma bolsa de coleta de fezes ou urina (OSTOMIA, 2004).

Os equipamentos são compostos com material hipoalergênico com barreira protetora de pele. Cada tipo de ostomia exige bolsas com características específicas. No caso das urostomias, é necessário o uso da bolsa com válvula anti-refluxo, evitando o acúmulo de urina ao redor da urostomia e conseqüentemente diminuindo o risco de infecção. Tais equipamentos são custeados pelo MS, que estabelece, por portaria, critérios e fluxos para concessão de bolsas coletoras e materiais auxiliar aos usuários do SUS, que repassa verbas para a SMS.

Os cuidados básicos para os ostomizados correspondem à promoção da auto-estima, sendo importante a participação da família no processo para que o ostomizado

não se sinta rejeitado; a redução da ansiedade pela nova condição e procurar grupos de apoio e auxílio terapêutico pode ser uma saída; a educação para o autocuidado, como saber realizar a troca e a limpeza do local, é importante para garantir sustentabilidade no cuidado; a ingestão nutricional é outro ponto importante, em que rever os hábitos dietéticos com moderação passa a ser uma necessidade primordial para evitar as irritações e transtornos intestinais. Além dos cuidados citados, a pele em volta do estoma deve ter um cuidado especial, evitando lesões e queimaduras químicas, por isso o local deve manter-se limpo, seco e com um protetor cutâneo. As atividades da vida diárias devem ser preservadas, na medida do possível, de forma natural (NETTINA, 1998).

Os pacientes idosos (ou não) são encaminhados para o programa de doenças crônicas pelo cirurgião que realizou o procedimento e permanecem no serviço até quando for necessário o uso das bolsas coletoras, podendo ser temporário ou permanente.

Na ocasião em que o idoso é inserido no programa é feito o seu cadastro para que o serviço possa ter um documento de identificação e de acompanhamento clínico. Após esse procedimento os familiares e o próprio paciente idoso recebem o aconselhamento para o cuidado com o estoma, bolsa, acidentes e alimentação; recebem também todo o equipamento necessário para a troca das bolsas coletoras, seja urinária ou intestinal, por um período mensal. Porém, se for necessário maior quantidade, a enfermeira faz a visita domiciliar para verificar as intercorrências que o provocaram.

O atendimento dos clientes idosos com doenças crônicas não-infecciosas atende as necessidades da população, suprimindo demanda oriunda da UBS, os egressos de internação hospitalar e outras unidades de referência. A maior dificuldade encontrada é a falta de insumos materiais de qualidade necessários para o cuidado com o ostomizado. O referido programa está integrado com os demais serviços da rede pública municipal de Itajaí (SC) e atende atualmente 32 pacientes.

No programa de doenças infecciosas encontramos o serviço referente ao controle e cuidado da **tuberculose**, **hepatite** e **hanseníase**. Todas essas doenças são atendidas no CODIM por encaminhamento das UBSs. No momento em que o portador

procura o serviço e após o aconselhamento e entrega de material educativo, é realizado o seu cadastro para que possa receber mensalmente a medicação necessária; posteriormente retorna para a UBS de origem para o tratamento supervisionado. Caso o paciente não retorne para buscar o medicamento, o CODIM informa à UBS para que verifique, através da visita domiciliar, a causa da falta, realizando a busca ativa.

A **hanseníase** ainda constitui destacado problema de saúde pública, a despeito da redução drástica no número de casos, de 17 para cinco por 10 mil habitantes, no período de 1985 a 1999. Ainda que o impacto das ações no âmbito dessa endemia não ocorra em curto prazo, o Brasil reúne atualmente condições favoráveis para a sua eliminação como problema de saúde pública, pacto assumido pelo País em 1991, a ser cumprido até 2005, o que significa alcançar um coeficiente de prevalência de menos de um doente em cada 10 mil habitantes (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acometem o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procede da Índia, que com a África, pode ser considerada o berço da doença. Trata-se de doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, especialmente nos olhos, mãos e pés (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente esse quadro, e hoje a hanseníase tem tratamento e cura.

A hanseníase pode atingir as pessoas de todas as idades e de ambos os sexos. As condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como as condições de saúde e de vida são fatores que influem no risco de adoecer. Por ser uma pessoa fragilizada pelo envelhecimento e pelas condições de saúde, às vezes desfavorecidas o idoso, pode contrair a doença, especialmente se estiver convivendo no mesmo ambiente com um portador.

Todavia, também encontramos idosos que adquiriram a doença na juventude e conseguiu controlar a situação com o tratamento. Porém, muitos estão seqüelados físicos e socialmente pelo estigma da doença, tornando-se pessoas marcadas, marginalizadas e rejeitadas pelas deformidades que a doença provoca.

No passado, os hansenianos eram excluídos do convívio social e familiar, deixavam uma vida para trás para permanecer enclausurados nos hansenatos até a sua morte, independente de serem idosos ou não. Geralmente essas instituições eram construídas distantes do perímetro urbano para que não se tivesse contato algum com nenhuma das extensões – internados e comunidade. Atualmente, os hansenianos são tratados na sua própria comunidade e o mais perto possível da família. O interessante é que o idoso não vivenciou apenas a transformação de atendimento do internato para a comunidade, mas também vivenciará a erradicação da doença no Brasil prevista para 2005.

Uma das formas de prevenção da hanseníase é a vacinação com BCG, em 2 doses administradas em todos os contatos intradomiciliares, com intervalo de 6 meses entre as doses. Outra forma de prevenção de novos casos é o diagnóstico precoce e o tratamento de todos os portadores, especialmente os bacilíferos, que são fontes de transmissão da doença (Ibidem).

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da hanseníase, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades físicas, podendo ocasionar alguns problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, responsáveis também pelo estigma e pelo preconceito contra a doença.

Alguns sinais e sintomas são típicos da hanseníase, como: 1) dermatológicos – manchas pigmentares ou discrômicas, placa, infiltração, tubérculos e nódulos; 2) neurológicos – dor e espessamento dos nervos periféricos, perda da sensibilidade nas áreas inervadas por esses nervos (olhos, mãos e pés), perda de força nos músculos inervados por esses nervos principalmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). É importante observar esses sinais e sintomas durante a investigação clínica, objetivando um diagnóstico seguro.

O MS lançou em maio deste ano a primeira campanha publicitária de grande porte e em nível nacional de combate à hanseníase. A campanha é parte de uma ampla estratégia, já em curso, que prevê a eliminação da doença no Brasil até o final do próximo ano. Para as ações do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase, o

governo federal vai destinar R\$ 15 milhões somente em 2004. De acordo com a OMS, eliminar a hanseníase significa ter menos de um caso para cada grupo de 10 mil habitantes. Hoje, a taxa média nacional é de 3,88 (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os grandes eixos do plano para eliminação da doença são identificar novos casos e garantir o tratamento para todos os pacientes. Além disso, todas as pessoas que já têm hanseníase deverão ser curadas. O tratamento é feito gratuitamente pelo SUS e dura de seis a doze meses (Ibidem).

A principal estratégia do MS é a integração das ações de diagnóstico e tratamento da doença na ABS. Isso significa que as equipes do PSF, ACs e todas as unidades do SUS passam a integrar a rede de atendimento ao paciente, facilitando o acesso universal ao diagnóstico e tratamento. Também integra a estratégia do plano a organização das redes hospitalares de alta e média complexidade para atenção aos pacientes portadores de incapacidades ou deformidades físicas decorrentes da doença. Isto viabilizará o acesso dos pacientes aos procedimentos de reabilitação, como cirurgias reparadoras, órteses e próteses.

No Brasil estima-se que 50 milhões de brasileiros estejam infectados pelo bacilo de Kock, portanto com possibilidade de desenvolver a **tuberculose** sob várias formas. Atualmente, o percentual de cura da tuberculose não ultrapassa 75% dos casos tratados, embora o Brasil tenha sido o primeiro país a implantar o tratamento de curta duração - seis meses (em 1980), conseguindo um relativo sucesso inicial. O percentual insatisfatório de cura deve-se à não-adesão ao tratamento, tendo em vista que já no início do tratamento o paciente sente uma melhora leve (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Considerando a associação da tuberculose com a AIDS, tem-se percebido uma expansão recente da doença no Brasil, embora o número de casos notificados não represente toda a realidade, dada a falta de diagnóstico ou a ausência de registro.

Antes da pandemia de Aids, a transição demográfica e os programas de controle estavam deslocando a incidência da tuberculose de adultos para idosos em diversos países. Entre 1986 e 1996, a proporção de casos em idosos subiu de 10,5% para 12%, e a mediana de idade de 38 para 41 anos. O menor declínio do coeficiente de incidência

ocorreu nas faixas de 30-49 anos e 60 anos e mais. Entre 1980 e 1996, a mediana de idade dos óbitos subiu de 53 para 55 anos. Houve correlação direta entre idade e mortalidade. A maior proporção de casos sem confirmação bacteriológica ocorreu em idosos.

A incidência de tuberculose começa a ser deslocada para idosos. O diagnóstico difícil nessa faixa etária determina elevada mortalidade. Nos próximos 50 anos deverá ocorrer redução progressiva dos casos associados à Aids em adultos, e expressivo aumento dos casos de reativação em idosos, cuja população saltará de 5% para 14% no Brasil. (CHAIMOWICZ, 1998).

Este fato é preocupante em Itajaí (SC), devido à alta incidência de soropositividade na população adulta que está envelhecendo com Aids e com todas as doenças oportunistas. Mesmo que o município possua um programa eficiente e eficaz voltado para prevenção e tratamento das DSTs/ HIV/Aids e outro para a tuberculose, corre-se o risco de não evitar que em breve tenhamos um número significativo de idosos contaminados pelo HIV e pelo bacilo de Kock, que associado à fragilidade orgânica advinda do processo de envelhecimento, certamente ocasionará transtornos sanitários, sociais, emocionais e econômicos tanto para o idoso quanto para o serviço público de saúde. Assim sendo é imprescindível que as ações relativas a prevenção e promoção da saúde sejam desempenhadas intensivamente na ABS para evita-los.

As UBSs do SUS devem realizar ações que visem: 1) identificar os casos de tuberculose naquelas pessoas que apresentarem tosse e expectoração por 3 semanas ou mais, iniciando o tratamento e acompanhar os casos; 2) aplicar a vacina BCG; 3) coletar material para pesquisa de BAAR e encaminhar ao laboratório; 4) realizar a prova tuberculina (s/n); 5) realizar exame anti-HIV quando indicado; 6) fazer tratamento supervisionado; 7) manter o SISVAN atualizado; 8) informar a SMS sobre os casos notificados; 9) realizar trimestralmente estudo de coorte dos casos atendidos e situação de encerramento dos casos; 10) fazer visitas domiciliares; 11) treinar os recursos humanos; 12) realizar ações educativas com a clientela e a comunidade; e 13) divulgar os serviços prestados, tanto no âmbito do serviço de saúde como na própria comunidade (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Identificar e notificar a tuberculose só não basta, é necessário iniciar o

tratamento o mais precocemente possível. O tratamento consiste na administração quimioterápica adequada. A associação medicamentosa adequada, doses corretas e uso por tempo suficiente de forma supervisionada são os meios para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos medicamentos, possibilitando a cura. A tuberculose é uma doença grave, mas curável em praticamente 100% dos casos novos, quando o tratamento for administrado corretamente. A alta do tratamento da tuberculose acontece quando o paciente apresentar duas baciloscopias negativas, uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento.

As **hepatites** pelos vírus B e C constituem grave problema de saúde pública. Segundo estimativas da OMS, aproximadamente dois bilhões de pessoas se infectaram em algum momento da vida com o vírus da hepatite B (HBV) e 325 milhões de indivíduos tornaram-se portadores crônicos. Atualmente, a infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) é considerada por muitos especialistas a doença infecciosa crônica mais importante em todo mundo (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O MS publicou através das Portarias nº 860 e nº 863, de 4 de novembro de 2002, um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Hepatite Viral Crônica B e C, respectivamente. As portarias definem os critérios de diagnóstico e tratamento, racionalizando a dispensação dos medicamentos preconizados para o tratamento da doença. Regulamentam ainda a indicação e esquemas terapêuticos que estabeleçam mecanismos de acompanhamento de uso e de avaliação de resultados, garantindo assim a prescrição segura e eficaz.

Essas portarias determinam que as secretarias de saúde que já tenham definido um protocolo próprio com a mesma finalidade deverão adequá-lo de forma a observar a totalidade dos critérios técnicos estabelecidos no protocolo aprovado pela presente portaria.

É obrigatória a observância desse protocolo para fins de dispensação dos medicamentos nele previstos, além da cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados para o tratamento da Hepatite Viral Crônica B, o que deverá ser formalizado através da assinatura do respectivo Termo de Consentimento Informado, conforme o modelo integrante do protocolo (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2004).

O objetivo do tratamento é diminuir a progressão do dano hepático através da supressão da replicação viral. A negatificação sustentada dos marcadores de replicação viral ativa (HBeAg e carga viral abaixo de 30.000 cópias/ml) resulta em remissão clínica, bioquímica e histológica. O dano hepático, levando à cirrose, ocorre em pacientes com replicação ativa do vírus, porém é menor naqueles com níveis de HBV DNA baixos, apesar da persistência do HBsAg. Portanto, são os pacientes com replicação viral ativa os que mais necessitam ser tratados.

Os idosos apresentam alto risco de contaminação com as hepatites, hajam vista as intecorrências de saúde tão comuns nessa clientela, ocasionadas pela necessidade de transfusão de sangue e/ou derivados de sangue em situações críticas, principalmente nos idosos com doenças crônicas que necessitam de hemodiálise para manter a vida, além da utilização freqüente de instrumentos perfurantes e a possibilidade de contato sexual. Embora isso possa acometer qualquer indivíduo, tratando-se de pessoas idosas o dano pode ser maior porque eles correm maiores riscos de dano hepáticos, por sua probabilidade de já possuírem alguma mudança no fígado e virem a desenvolver complicações mais sérias.

Segundo dados da FUNASA, em 2001 ocorreram 156 casos confirmados de hanseníase; 1.174 de tuberculose; 59 de hepatite C e 201 de hepatite B no Estado de Santa Catarina. Se avaliarmos o período de 1980 a 2001, o Estado teve 29.705 casos de tuberculose confirmados e somente 4.398 casos de hanseníase no mesmo período. A notificação dos casos de hepatite correspondente ao período 1993 a 2001 foi de 9.273 casos confirmados. Esses índices de casos confirmados indicam que a tuberculose ainda é uma doença que merece atenção especial, ao lado dos casos de hepatite B, que crescem vertiginosamente. Portanto, acreditamos que somente a hanseníase encontra-se em fase de erradicação no Estado de Santa Catarina, enquanto as demais doenças citadas permanecem ativas.

O SIAB no DATASUS (2004) mostra que o município de Itajaí (SC) por ano/mês cadastra 84 casos de tuberculose; 201 de hepatite B; 59 hepatite C e 28 de hanseníase. E desses casos cadastrados, 95% em média são acompanhados diretamente pela rede básica municipal de saúde através do PSF.

O programa de doenças crônicas infecciosas de Itajaí (SC) não possui um banco de dados que permita verificar o quantitativo de idosos atendidos no programa. Contudo, o serviço prestado à população corresponde às necessidades primordiais para o controle e tratamento das afecções referidas, porque acompanha as diretrizes definidas pelo MS quanto aos procedimentos realizados na ABS.

Além de atender as doenças infecciosas e não-infecciosas, o programa de doenças crônicas de Itajaí (SC) também realiza outras atividades consideradas como **outros serviços**, nos quais estão contidos o **Tratamento Fora do Domicílio (TFD)** e **Procedimentos cirúrgicos** (pequenas cirurgias), igualmente situado na *Policlínica Central*.

O **TFD** atende o usuário do SUS que necessita de algum atendimento especializado, geralmente de alta complexidade, que não existe na rede pública e/ou privada na municipalidade. Nesse caso, o serviço de TFD agenda o procedimento na instituição mais próxima da localidade de residência do paciente, e se necessário, providencia o transporte, disposto na Portaria SAS/MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, D.O.U. 26/02/1999.¹⁷

Para o BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001, p. 48), o TFD é “*facultado a pacientes residentes de um município serviços assistenciais de complexidade diferenciada, em outro município, na medida em que se encontrem extenuados todos os recursos de realização do tratamento no próprio município, de acordo com as orientações do Manual Estadual de TFD*”. Geralmente é assegurado na Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI).

A PPI é uma estratégia de articulação e pactuação entre os municípios que têm como objetivos: garantir a equidade do acesso da população brasileira às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade; assegurar a alocação de recursos centrada na lógica de atendimento às reais necessidades de saúde da população; explicitar os recursos federais, estaduais e municipais, que compõem o montante de recursos do SUS destinados às ações e serviços de saúde entre outros (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

¹⁷ FUNDAMENTAÇÃO LEGAL na Constituição Federal de 05/10/98; Lei Orgânica da Saúde Nº 8080 de 19/09/90 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/01.

Geralmente a rede assistencial é fragmentada e desarticulada, e a própria população busca a solução de seus problemas de saúde deslocando-se para os municípios-pólo das regiões. Estes recebem uma demanda regional de maneira desorganizada, com conseqüente dificuldade de acolhimento, inclusive das situações de urgência/emergência. Na maioria das vezes os serviços de alta complexidade ficam situados nas macrorregiões, que acabam recebendo a demanda regional reprimida.

A implantação dos serviços de média e alta complexidade depende das características demográficas, mas observa-se que a maioria absoluta dos municípios não tem base populacional suficiente para justificar a implantação de uma rede completa de serviços em todos os seus níveis de complexidade. No entanto, a população desses locais tem tanto direito à saúde quanto os moradores dos grandes centros. A única forma de garantir-lhe o acesso, portanto, é organizar redes de serviços, regionalizadas e hierarquizadas, onde um serviço de maior complexidade deve servir a mais de um município (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Segundo o BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001, p. 8):

base populacional é, então, um dos critérios fundamentais a serem levados em consideração no processo de regionalização. O outro é a forma como essa população se distribui espacialmente e as condições de seu acesso aos serviços, inclusive os tempos de deslocamento envolvidos, a malha viária existente, e finalmente, mas não com menor importância, a consideração das suas formas de adoecer e morrer.

Desse modo, em relação à ABS preconiza-se que as unidades se localizem o mais próximo possível da residência do usuário. Nas áreas com grande concentração de população deve-se dispersar espacialmente UBS de forma que o usuário não dependa de meios de transporte, e que os profissionais de saúde possam ter contato constante com o usuário dentro de um espaço territorial definido.

Para outros níveis de referência, em áreas com grande concentração de população e melhores condições de acesso, pode-se considerar unidades ambulatoriais maiores, com maior grau de complexidade, concentrando-se recursos tecnológicos e aumentando a resolutividade. Já as regiões de grande dispersão populacional, com precárias condições de transporte, demandam unidades de menor porte, localizadas em

pontos estratégicos e em maior quantidade, para garantir fácil acesso, mas apresentando uma relação custo-benefício adequada e com garantia de referência para serviços mais complexos. O mesmo raciocínio se aplica às unidades hospitalares.

Para que esse conjunto de unidades forme uma rede devem ser estabelecidos pelas secretarias municipais de saúde, sob coordenação dos Estados, mecanismos e fluxos de encaminhamento de referências intermunicipais e inter-regionais, para os procedimentos de maior complexidade do que aqueles com que conta cada município, estabelecendo-se a(s) porta(s) de entrada, fluxos e protocolos claros para encaminhamento.

Segundo o documento do BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001) - que define a Organização e Programação da Assistência ambulatorial e hospitalar, instrumento que preside a função alocativa da PPI, a condução deve ficar sob a responsabilidade da SES. É através da PPI que o gestor estadual define as prioridades na distribuição de seus recursos destinados aos diversos campos de intervenção do setor saúde e consubstancia os critérios de distribuição e mecanismos de alocação pactuados com os gestores municipais. Dessa forma, a PPI viabiliza, no âmbito da assistência, as políticas, diretrizes e prioridades do nível estadual, contidas no Plano Estadual de Saúde, articulando-se com as políticas, diretrizes e prioridades municipais, estabelecidas nos planos municipais de saúde. Às PPIs devem somar-se necessariamente mecanismos alocativos dinâmicos e flexíveis que permitam ajustes periódicos na distribuição dos recursos destinados aos diversos componentes da assistência: atenção ambulatorial básica, de média e alta complexidade e atenção hospitalar.

Para que tais mecanismos sejam instituídos, é preciso definir nas programações os montantes financeiros que correspondem à cobertura da população do próprio município e aqueles destinados ao financiamento da assistência para os pacientes referenciados por outros municípios de menor grau de complexidade tecnológica.

Por envolver um objeto de grande magnitude e complexidade e por ensejar um momento privilegiado do exercício da autonomia dos entes federados, o escopo global do processo de programação e os instrumentos utilizados são de escolha do gestor estadual, em articulação estreita com os gestores municipais de seu território e

aprovados pelas instâncias da CIB.

A formalização das propostas de alocação de recursos financeiros para os municípios que polarizam a atenção, através do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, subscrito pelos gestores envolvidos e o Estado, permitirá o acompanhamento do comportamento dos fluxos de referência físicos e financeiros. Fica claro que a responsabilidade pela relação direta com os prestadores permanece com os gestores municipais, quando em gestão plena, bem como o fluxo de recursos financeiros permanece seguindo as normas vigentes (NOB 96 e NOAS-2001), descreve o documento do BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001). O município de Itajaí (SC), por ser de gestão plena, busca cumprir sua responsabilidade em responder pelos serviços de saúde existentes, conforme a definição do documento relacionado à PPI.

Os **procedimentos cirúrgicos** alocados em **outros serviços** correspondem às pequenas cirurgias, como: vasectomia; retirada de nódulos e extração de unha, entre outras. A finalidade desse atendimento ambulatorial é facilitar o acesso dos usuários a tais serviços, evitando a hospitalização desnecessária. Os pacientes são agendados e encaminhados pela UBS e assim que o procedimento se concretize o paciente é reencaminhado para a UBS de origem, completando a referência e contra-referência.

O programa de doenças crônicas dentro das três dimensões de atendimentos relatados responde à necessidade da população de Itajaí (SC), porque contempla os eixos da ABS. Como usuário do SUS, o idoso é assistido em todos os serviços referidos nesse programa, com a mesma abordagem dos demais usuários, todavia achamos importante a criação de um serviço específico para o idoso - **Atenção domiciliar ao idoso**, com interface com o **PSF**, haja vista a necessidade de um atendimento contínuo e sistemático aos idosos com doenças crônicas, permitindo um atendimento de qualidade na minimização das incapacidades funcionais, tão comuns nos idosos fragilizados.

Com a tendência de maior expectativa de vida e a estimativa de crescimento da população idosa, é mister criar alternativas de assistência específica que atue diretamente na qualidade de vida, e conseqüentemente de saúde, desse segmento populacional. Portanto, criar e implementar um serviço domiciliar qualificado que

atenda ao idoso em situação de risco em consonância com o PSF seria um salto qualitativo na atenção ao idoso para a nossa realidade local.

5.2.5 Programa de Saúde Mental

O programa de saúde mental de Itajaí (SC) constitui-se de dois grandes serviços de atendimento: o **Centro de Atenção Psicossocial** da criança e adolescente (**CAPSI**), implantado em 2000, e o **Centro de Atenção Psicossocial do Adulto** (**CAPSad**), implantado em 2002.

O **CAPSI** oferece: consulta psicológica; telecurso 2^a grau; atividades físicas (futebol, capoeira, vôlei, entre outros); atividades artísticas (música, desenho e dança); palestras; orientação sobre direitos e deveres. É um serviço de atendimento à criança e adolescente com problemas psicológicos e sociais.

O **CAPSad** acolhe o adolescente, o adulto e o idoso no contexto da **promoção da saúde** e nas **situações de emergência**. Dentro desta conjuntura foi desenhada a criação de um **centro dia para o idoso** (triângulo rosa) e, novamente, o **atendimento domiciliar ao idoso** (triângulo rosa) com interface com o **PSF**. No programa de saúde mental existe a **distribuição de medicamentos**.

O objetivo desse programa é atender a saúde mental da população de Itajaí (SC), buscando diminuir a internação psiquiátrica, proporcionar a reinserção social do paciente em sua família e na comunidade, a organização da rede ambulatorial especializada de assistência e acompanhamento do paciente na UBS ou no domicílio. Os pacientes são encaminhados para o serviço de saúde mental através das UBS ou instituições privadas.

Acreditamos que o serviço de saúde mental está posto, mas entendemos que na questão relacionada ao atendimento específico ao **idoso** ainda deve ser estruturado, porque em seu quadro de profissionais não há especialista em geriatria, e o diagnóstico e tratamento das situações demenciais ainda está obscuro para os profissionais que ali atuam.

O **CAPSad** oferece consulta psiquiátrica, psicológica, de enfermagem e de serviço social, através de um atendimento multidisciplinar; grupos de orientação e grupos de psicoterapia são agendados conforme o diagnóstico clínico: segunda-feira –

orientação com os familiares; terça-feira – depressão; quarta-feira – psicose; quinta-feira – dependência química, e sexta-feira – para os idosos com demências, depressão e alcoolismo.

No atendimento voltado para a **promoção da saúde**, o CAPSad realiza o acolhimento e aconselhamento com o agendamento da 1ª consulta do paciente. Diagnosticado o problema, o paciente é encaminhado para adesão ao grupo de terapia, enquanto o familiar e/ou cuidador é encaminhado para o grupo de atendimento aos familiares. É realizado o acompanhamento clínico e psicológico semanalmente, através dos grupos de apoio, podendo ser associado o uso de medicamentos e, eventualmente e sempre que necessário, a visita domiciliar é realizada por um dos profissionais integrantes da equipe.

O atendimento de emergência acontece quando um dos familiares e/ou profissionais da UBS solicitam a visita dos profissionais de saúde do referido programa para um atendimento no domicílio para avaliar as condições do paciente, podendo caber internação hospitalar ou manter o tratamento ambulatorial domiciliar com associação de medicamentos específicos para minimizar a crise.

O CAPS é um serviço comunitário cujo papel é cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A questão da assistência aos seres humanos com transtornos mentais tem o seu caminho marcado por processo de isolamento, segregação, exclusão e anulação do indivíduo enquanto portador de direitos (TANIGUCHI et al., 2001).

A saúde mental está relacionada com a forma como uma pessoa reage as exigências da vida e na harmonia de seus desejos, capacidades, ambições, idéias e emoções. É influenciada também pela aceitação (ou não) dessa pessoa na comunidade inserida.

No Brasil a incidência de problemas relacionados com a saúde mental é considerada de suma importância, tendo em vista que 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes; 6% da população apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou

eventual. Convém esclarecer que 2,3% do orçamento anual do SUS se destinam à saúde mental (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os CAPSs deverão obedecer a alguns princípios básicos: responsabilizar-se pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço que possa incluir pacientes muito desestruturados e que não consigam acompanhar as atividades estruturadas da unidade. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social. Devem ainda trabalhar com a idéia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para que permaneçam no serviço (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) – incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa “De Volta Para Casa”, manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/ Psiquiatria (Ibidem).

Os idosos no CAPS-ad são atendidos nos eventos de depressão, demências e dependência química (alcoolismo).

O **álcool** é considerado uma droga psicotrópica, pois atua no sistema nervoso central, provocando mudanças no comportamento de quem o consome, cuja intensidade varia de acordo com as características pessoais.

A magnitude do problema do uso indevido de drogas verificado nas últimas décadas ganhou proporções tão graves que hoje é um desafio da saúde pública no país.

Além disso, esse contexto também é refletido nos demais segmentos da sociedade por sua relação comprovada com os agravos sociais, tais como: acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade. O MS vem definindo, ao longo do tempo, estratégias que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na sua reabilitação e reinserção social. A assistência ao usuário de substâncias psicoativas no âmbito do SUS é realizada por meio da rede psiquiátrica existente, como o CAPS-ad (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O MS está reformulando a política de atenção aos dependentes químicos com o objetivo de criar uma rede de cuidados voltados para a sua reabilitação e reinserção social. O principal instrumento desta mudança começa a ser efetivado através da criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária aos Usuários de Álcool e outras Drogas, instituído na Portaria 816, de 30 de abril de 2002. O CAPS-ad é o espaço de atendimento extra-hospitalar dessas pessoas. Esse local oferece cuidados assistenciais aos usuários e familiares, de forma integrada à sua comunidade, em que cada pessoa tem um atendimento individualizado ou em grupo. Tal assistência é feita por uma equipe multiprofissional com a capacidade de atender entre 190 e 205 pacientes/mês (INFORME SAÚDE, 2004).

Dados do DATASUS (2001) demonstram que 21% das internações psiquiátricas são ocasionadas por consumo de álcool, representando a segunda causa de internação dessa natureza e um custo de R\$ 60/ ano milhões para o SUS. Pessoas na faixa etária entre 30 a 50 anos são os mais acometidos. Entretanto, sabe-se que 3 a 10% da população adulta são usuários de álcool e que seguramente se tornarão idosos um dia.

Várias são as causas que podem levar o idoso ao alcoolismo, como aposentadoria; perda de familiares e amigos; doenças e internações hospitalares frequentes; incapacidades; insônia; isolamento; abandono e dificuldade econômica, entre outras situações. Não importa onde estejam, mas certamente os idosos que habitam grandes centros urbanos são mais vulneráveis e mais propensos a buscar consolo na bebida alcoólica para não se sentirem sozinhos e abandonados. A situação se agrava, pois uma dose de álcool por dia para alguém mais velho e com um

organismo já debilitado pode causar ou exacerbar problemas cognitivos, dificultar a locomoção e a comunicação, além de agravar e acentuar as eventuais doenças já existentes.

O idoso tem pouco espaço numa sociedade competitiva e consumista, sendo condenado ao abandono e à falta de oportunidade. Na velhice as perdas de papéis familiares, e no mercado de trabalho estimulam o afastamento das gerações, assim como o conflito e a indiferença, quando não o desprezo ou a tolerância forçada. Os idosos são isolados socialmente e culturalmente pela fragmentação da família, pela aposentadoria e por uma política insatisfatória de atendimento a essas pessoas, aliadas às alterações físicas ocasionadas pelo envelhecimento humano e perda da memória. A situação presente, caracterizada pelo abandono e sensação de declínio, pode levar os idosos a lembranças persistentes de um passado de amarguras e ressentimentos ou saudades que só podem agravar uma rotina empobrecida e sem sentido, ocasionando com frequência a **depressão**.

Depressão e outros transtornos do humor, incluindo também as alterações ansiosas, são problemas psicológicos que, em muitíssimos casos, se expressam através de uma ampla variedade de transtornos físicos e funcionais na senilidade. Os próprios sintomas emocionais depressivos e típicos se constituem numa das principais queixas dos idosos.

A depressão clínica é um problema de saúde importante que afeta as pessoas de todas as idades. A depressão é caracterizada por sentimentos de tristeza e isolamento social, podendo estar relacionado a um distúrbio psiquiátrico maior, assinalado por tristezas e alterações de humor disfórico acompanhado por uma variedade de sintomas físicos e comportamentais (CALKINS et al., 1997).

Os mesmos autores acima destacam que a estimativa dos sintomas depressivos na população idosa com 65 anos ou mais chegam a atingir 44%, mas a maioria das pesquisas realizadas comprova que cerca de 15 a 20% dos adultos idosos relatam sintomas depressivos significantes, embora a prevalência de uma depressão mais severa diagnosticável varie de 1 a 3%, fato este observado também em população mais jovem. Entretanto, não importa se os distúrbios depressivos são mais ou menos prevalentes na população de idosos, quando comparada à população mais jovem, o

importante é que seja observado que os distúrbios depressivos em pessoas idosas são tratáveis e, quando crônicos, são provavelmente o resultado de um tratamento inadequado ou impróprio; as depressões severas são um grande problema de saúde pública, e o suicídio é uma das 10 causas principais de morte na população idosa.

À medida que o país está envelhecendo, a **demência** está se constituindo um dos fatores primordiais de saúde pública e que deve ser diagnosticado o mais precocemente possível nos idosos. Calkins et al. (1997) descrevem a demência como uma síndrome de disfunção adquirida e persistente em vários domínios da função intelectual, incluindo a memória, a linguagem, a capacidade visual-espacial e a cognição. Os distúrbios de humor e as alterações na personalidade e no comportamento freqüentemente acompanham a deteriorização intelectual. As demências podem manifestar-se de forma abrupta ou gradual, mas geralmente provém de algum trauma. Portanto, ela é uma síndrome caracterizada por múltiplos comprometimentos nas funções cognitivas, sem comprometimento da consciência, porém com o comprometimento da personalidade.

A demência é, essencialmente, uma doença dos idosos. Dos norte-americanos com mais de 65 anos, cerca de 5% têm demência severa e 15% têm demência leve. A demência severa chega a acometer cerca de 10% dos indivíduos com mais de 80 anos. De todos os pacientes com demência, 50 a 60% têm demência do tipo Alzheimer, o tipo mais comum (MAIA, 2004).

Estudos sugerem que 3% da população entre 65 e 74 anos podem apresentar doença de Alzheimer, número que aumenta para cerca de 19% no grupo de 75 a 84 anos de idade; e para pessoas com 85 anos de idade ou mais, o número pode alcançar 50% (CALKINS et al., 1997).

Por meio da Portaria GM/MS nº 703, de 12 de abril de 2002, o MS instituiu o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer no SUS, através do diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com orientação dos familiares e/ou cuidadores, incluindo a distribuição de medicamentos específicos. A Portaria SAS/MS nº 843, de 6/11/2002, determina o protocolo de atendimento clínico e diretrizes terapêuticas para demência por doença de Alzheimer, que precisa ser seguido por ser orientador no tratamento (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2002).

Doença crônica e lenta que pode durar até 20 anos, o Alzheimer na fase avançada torna o paciente completamente incapaz de desempenhar as suas atividades diárias e seu impacto econômico sobre a sociedade é considerável por levar à interrupção das atividades lucrativas do paciente e do cuidador imediato, além do alto custo para os familiares com o tratamento (RAMOS & SAVONITTI, 2000), tendo em vista que o paciente com demência pode, por fim, necessitar de constante supervisão e auxílio, a fim de executar até mesmo as tarefas mais básicas da vida cotidiana.

O cuidador deverá ter muita paciência e tranquilidade para vivenciar cada momento do cuidado com Alzheimer, porque não existe regra fixa para desempenhar o atendimento, cada paciente responde de maneira diferente e somente a convivência pode definir a melhor forma de cuidar. Precisa aprender a adaptar e individualizar a abordagem, em vez de mudar o comportamento do paciente. Savonitti (2000, p. 428) destacam que:

para cuidar de alguém com demência é essencial entender que o indivíduo encontra cada dia maior dificuldade em lidar com as atividades diárias. É importante também perceber que este indivíduo pode estar ansioso ou deprimido, por não saber e aceitar o que está acontecendo.

Entretanto, o cotidiano do paciente deve ser mantido evitando mudanças bruscas na sua atividade, estabelecendo assim rotinas diárias. É necessário definir estratégias de manutenção da comunicação. Manter o paciente orientado no tempo e no espaço é um desafio constante, sendo imprescindível buscar mecanismos ilustrativos e indicativos que possam auxiliar na orientação freqüente. Mantê-lo por maior tempo independente e estimular para que faça e continue até quando puder a desempenhar as suas tarefas essenciais e diárias são formas de maximizar a independência do paciente com demências. Além disto, é importante evitar o confronto dando informações dúbias e complexas, dificultando a resposta.

A demência não atinge somente o doente, mas todo a rede familiar, levando-a a mudar significativamente os projetos futuros para dedicar-se quase exclusivamente ao doente. As principais queixas dos familiares giram em torno da sobrecarga física e emocional, da perda da liberdade, vergonha, isolamento social, pena e tristeza. Pode

haver sentimentos de culpa, conforme Ramos & Savonitti (2000), quando os familiares fantasiam e desejam a morte antecipada. Todavia, o cuidador necessita continuar sua vida de forma satisfatória, preservando os seus interesses sem esquecer-se de si próprio.

O Município de Itajaí (SC) não possui um local onde possam ser atendidos os idosos com problemas mentais e que possibilite ao familiar cuidador momentos para si. Como foi relatado anteriormente, há um Centro de Convivência localizado no centro urbano, mas não atende essa clientela especificamente, porque recebe somente idosos independentes e sem distúrbios cognitivos. Portanto, nesse momento, cabe unicamente à família a busca de alternativas possíveis de convívio domiciliar e/ou a institucionalização definitiva em uma das 4 instituições de longa permanência para idosos.

Como recurso de apoio em tais situações, temos a iniciativa da UNIVALI que instituiu em 2003 um projeto de extensão com a finalidade de fornecer o apoio aos familiares e cuidadores de pacientes de Alzheimer ou outras doenças similares, através dos grupos de apoio. Atualmente temos 57 familiares/cuidadores inscritos no projeto e uma média de 21 participantes nos encontros mensais. Nesses encontros, são realizadas atividades de orientação relacionadas à situação apresentada e o acompanhamento psicológico dos que necessitam ou solicitam. Há a participação constante de médico geriatra, enfermeira e psicóloga, além dos demais profissionais de saúde convidados. Contudo, não temos um serviço público que possa dar o suporte contínuo necessário ao familiar cuidador.

Vale destacar que o CAPSad de Itajaí (SC) não possui especialistas na área geriátrica, dificultando o diagnóstico inicial das doenças demenciais; os idosos são atendidos por médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro e assistente social, dentro de uma visão psiquiátrica e não gerontogeriatrica.

Diante da situação de alcoolismo, depressão e demências relacionadas com os idosos e na perspectiva de tal quadro se expandir devido à expectativa de vida ampliada, é imprescindível a criação de um atendimento voltado para os idosos que não possam ser cuidados no domicílio e também não apresentem indicação de hospitalização e/ou institucionalização, além de proporcionar ao familiar/cuidador um

tempo para cuidar de si. Esse serviço é o **Centro Dia para o Idoso (CDI)**.

O CDI é um espaço destinado à permanência diurna de pessoas idosas com grau intermediário de dependência, ou seja, idosos com algum comprometimento de sua autonomia por problemas de saúde e que não dependam de equipamentos para monitoramento ou sustentação da vida, e cujas famílias, em função das condições socioeconômicas, estejam impossibilitadas de mantê-los no domicílio sem companhia no período diurno.

No CDI, recebe atendimento específico às suas necessidades pessoais básicas, participa de atividades terapêuticas e socioculturais. Tudo isso sem se afastar do convívio familiar. O CDI tem como objetivo a integração comunitária do idoso. Pode oferecer atendimento nas áreas de assistência social, saúde, fisioterapia, psicologia, atividades físicas e ocupacionais e apoio sociofamiliar, respeitando as suas necessidades. Estimula a socialização, prevenindo o isolamento social e realizando atividades interativas dentro das possibilidades do idoso, como caminhadas, trabalhos manuais, jogos, sessões de vídeo e TV. O portador de deficiência tem garantidas todas as adaptações e apoios técnicos necessários (SECRETARIA DO TRABALHO, EMPREGO E PROMOÇÃO SOCIAL, 2004).

E para ampliar a rede de atendimento ao idoso no programa de saúde mental é importante a criação da **atenção domiciliar ao idoso**, utilizando como estratégia de operacionalização o **PSF** (ver PSF). A política governamental não é dirigida para o aumento das internações. A idéia é reduzir cada vez mais os leitos psiquiátricos e ampliar a rede extra-hospitalar, como os CAPS e o PSF que, acredita-se, são capazes de oferecer um atendimento mais humanizado, além de não afastarem as pessoas do convívio social.

A atenção domiciliar ao idoso com problemas mentais possibilita a participação constante do familiar cuidador e favorece a inter-relação pessoal com o doente e o profissional de saúde na busca da promoção, manutenção e restauração da saúde do idoso e/ou na maximização do grau de independência por maior tempo possível, minimizando as incapacidades aliadas com aos distúrbios mentais.

O grande desafio do MS é fortalecer políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial,

consolidando e ampliando uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promovendo a reintegração social e o resgate da cidadania dos usuários do SUS com problemas mentais.

5.2.6 Programa de Saúde Bucal

Encontrado em quase todas as UBSs do município de Itajaí (SC), o programa de saúde bucal é voltado basicamente para o atendimento de extrações e obturações dentárias dos seus munícipes usuários do SUS.

A **odontologia pediátrica** trabalha essencialmente na prevenção das cáries do escolar. É nas escolas que acontecem as principais ações de promoção da saúde bucal.

Já o tratamento de **odontologia geriátrica** inexistente na rede municipal. Quando os idosos buscam o serviço já chegam com os seus dentes em situação tão precária que o único tratamento a ser feito é a extração dentária. A pesquisa do perfil multidimensional do idoso de Itajaí em 2001 confirma esse fato e acrescenta que a maioria dos idosos não procura o dentista há muito tempo (mais de dois anos) para qualquer tratamento ou avaliação. Portanto, mesmo que a rede pública municipal de Itajaí (SC) tenha um número significativo de UBS com serviço de saúde bucal, a população idosa ou não sabe da existência ou não acha necessário buscar o serviço, ou talvez não esteja conscientizada sobre a importância do acompanhamento odontológico.

Sendo assim, é mister criar um serviço de **odontologia geriátrica** voltado para a **odontologia social e coletiva** através da **educação em saúde**, tendo o **PSF** como intermediador desse processo, utilizando os ACs e os Técnicos de Higiene Dentária (THD) como interlocutores da transformação das condições da saúde bucal dos idosos. O **tratamento clínico** é outro ponto a ser destacado, ampliando o serviço de exodontia, periodontia e incluindo o serviço de oclusão, endodontia e dentística. Além disso, cabe também um serviço de **prótese dentária** com a colocação e substituição das próteses dos idosos. Em Itajaí (SC) existe um contingente de 81,9% de idosos que usam dentaduras e 32,3% que solicitam como prioridade a troca da dentadura, justificando essa necessidade.

A saúde bucal é muito importante nos idosos. Está ligada a conforto,

socialização, satisfação, autopercepção, entre outros aspectos da vida. Sabe-se que a perda da dentição natural influi sobre diversos aspectos do organismo, dentre os quais o aspecto estético, a pronúncia, a digestão e, principalmente, a mastigação. Numa pessoa com todos os dentes a capacidade mastigatória é de 100%, caindo para 25% em pessoas que usam prótese total. (MORIGUCHI, 1992).

Desse modo, é imprescindível dispensar maior atenção à **odontologia geriátrica** voltada para a **odontologia social e coletiva** no propósito de intervir na saúde bucal dos adultos e idosos o mais breve possível, evitando os prejuízos advindos dos problemas bucais. Tais intervenções podem ser aplicadas através do **PSF**, mais precisamente com os profissionais da odontologia: odontólogo e os **THDs**, com o apoio dos **ACs**.

No caso brasileiro, a saúde bucal tem sido relegada ao esquecimento, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. A perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas.

Chegar à velhice com os dentes é possível, desde que haja ações preventivas ao longo da vida. A prevenção acontece por meio da **educação em saúde**. A educação em saúde visa proporcionar a conscientização do adulto envelhecendo para um cuidado baseado na prevenção e promoção da saúde bucal. Utilizando a escovação e fio dental como forma de conservar a integridade dos dentes e evitar as complicações periodontais, podem ser ações simples, mas que proporcionam a durabilidade dos dentes por uma vida inteira. Precisamente não se tem evidência de que o envelhecimento guarde relação com a perda dos dentes. Entretanto, assim como todo o organismo, as estruturas orais sofrem ação do envelhecimento, e os tecidos da cavidade oral refletem as alterações da idade.

O edentulismo evidencia a inexistência de tratamento restaurador ao alcance da maioria da população. Outro fator a ser considerado é a inexistência de medidas eficazes que impeçam a recidiva da cárie na população, fazendo com que haja sempre o surgimento de novas necessidades, que nunca se esgotarão enquanto for mantido o

modelo atual de atenção à doença (FERNANDES et al., 1997).

Os serviços públicos, incapazes de limitar os danos causados pela cárie por ausência de programas preventivos, realizam extrações em massa e disponibilizam à população idosa apenas atendimento emergencial, fazendo com que suas necessidades de tratamento se acumulem, atingindo níveis altíssimos. Com isso, há grande demanda de tratamentos **protéticos**, que não são oferecidos à população nem nos serviços públicos, nem nos consultórios particulares, por custos mais acessíveis (Ibidem).

Além do eduntulismo, a cárie é o principal problema bucal dos indivíduos com sessenta anos ou mais. Alguns fatores como a redução do fluxo salivar pelo uso de medicamentos, a dificuldade de higienização por problemas psicomotores e a alteração da dieta potencializam a ação da doença nessa população (PARAJARA & GUZZO, 2000).

A gengivite e a periodontite são problemas comuns na velhice e estão relacionadas à inflamação e infecção dos tecidos que sustentam os dentes. Sangramento gengival, mobilidade dentária, halitose e dores ao mastigar podem ser sinais da presença desses problemas, que se não receberem a devida atenção podem levar à perda dos dentes.

A boca merece muita atenção quando falamos em pessoas idosas, porque é um local que de alguma forma nos mostra como vai a saúde geral. Uma pessoa que tem bons dentes pode sorrir, conversar, alimentar-se, namorar, falar e relacionar-se com as outras pessoas de uma maneira muito diferente daquelas que têm dentes faltando, quebrados ou cariados, halitose ou próteses desadaptadas e frouxas.

A estética e a capacidade mastigatória, afetadas pelas extrações, podem ser em parte recuperadas pelo uso de próteses. Porém é necessário que a prótese esteja bem adaptada na gengiva, permitindo o conforto e evitando infecção fúngicas, além das aftas e feridas que podem levar ao câncer bucal. A manutenção da integridade da prótese deve ser contínua para prevenir as complicações ora citadas.

O **PSF** possui um papel importante na saúde bucal porque atende diretamente a comunidade antes mesmo de ela procurar o tratamento. Através das ações preventivas os **ACs** e os **THDs** podem verificar a presença de dentes quebrados, cariados, amolecidos, com resíduos acumulados, gengivas inflamadas e com sangramento,

halitose, manchas brancas ou escuras, caroços, inchaços em lábios, bochechas e língua. Ao detectar uma dessas alterações, os ACS e os THDs encaminham o idoso para uma avaliação profissional, realizando a **referência e contra-referência** tão importantes em tais situações.

Além de observar as intercorrências patológicas, os ACS e os THDs podem desenvolver estratégias preventivas através da **educação em saúde**, conscientizando os idosos sobre a importância da higienização simples e/ ou associativa; da redução de alimentos cariogênicos; da indução da remineralização de superfícies descalcificadas de dentina pela aplicação de substâncias fluoretadas que diminuam a desmineralização e de uma avaliação freqüente da sua saúde bucal.

A saúde bucal na idade avançada exige mudança estratégica no cuidado, envolvendo ações voltadas para essa população, levando em conta suas condições físicas, sociais e psíquicas bastante particulares, demandando maior e mais diversificada atenção por parte dos profissionais de saúde bucal e de outros profissionais de saúde (COMARCK, 2003).

Entendendo que a saúde bucal é um problema de saúde pública, o MS vem buscando alternativas para reverter os dados estatísticos de eduntulismo na população brasileira e está lançando um programa específico de saúde bucal chamado de “Brasil Sorridente”.

O Brasil Sorridente foi lançado pelo MS em 17 de março de 2004 para ampliar o acesso ao tratamento odontológico a todos os brasileiros que dependam da rede pública de saúde. Grande parte dos brasileiros não sabe que pode receber tratamento odontológico gratuito pelo SUS. Dados do IBGE apurados em 1998 indicam que, até aquele ano, 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista. Serão investidos aproximadamente R\$ 1,3 bilhão até o final de 2006 (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Diante do programa “Brasil Sorridente”, o serviço público de saúde bucal em Itajaí (SC) provavelmente reformulará as suas ações. Esperamos que a **odontologia geriátrica** esteja, agora, incluída neste novo momento, porque necessitamos de ações específicas para os problemas dos idosos, dentre os quais se situa o eduntulismo. Além de medidas educativas e preventivas, deve-se pensar em medidas reabilitadoras, no

caso específico do edentulismo. A implementação de um serviço de prótese dentária no setor público é uma medida viável e que deveria ser encarada como profilática, uma vez que a falta de dentes acarreta outros problemas de saúde, agravando os já existentes e piorando a qualidade de vida da população idosa brasileira.

Os procedimentos de prótese total e prótese parcial removível foram modificados e passam a significar apenas a parte protética desse tipo de tratamento. Na atenção básica foi criado o procedimento “moldagem, adaptação e acompanhamento”, que servirá para lançar a parte clínica da reabilitação oral. Agora todos os profissionais de odontologia do SUS poderão executar as partes clínicas das próteses totais ou parciais removíveis e os laboratórios protéticos credenciados ou os laboratórios dos CREOs ficam responsáveis por executar a parte laboratorial (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

5.2.7 Programa de reabilitação e habilitação

Esse programa **não existe** na municipalidade, todavia os usuários que necessitam de serviços de reabilitação os encontram nas clínicas de fisioterapia credenciadas pelo SUS ou na clínica de fisioterapia da UNIVALI. Portanto, esse programa deve ser criado, na sua totalidade, para o atendimento da criança, do adulto ou do idoso.

A pesquisa do perfil multidimensional do idoso de Itajaí em 2001 comprova a necessidade desse serviço e identifica-o como um serviço primordial e essencial para a população idosa, haja vista dificuldade de acesso às clínicas fisioterápicas com o quantitativo de cotas destinadas ao SUS. O acesso não é restrito somente pelas cotas do SUS, mas também pela dificuldade de locomoção de um local mais distante (bairros) para as clínicas de fisioterapia (centro). Portanto, o serviço deve ser ofertado em locais mais populosos do município, de preferência onde haja as *policlínicas de saúde*, facilitando a inserção dos idosos.

Na dimensão da pessoa **idosa** foi sugerida como estratégia de operacionalização a parceria com o **PSF** para as ações **educativas e preventivas** quanto a **quedas, osteoporose, mobilidade e incontinência urinária**, que podem ser evitadas ou postergadas nessa fase da vida.

Outro ponto importante é o acesso às **tecnologias assistivas**, que certamente favorecerão a manutenção da capacidade funcional dos idosos, como: muletas, cadeiras de rodas, próteses ortopédica e auditiva, óculos, bengala e andador, entre outras.

A reabilitação e habilitação podem advir das necessidades individuais dos idosos, exigindo atendimento **músculo-esquelético, cardiorrespiratório, neurológico e uroginecológico**, de forma temporal ou contínua.

A **habilitação** significa tornar-se hábil, apto ou capaz de realizar as suas atividades cotidianas, possibilitando a manutenção da capacidade funcional, ou seja, capacitar o idoso e familiar para lidar com o agravo. **Reabilitação** é um processo contínuo, coordenado, com objetivo de restaurar o indivíduo incapacitado para ter o mais completo possível desempenho físico, mental, social, econômico e vocacional, permitindo a sua integração social. A **reabilitação** pode ser entendida como retornar ao estado anterior ou mais próximo possível da sua condição anterior, preservando a sua autonomia, de forma a precisar cada vez menos dos serviços de profissionais de saúde.

Uma das diretrizes definidas na PNI diz respeito à manutenção da capacidade funcional relacionada aos agravos à saúde e à detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cuja evolução poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia do idoso.

No conjunto das ações que devem ser implantadas, estão relacionadas a reabilitação/ habilitação por meio das **tecnologias assistivas** e mediante a prescrição adequada com o uso de órteses, próteses e próteses dentárias.

O BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002, p. 58) destaca que *“essas e outras ações que vierem a ser definidas deverão estar disponíveis em todos os níveis de atenção ao idoso, principalmente nos postos e centros de saúde, com vistas à detecção e ao tratamento de pequenas limitações funcionais capazes de levar a uma grave dependência”*.

A **educação em saúde** voltada para a prevenção das situações de risco relacionado com o envelhecimento humano é uma forma de amenizar e postergar a possibilidade de desenvolver a **osteoporose** e a **incontinência urinária**, bem como

prevenir **quedas** e conseqüentemente a **imobilidade**. Novamente podemos incluir o **PSF** para estar junto nesse desafio.

O **PSF** tem um papel fundamental na prevenção de agravos de saúde da pessoa idosa. O envolvimento da equipe com a comunidade proporciona maior interação com a clientela a ser atendida em todo o seu ciclo vital, seja de forma individual ou coletiva. A proposta de trazer a equipe do PSF para viabilizar as questões preventivas relacionadas ao envelhecimento não descarta a responsabilidade de envolvimento de outros profissionais de saúde que também trabalham nas UBS.

A **instabilidade postural** e as **quedas** representam a principal causa de incapacidade entre as pessoas idosas. Todavia, a queda não pode ser avaliada como situação isolada, mas sim como sintoma que merece ser investigado, lembrando que as fraturas são as lesões mais temidas decorrentes das quedas nessa idade. Conforme o Ministério da Saúde (2000), cerca de 50% dos idosos que adquirem fratura de colo de fêmur falecem dentro de um ano, e a metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente dos cuidados de outras pessoas. Assim, a instabilidade postural e as quedas proporcionam rapidamente ao idoso uma situação de imobilidade.

Nos casos de idosos, quanto maior o tempo de imobilidade, maior é a possibilidade da perda funcional, levando à dependência para suas atividades cotidianas. Dessa forma, tão importante quanto prevenir as quedas é manter a mobilidade do idoso, estimulando os exercícios físicos e o lazer em ambientes saudáveis.

Os exercícios físicos proporcionam maior mobilidade ao idoso, porque estimulam a circulação e trabalham os músculos, articulação e tendões, além de prevenir doenças cardiovasculares, osteoporose, diabete, depressão, entre outros agravos de saúde.

A pessoa idosa com **osteoporose** pode ter uma queda ou um trauma e também desenvolver fraturas, sendo importante iniciar o tratamento tão logo se tenha o diagnóstico, evitando as conseqüências advindas da imobilidade.

A **incontinência urinária** é um problema de grande incidência na população idosa. Em média 15% dos idosos com 75 anos são incontinentes. É mais freqüente nas mulheres (RUIPÈREZ & LLORENTE, 1998). Entretanto, é prevenível através de

exercícios pélvicos que venham fortalecer a musculatura da região. Recomenda-se fazer o exercícios durante cerca de 10 minutos, 3 vezes por dia, em intervalos regulares e durante vários meses. Esse procedimento não implica alterar as suas atividades cotidianas, pode ser feito em qualquer lugar, sem que ninguém perceba.

Qualquer uma dessas condições requer tratamento contínuo ou temporário mais sistematizado e especializado, envolvendo multiprofissionais de saúde para desenvolver no indivíduo uma satisfatória condição clínica, física, psicológica e laborativa nas diversas circunstâncias de necessidade de reabilitar/habilitar nas situações de agravos músculo-esqueléticos, cardiorrespiratório, neurológico ou uroginecológico.

A reabilitação e habilitação é uma parte necessária da norma social se quisermos manter tanto quanto possível o idoso em seus lares em convívio familiar ou em comunidade, fora das instituições (CALKINS et al., 1997).

Além das ações educativas e do tratamento de reabilitação/ habilitação a ser criado é importante viabilizar aos idosos usuários do SUS acesso às **tecnologias assistivas**.

Tecnologia assistiva é uma ampla gama de equipamentos, serviços, estratégias e práticas que são concebidas e aplicadas para atenuar os problemas encontrados em indivíduos com deficiências. A definição mais usual apresenta a tecnologia assistiva como todo e qualquer item, equipamento, produto ou sistema que propicia ao portador de deficiência uma vida mais independente, produtiva, agradável e bem sucedida, através da manutenção ou devolução das capacidades funcionais (SASSAKI, 1996).

A tecnologia assistiva contribui para proporcionar vida independente ao portador de deficiência. No sentido amplo, pode-se dizer que todos os artefatos usados por qualquer pessoa em seu dia-a-dia, desde talheres e ferramentas, são objetos de tecnologia assistiva.

Os produtos incluídos nessa tecnologia, portanto, são: brinquedos e roupas adaptadas, computadores, softwares, dispositivos para sentar e posicionar, carros e adaptações para mobilidade manual e elétrica, equipamentos de comunicação aumentativa, chaves e acionadores especiais, aparelhos de escuta assistida, auxílios visuais, materiais protéticos e milhares de outros itens adaptados ou disponíveis

comercialmente, podendo variar de uma simples bengala a um complexo sistema computadorizado.

O acesso às tecnologias assistivas para os idosos com alguma deficiência é importantíssimo para a recuperação da capacidade funcional afetada. Sabe-se que poucas são as iniciativas públicas nessa área, por tratar-se de investimento financeiro de alto custo; entretanto, se avaliarmos o custo-benefício desse serviço aos idosos e seus familiares/ cuidadores, valerá a pena investir.

Cabe aos gestores de saúde, de forma articulada e em conformidade com suas atribuições, prover meios e recursos para atuar de modo a viabilizar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção, a recuperação e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Sendo assim, a criação de um serviço de reabilitação e habilitação na rede pública municipal para a população idosa de Itajaí (SC) é uma lacuna que deve ser preenchida o mais breve possível, proporcionando ao idoso o acesso aos serviços de saúde, consolidando a equidade, a integralidade e a universalidade tão preconizada e defendida nas diretrizes do SUS, possibilitando assim uma condição de vida mais humana.

Por ter conquistado uma gestão plena de saúde, o município de Itajaí (SC) tem a responsabilidade de elaborar a programação de atenção à saúde de baixa e alta complexidade conforme a necessidade local e regional, gerenciando os recursos municipais, estaduais e federais para o fim proposto. Incluir o serviço de reabilitação e habilitação na municipalidade demanda busca de recursos nas diversas esferas governamentais, mas a demanda maior é de vontade política para concretizar a proposta.

CAPÍTULO VI

A política de saúde no contexto do Welfare State

Quantos anos você teria se não soubesse quantos anos você tem?
Satchel Paige

6 POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DO *WELFARE STATE*

Neste capítulo será apresentada a discussão da proposta de política de saúde para a população idosa no município do Itajaí (SC), construída pelo grupo de trabalho e validada pelo painel de peritos, à luz do referencial teórico proposto – *Welfare State*.

A estratégia utilizada para a construção da política de saúde para a população idosa foi o consenso do grupo de trabalho original, que era composto de membros governamentais e não-governamentais da região de Itajaí (SC), já nomeados anteriormente. O consenso é uma estratégia necessária para a obtenção da hegemonia na construção coletiva. Numa sociedade cujos atores políticos são constituídos a partir de interesses múltiplos, sempre postos em debate e em confronto, buscar estratégia de entendimento é a melhor opção. Quando o Estado representa interesse de uma única e reduzida classe, é normal que use a coerção para impor esses interesses ao conjunto da sociedade; em tal situação, o consenso ocupa lugar subalterno. Do contrário, quando a sociedade civil cresce e se fortalece, o consenso passa a ter um peso decisivo na obtenção do aval para que um determinado interesse se torne capaz de influenciar na formulação de políticas, ganhando legitimidade (COUTINHO, 1985). Portanto, o consenso foi a estratégia de operacionalização inicial a ser construída coletivamente, pelo grupo de trabalho, para a formulação da política desenhada.

Várias discussões emergiram dos encontros do grupo de trabalho, como a reforma sanitária, modelos governamentais (anterior e atual), a política nacional e local de saúde vigente, o referencial teórico proposto – *Welfare State* e o futuro incerto da saúde. Todos esses temas levaram os membros a refletir sobre a possibilidade e viabilidade de implantar tal proposta de política de saúde na situação econômica desfavorecida em que vivem os municípios brasileiros, atualmente.

Ao transitarmos por esses temas, recordamos que o período da reforma sanitária foi um ponto marcante e definitivo para a saúde no Brasil, passamos por momentos de reflexão da nossa prática assistencial e procuramos entender a atual conjuntura do sistema brasileiro de saúde.

No movimento da reforma sanitária, discussões aconteceram para a mudança do modelo assistencial, tornando o atendimento de saúde pública mais próximo dos cidadãos. A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) foi o ápice desse movimento. Era a concretização de todo o movimento encetado pelo projeto contra-hegemônico nos campos políticos, ideológicos e institucionais, desde o início da década de 70.

A reforma sanitária é um projeto que somente se solidifica num ambiente democrático onde se acha o nascimento de novos sujeitos políticos, a liberdade de expressão e o governo dos cidadãos.

Mendes (1999, p. 42) descreve que:

a reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada pelo Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da implicação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um novo paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão de controle populares sobre o sistema.

A reforma sanitária traz consigo algumas mudanças conceituais e de postura política, especialmente o conceito de saúde, no que tange à responsabilidade do Governo para a obtenção da saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado (Constituição Federal de 1988), além de propor uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde através do SUS. Ou seja, o objetivo central do movimento pela reforma sanitária era a superação das iniquidades existentes no país; o reconhecimento do direito universal à saúde; a garantia de sistema público, tornando a provisão de ações e serviços de saúde de responsabilidade do Estado.

A agenda da reforma sanitária incluía expansão da cobertura, garantia de acesso universal e integralidade da atenção, descentralização, melhoria da qualidade e garantia da participação e controle social.

Com base nessa agenda é que foi determinada a diretriz básica da reforma de saúde, pelo Legislativo, na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas da saúde, definindo que é dever do Estado garantir a saúde a todos os seus cidadãos, mediante

políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos, que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Art 196 da Constituição Federal do Brasil). A Constituição Federal (1988) no artigo 197, define as ações e serviços de saúde como sendo de relevância pública e, no artigo 198, diz constituir o SUS por meio de rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, seguindo as diretrizes: descentralização com direção única em cada esfera de governo, de atendimento integral preventivo/assistencial e de participação da comunidade (CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr., 2001).

Fleury (1997) reforça a definição do artigo 196 dizendo que a saúde é um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado.

Para assegurar este direito, a Carta Constitucional determinou a implantação do SUS no país estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, de acesso universal, oferecendo atenção integral sob a égide do princípio da equidade (entendida como provimento de cuidado a cada um segundo sua necessidade) (OPAS, 2001, p.7).

A legislação brasileira determina que o SUS deve ter a participação das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, estruturado em uma rede articulada, regionalizada e hierarquizada, descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, exercida, respectivamente, pelo MS, SES e SMS, podendo ter a participação dos serviços privados, por contrato ou convênio pelo SUS. (BRASIL – Ministério da Saúde, 1997).

Carvalho, Martin e Cordoni Jr. (2001, p. 41) descrevem que:

compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integral das ações assistenciais e das atividades preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

As ações e serviços ofertados devem estar de acordo com as políticas e diretrizes aprovadas por conselhos de saúde, vinculados ao CNS, CES e CMS. E a ação dos conselhos é pautada por recomendações de Conferências Nacionais de Saúde,

local onde são propostas novas diretrizes para a formulação da política de saúde.

As ações e serviços de saúde do SUS são financiados com a receita própria de cada esfera de governo e com recursos provenientes de transferências intergovernamentais (federais e estaduais) depositados em contas específicas em cada esfera de governo, denominada fundos, conforme determina a artigo 33 da Lei nº 8.080. Os fundos de saúde, criados por lei com o objetivo de concentrar o conjunto dos recursos governamentais alocados ao setor para a gestão financeira do sistema, são gerenciados pelos órgãos do Poder Executivo (MS, SES e SMS), sob a fiscalização dos conselhos de saúde, que têm a responsabilidade de deliberar sobre a melhor destinação destes recursos para a execução da política de saúde (OPAS, 2001).

Os recursos financeiros reservados para o SUS são provenientes, na sua maioria de impostos e contribuições sociais arrecadados pelo governo federal. Os insumos financeiros federais são alocados aos estados, na forma de Teto Financeiro, cujo valor total é definido através da negociação na CIT. E, nos Estados, o teto estabelecido é, por sua vez, distribuído entre os municípios, em processo pactuado na CIB.

A EC 29 possibilita a transferência fundo a fundo e garante 15% da arrecadação de impostos e contribuições sociais municipais para o orçamento da saúde. Além disso, determina o comprometimento das três esferas de governo com a saúde dos municípios.

Dessa forma, o município torna-se responsável pela gestão dos serviços de saúde da sua área de abrangência e está habilitado para exercer a gestão plena da ABS ou gestão plena municipal. A maior parte das unidades municipais integrantes da rede pública de serviços desenvolve alguma ação relacionada à promoção da saúde e prevenção de doenças, incluídas no conjunto das ações de atenção básica. O MS incentiva essas ações através das campanhas nacionais, formulação de diretrizes e algumas linhas programáticas que estimulam a intersetorialidade. Itajaí (SC) está habilitada para gestão plena municipal, portanto a saúde da população é de sua inteira responsabilidade.

Em todas as esferas de governo é importante e necessário que se tenha um planejamento de saúde, o qual servirá como base de programação e atividades que serão desenvolvidas no SUS. Geralmente os planos municipais de saúde seguem as

diretrizes do plano nacional e do estadual para serem executados em seus municípios, porque tais ações já apresentam um delineamento operacional das atividades e maior facilidade de financiamento. O fato de o município seguir as diretrizes definidas pelo MS não o desobriga de ser responsável pelas suas atividades assistenciais a serem oferecidas a sua população.

A NOB/96, publicada na Portaria do MS/nº 2203, em 6 de novembro de 1996, define as normas de repasse financeiro, com transferência regular e automática fundo a fundo, possibilitando autonomia aos municípios e estados para a gestão descentralizada, além de prever incentivos para mudanças de atenção à saúde e avaliação dos resultados (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). A EC 29 também se constitui instrumento importante para a obtenção de recursos financeiros na realização de ações de saúde porque possibilita a transferência fundo a fundo nos diversos níveis de governo.

Com esses documentos ficaram definidos claramente os papéis dos níveis municipal, estadual e federal no âmbito do SUS, reafirmando o importante papel das comissões intergestoras no processo de articulação entre os gestores, além de estabelecer tetos financeiros para todas as esferas do governo.

Os TFGMs são definidos pelo PAB fixo, PAB Variável, FAE e remuneração de internações hospitalares. A soma dos TFGMs compõe o TFGE. É de responsabilidade do gestor estadual o gerenciamento desses recursos, das ações e serviços especializados e das internações hospitalares, daqueles municípios habilitados na gestão plena da atenção básica, além do recurso referente ao custeio dos medicamentos excepcionais para o Estado.

E para a definição dos TFGMs, a NOB/96 exige a realização de uma PPI entre os municípios e com a participação do gestor estadual. A PPI deve acontecer de forma ascendente, partindo dos municípios, porém com a configuração da responsabilidade do Estado na busca da crescente equidade, da qualidade da atenção e na conformação de uma rede regionalizada e hierarquizada.

Diante desse contexto percebemos que os estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde oferecidos na sua localidade, impondo um modelo de atenção à saúde voltada para a produção de serviços e avaliada pela

quantidade de procedimentos realizados, sem importar-se com a qualidade dos resultados alcançados, continuando a valer-se da compra de serviços, porém aplicado aos gestores públicos estaduais e municipais.

No final de 2000, dos municípios brasileiros 99% já estavam habilitados conforme a NOB/96. Entretanto, com o significativo processo de descentralização, vêm ocorrendo alguns problemas na inter-relação dos sistemas municipais e estaduais de saúde para manter-se. Os municípios são heterogêneos e muitos têm dificuldades em gerenciar em seu território um serviço tão complexo como a saúde. A PPI proposta pelo NOB/96 não facilitou esse processo em que muitos municípios são incapazes de manter um serviço de saúde com qualidade, havendo necessidade de se consorciar com outros municípios de mais recursos. O mesmo acontece com os estados nas divisas interestaduais, em que frequentemente a rede de serviço se organiza com unidades de atendimento situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa.

Para enfrentar essa situação surge em janeiro de 2001, através da Portaria nº 95 do MS, a NOAS-SUS 01/2001, que propõe três estratégias articuladas: 1) regionalização e organização da assistência; 2) fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, e 3) revisão de critérios de habilitação.

O conjunto de estratégias apresentadas nesta NOAS-SUS articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo (BRASIL – Ministério da Saúde, 2001, p.3).

Seguindo tal normativa, diversas ações de ABS se desenvolvem, como programas de saúde, através de ações programáticas de tratamento e prevenção de doenças transmissíveis. A prevenção e controle de hanseníase, tuberculose e hepatite são responsabilidades dos estados e municípios, sob normas e diretrizes do governo federal.

O monitoramento da hipertensão arterial e diabete mellitus e o registro de câncer também vêm sendo crescentemente incorporados ao conjunto de ações desenvolvidas na rede básica de saúde, além de ser objeto de campanhas nacionais de

prevenção e educação através da mídia e de ações para detecção precoce e identificação de riscos.

A prevenção, o controle e o tratamento das DSTs e da AIDS são desenvolvidos pela rede de serviços de saúde, em conformidade com as normas e protocolos do Programa Nacional de DST/AIDS, de responsabilidade do governo federal, que também fornece insumos materiais.

A saúde da mulher está respaldada na detecção do câncer de colo uterino e de mama. Entretanto, em muitos locais a rede básica de saúde não apresenta suporte técnico para atender a demanda de mulheres que necessitam de tratamento ginecológico. Ainda quanto à saúde da mulher, o atendimento obstétrico é prioridade nas três esferas governamentais, aliado ao de puericultura.

A proposta de ampliação da ABS trazida pela NOAS busca definir as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver. São elas: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial e diabete mellitus, ações de saúde bucal e ações de saúde da mulher e da criança. Além das ações mínimas, os estados e municípios poderão definir, baseados em seu perfil demográfico e epidemiológico e suas prioridades políticas, outras ações que julguem estratégicas e necessárias. Todavia, deve-se assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, ou seja, melhorar a qualidade e a resolutividade.

Assim, garantir o acesso aos serviços de referência, é necessário que cada município tenha uma atenção básica de qualidade e resolutiva. Do contrário haverá uma sobrecarga insustentável das referências, inviabilizando o acesso dos que realmente necessitam.

É orientação do MS que os municípios, independentemente do seu porte, implantem o PSF como estratégia de organização da ABS. Ultimamente está sendo incorporado o programa saúde da família nos diversos municípios, que além de atender a ABS faz também a promoção da saúde e prevenção de doença; o elenco de ações varia de acordo com a especificidade do perfil epidemiológico local. Pretende-se que o PSF concretize a integralidade em suas ações, articulando o individual com o coletivo, a prevenção e a promoção com o tratamento e a recuperação da sua

população adstrita, com grande potencial organizador sobre outros níveis do sistema saúde.

O MS está introduzindo na ABS a saúde mental, através do atendimento nos CAPS, embora nem todos os municípios apresentem condições de atendimento nessa modalidade, por tratar-se de serviço especializado e de alta complexidade.

A descentralização deu a oportunidade de se organizar um sistema municipal e possibilitar a pressão da sociedade na organização do sistema de saúde local, justamente porque a população exige e necessita do SUS que ele seja capaz de atender aos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade da saúde e conseqüentemente de vida, e não somente tratar as doenças e acometimentos graves com risco de morte.

Os programas tradicionais de saúde pública e as ações orientadas para segmentos específicos da população não têm sido direcionados para o conceito de integralidade e equidade, impondo-se o fortalecimento dos municípios na gestão de toda a política de saúde, através do apoio técnico e financeiro das demais esferas de governo para a efetivação das diretrizes do SUS.

Diante de toda essa contextualização político-administrativa do setor saúde brasileiro, convém pensar o quanto é complexo movimentar a máquina administrativa de um governo em benefício do próprio povo, e o quanto estamos longe de realizar o que é proposto na Constituição Federal (1988), em que o Estado assegura o direito à saúde do seu povo de forma igualitária e de acesso universal, e ainda se responsabiliza por garantir tal direito nas diversas ações e serviços de saúde através do SUS.

Mesmo havendo distintas ações assistenciais em programas de saúde, estas não são suficientes, eficientes e eficazes para atender a demanda. Necessitamos implementar e socializar cada vez mais essas ações, buscando estratégias criativas e inovadoras para serem aplicadas conforme a real necessidade da população a ser assistida, especialmente o segmento populacional mais fragilizado, como, por exemplo, os idosos.

Um dos segmentos populacionais que mais cresce no mundo e no Brasil é a população idosa. Seremos a 6º população de idosos no mundo nos próximos anos, mas sem as condições necessárias para atender as necessidades inerentes a essa população,

sobretudo nas políticas sociais.

É entendido que as políticas sociais deveriam ocupar-se de prevenir a exclusão e de reinserir os excluídos nos benefícios providos pelo Estado em vez de acentuar as diferenças de atendimento. A saúde é um dos pilares importantes nas políticas sociais de um país e que carece ser redimensionada para responder as novas demandas que surgem com o envelhecimento da população.

No Brasil ainda prevalece a ação de saúde voltada para a área materno-infantil, cujas características são diferentes daquelas apresentadas pela população idosa. Entre os idosos, prevalecem tanto condições crônicas e progressivas, com múltiplos fatores determinantes e associados a incapacidades e perda da autonomia, como agudas, com deteriorização rápida se não prontamente tratadas.

Diante do envelhecimento populacional, há necessidade imediata de reformular os serviços de saúde, para que se possa responder as demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do país. O cuidado com o idoso é, por definição, abrangente e integral, envolvendo estratégias em diferentes níveis de atenção e espaços institucionais, incluindo unidades de internamento especializado, hospital-dia e centro para atendimento prolongado, bem como a atenção domiciliária.

A atuação articulada nos diversos níveis do sistema de saúde é um importante pressuposto da atenção ao idoso. Sendo assim, é importante a utilização correta do serviço de referência e contra-referência e a estabilização de fluxogramas e rotinas para a realização das ações.

Para entrar nos serviços de saúde, a maioria das pessoas idosas deve fazê-lo pela atenção primária, o que, no Brasil, corresponde à UBS e/ou as USFs, como se vê no desenho dessa política. Entendemos que muito deve ser mudado ou reestruturado na saúde para obtermos um atendimento com qualidade e humanizado não apenas para a pessoa idosa, mas para todos.

Construir uma proposta de política de saúde para a população idosa significa reconhecer os seus direitos de cidadão, tornando-o visível à sociedade e possibilitando o resgate, a manutenção e a construção da sua cidadania. Vale dizer que não se trata de paternalismo ou protecionismo; ao contrário, trata-se de manutenção de direitos, direitos estes que não devem ser expropriados de ninguém com base na condição

etária, pois como se sabe, envelhecer não é sinônimo de incapacidade civil.

A cidadania pode ser conceituada como a qualidade de todo ser humano, como destinatário final de um bem comum de qualquer Estado, que o habilita a ver reconhecida toda a gama de seus direitos individuais e sociais, mediante tutelas adequadas colocadas à disposição pelos organismos institucionais, bem como a prerrogativa de organizar-se para obter esses resultados ou acesso àqueles meios de proteção e defesa (BRITO, 1999). A cidadania aqui é compreendida como direitos políticos, direitos civis e direitos sociais.

A tipologia dos direitos de cidadania como elemento civil corresponde aos direitos necessários à liberdade individualmente de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de justiça; como elemento político deve-se entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido de autoridade política ou como eleitor dos membros de tal organismo; e como elemento social corresponde a tudo o que vai desde o direito mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e de levar uma vida civilizada de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade (FLEURY, 1994). A cidadania social constitui a idéia fundamental do *Welfare State*.

Cidadão é aquele que luta para que todos sejam cidadãos, é aquele que participa, que conquista a sua autonomia, que não é tutelado. A cidadania é adquirida no convívio e necessita ser cultivada, supõe valores éticos e implica educação de espaços individuais para oportunizar ao outro ocupar um espaço que é de todos.

Se pensarmos que ser cidadão é não ser tutelado, o idoso não se inclui nesse paradigma, em face da fragilidade que o leva a ser tutelado inúmeras vezes. Contudo, cumpre refletir que, se o idoso vive em um espaço social e conseqüentemente em uma sociedade, devemos considerá-lo eticamente como um cidadão. Ou seja, entre os princípios éticos que regem uma sociedade, deve existir o respeito ao idoso no sentido mais amplo de suas possibilidades. Esse pressuposto será capaz de garantir o espaço social que os idosos merecem, e que não pode mais ser negligenciado, porque falar do envelhecimento humano é falar da vida, da existência humana e do processo de viver em que todos somos seres envelhescentes.

Na etapa da velhice existe um processo de expropriação de autonomia. Giddens (1993) relata que a autonomia está relacionada intrinsecamente com a emancipação, que significa liberdade e condição de se relacionar com as pessoas de maneira igualitária. Assim sendo, a autonomia é fundamental para o exercício da cidadania.

Todavia, no caso dos idosos a dimensão da liberdade e o exercício da cidadania dependem da criação de condições favoráveis à manutenção de seu poder de decisão, escolha e deliberação. E tais condições serão favoráveis quando a própria sociedade entender e perceber que precisa mudar seus valores em relação ao envelhecimento humano. O envelhecimento não pode ser visto somente de forma temporal, em que contamos dias, meses e anos, mas o tempo interno em que recolhemos nossas lembranças e experiências. Um tempo vivido por nós mesmos, que pertence a cada um, em um tempo intransferível.

O que acontece é que muitos de nós temos dificuldade em perceber que a velhice é mais que uma simples seqüência de anos e acontecimentos. A vida do idoso não se resume ao passado. A vida do idoso continua e sua história pessoal se cruza com as histórias de outras vidas. *“O tempo não é apenas um processo real, é também uma sucessão de eventos, há futuro e um passado que estão em um estado de preexistência eterna de sobrevivência”* (BRAGA, 2001; p. 5). Nesse sentido, enquanto a sociedade não se identificar como envelhecida ou envelhescente ela não conseguirá deixar de considerar o idoso como uma categoria à parte, sem direito a cidadania.

Martinez (1997) aponta que a longevidade das pessoas é o dado epidemiológico e sociológico mais importante do final do século XX. O grande problema é que não estamos preparados para as conseqüências de súbito aumento nas expectativas de vida, que fez surgir uma geração de idosos ainda produtivos, mas sem vagas para o trabalho. E mais: essas pessoas provocaram um aumento nos gastos necessários para que fossem amparados pela previdência social. Por outro lado, a longevidade expõe de modo mais cruel e acentuado a fragilidade dos mais idosos, tornando-os incapazes de se defender e de se manter com suas próprias forças, e por isso acabam dependentes de seus familiares e/ou cuidadores.

A construção da cidadania do idoso é fundamental para o desenvolvimento de um país mais justo. A sociedade deve mudar seu comportamento em relação ao idoso,

pois uma sociedade consciente dos direitos daqueles que envelhecem é capaz de mobilizar o Estado para regulamentar e garantir o espaço (BRAGA, 2001) e ações sociais voltadas para idosos e envelhescentes.

Contudo, quando se trata de envelhecimento, percebe-se uma ausência do Estado nas ações sociais voltadas para os idosos, acarretando uma crise na família, que não tem como cuidar dos seus familiares envelhecidos. O salário é insuficiente para subsidiar as necessidades básicas, a saúde pública é precária e ineficiente para suprir as questões de saúde, tornando-se assim um ciclo vicioso. O Estado o ignora como detentor de direitos e a família o desvaloriza, enquanto a sociedade tenta livrar-se de qualquer obrigação, imputando ao Estado toda a responsabilidade que na verdade deveria ser dividida entre família, sociedade e Estado, como determinam os princípios da PNI – Lei nº 8.842 e o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741. Cumpre-nos assegurar que a cidadania não diminua à medida que os anos passam, impõe-nos garantir que os idosos sejam tratados com ética.

“Entendemos que o direito social mais universal que a população tem é a emancipação, com base na formação do sujeito histórico competente em conduzir seu próprio destino” (DEMO, 1995; p. 95). Entretanto, o idoso nem sempre tem a possibilidade de conquistar a sua emancipação, mas continua sendo um sujeito histórico que contribuiu para o desenvolvimento da sociedade, portanto merece respeito. Ser dependente de alguém porque não conseguiu prover a sua própria subsistência não significa não ter cidadania, mas sim, garantir a vida na busca de alternativas de sobrevivência. Em tais situações, é responsabilidade do Estado garantir com recursos públicos a vida dos que estão fragilizados e/ou dos que buscarem por qualquer outro motivo, quer por cidadania assistida, quer por cidadania tutelada, o importante é que o idoso seja acolhido nas suas necessidades através de um Estado mínimo de proteção social. *“Diante de segmentos populacionais que não conseguem prover a sua própria sobrevivência, faz parte da democracia e do Estado de Direito que seja garantida com recursos públicos, destacando-se os idosos...”*(*ibidem*). A assistência social é um direito social básico que normalmente supõe a formação da consciência crítica e a capacidade de organização política para conquistá-lo, mas por ser reflexo da democracia, sobretudo, é devido, do mesmo modo, aos que, não

podendo elaborar a devida consciência crítica, nem se organizar politicamente, encontram-se em risco de sobrevivência, como nos casos dos portadores de graves deficiências ou idosos.

A assistência detém uma radicalidade própria, que é a indiscutibilidade da sobrevivência. Isto não a torna mais importante do que outros direitos, mas sem dúvida a torna mais imediata. O idoso não tem tempo para esperar, são necessárias ações assistenciais imediatas, mesmo que estas sejam assistencialistas. *“Dentro de uma democracia correta, assistência, a rigor, não precisa ser reclamada, forjada, imposta. Frente a impossibilidade ou incapacidade de auto-sustentação, é simplesmente devida por direito de cidadania”* (DEMO, 1995, p.100).

Mesmo que a assistência tenha uma conotação de dependência, já que a pessoa é necessitada por conta de uma deficiência ou de uma incapacidade, que em muitos casos são definitivas, não se pode afirmar que o idoso não seja um cidadão por necessitar dela; ao contrário, a assistência faz parte da cidadania de direito social democrático. Assim, o idoso passa a ser um cidadão de direitos muito mais do que de deveres.

A assistência deve ser um direito permanente, nas situações em que a sobrevivência é um problema permanente. Por outro lado, encontramos um número reduzido de idosos que não dependem da subsistência de outros para sobreviverem. São pessoas que ao longo de sua vida alcançaram condições favoráveis para garantir uma velhice digna. É um contingente ainda pequeno em relação aos muitos que pouco têm para garantir a sua sobrevivência com a renda mensal, especialmente os idosos residentes no município de Itajaí (SC), em que a renda mensal¹⁸ é insuficiente para prover as suas necessidades básicas, pois 40,3% dos idosos entrevistados disseram que recebem aposentadoria e 59,7% disseram que não. Enquanto 82,7% dos homens declararam estar recebendo aposentadoria, apenas 50,2% das mulheres o fizeram, ($\chi^2 = 88,409$; GL=1; p=0,000). Dos que declararam sua renda individual, incluindo-se aqueles que referiram renda igual a zero, 88,1%; 39,8% idosos referiram receber até R\$180,0/mês; 27,4% mais de R\$180,0 até R\$360,0 e 32,8% disseram receber mais de

¹⁸ Pesquisa do Perfil do Idoso do Município de Itajaí (SC), 2000. Salário mínimo na época = R\$ 180,00 (cento e oitenta reais).

R\$360,0 por mês. A grande maioria (84,2%) divide a renda domiciliar com um número que varia de 1 a 4 pessoas.

Nas condições econômicas precárias em que vive o idoso residente em Itajaí (SC) é mister ampliar as políticas sociais que lhe são pertinentes. Como destaca Villalobos (2000), as políticas sociais têm o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população e conquistar crescentes níveis de integração econômica e social, especialmente dos grupos socialmente excluídos. O Welfare State é uma estratégia que possibilita o desenvolvimento de políticas sociais fazendo com que o Estado seja o principal benfeitor de ações sociais ampliadas para aquelas pessoas que não conseguem prover-se. “O Welfare State na visão social-democrata refere-se ao conjunto de políticas públicas que, no campo social, garante a cidadania universal e a igualdade básica que, por sua vez, se identifica com a noção de equidade” (FLEURY, 1994; p.103).

O Estado pode ser visto como benfeitor e provedor dos meios que permitiriam à população satisfazer suas necessidades básicas, as quais são conhecidas através da identificação dos problemas sociais que afetam uma quantidade significativa da população, como, por exemplo, os idosos, e que devem ser atendidos pelo Estado para garantir condições dignas de vida.

Aqueles aos quais as políticas sociais são direcionadas, expressas principalmente através de benefícios sociais, são considerados como beneficiários destes e caracterizados de acordo com as suas carências mais urgentes; portanto, o idoso torna-se um beneficiário do Welfare State.

Nessa compreensão do papel do Estado do ponto de vista das políticas sociais, a gestão governamental é organizada em setores sociais que dão origem aos hoje chamados “ministérios”. Através dessa organização traçam-se e implementam-se políticas sociais setoriais altamente especializadas em suas respectivas matérias, com importantes componentes assistenciais e tendendo à universalização e equidade dos benefícios por eles fornecidos, como no caso das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (VILLALOBOS, 2000).

Essas políticas sociais são, em grande parte, dirigidas aos grupos sociais mais desfavorecidos. O Estado teria o papel de fornecer-lhes alguns recursos mínimos,

enquanto os benefícios advindos do desenvolvimento econômico não lhes chegassem. Contudo Demo (1996, p. 99) destaca que “a desigualdade é, na verdade, o problema central da pobreza, não a insuficiência de renda”; e que na prática, o país sempre foi viável apenas para os mais ricos; a pobreza (insuficiência de renda) diminuiu sempre que houve um crescimento significativo, mas a desigualdade jamais foi tocada em seu centro, principalmente no neoliberalismo. Uma das formas mais eficientes de investimento social, segundo Draibe (1993), se faz através de políticas de crescimento e de políticas ativas de emprego, possibilitando a erradicação da pobreza.

Mesmo vivendo em um país com desigualdades tão evidenciadas, o Estado tem como responsabilidade essencial desenvolver políticas sociais orientadas por objetivos de equidade, universalidade e integralidade. E no cumprimento do seu papel, o Estado deve ser ao mesmo tempo gestor estratégico, fornecedor e fiscalizador de recursos, produtor e defensor de direitos e incentivador de deveres, além de fomentar a justiça e proteger a cidadania.

Se a Constituição de 1988 significou, conforme Draibe (1990, p. 29), “um certo deslocamento que vai do modelo meritocrático-particularista em direção ao modelo institucional-redistributivo”, que supõe “uma forma mais universalista e igualitária de organização da proteção social no país”, há de se questionar, de fato, a possibilidade de compatibilização deste padrão com aquele definido na proposta neoliberal. Contudo, não há como negar a necessidade precípua de implementação de ações públicas centradas prioritariamente no segmento mais pauperizado da população. Porém, tais ações não devem ser centradas em ações meramente assistenciais que não contemplem paralelamente a transformação estrutural da pobreza, mantendo o clientelismo e a negação de qualquer referência aos benefícios sociais como direito de cidadania.

Guimarães (1993) relata que uma estratégia importante para evitar o clientelismo na distribuição dos benefícios sociais seria a participação e o controle popular na elaboração e na execução dos programas.

Entretanto, as políticas sociais não serão capazes de resolver questões que ultrapassam seu âmbito de atuação, ou melhor, a compensação plena dos altos níveis de miséria e desigualdade prevalecentes no país. Além disso, convém salientar que a

farta disponibilidade de recursos financeiros não é por si só o elemento definidor de políticas sociais mais efetivas e eficazes; é necessário que haja vontade política para implantar ações sociais. O Brasil atingiu níveis de expansão econômica satisfatórios em muitos momentos históricos e até mesmo nos dias de hoje, quando o mercado financeiro se mostra promissor, e nem por isto foi consolidado no país um padrão de proteção social eqüitativo e integral.

A reestruturação, ou reforma, do padrão de proteção social no Brasil estão inexoravelmente ligada ao modelo de cidadania que vem sendo arquitetada por esta sociedade. “A superação dos seus limites é uma tarefa árdua e de longa duração que só terá resultados a partir da conscientização coletiva acerca dos direitos e deveres que cabem a cada agente social” (GUIMARÃES, 1993, p.10).

Porém, devemos avançar em estratégias multi e intersetoriais para alcançar os melhores e mais adequados mecanismos para prestar os serviços de que se precisa. É necessário desenvolver capacidades no Estado para que se cumpram adequadamente as funções de gestão e articulação das políticas e programas sociais e se aprenda efetivamente a trabalhar em conjunto, com todos aqueles atores estratégicos que contribuem para alcançar os objetivos da política social.

Como provedor e gestor principal das políticas sociais, o Estado precisa buscar mecanismos para atender a demanda de providências sociais oriundas do envelhecimento populacional, e dentre elas, a saúde é a mais presente nesse contexto.

As políticas de saúde organizadas no Brasil através de programas e ações de saúde pelo SUS, apoiadas no direito universal da população à saúde, são exemplos do papel do Estado, fornecendo-lhe a real performance de Estado protetor, ou seja, Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*).

O *Welfare State* é prolongamento e extensão do Estado protetor clássico. Esse movimento acontece a partir do século XVIII, sob o efeito do movimento democrático e igualitário. O movimento democrático reivindicou os direitos completos de cidadania para todas as pessoas, incluindo o direito de proteção econômica como atributos da atividade do Estado.

O *Welfare State* surgiu para o governo garantir os padrões de renda, nutrição, saúde, educação e habitação para todos os cidadãos, assegurados como um direito

político e não como caridade (ARRETCHE, 1995). Os valores invocados para defender o *Welfare State*, como: justiça social, ordem política, eficiência ou igualdade dependem do grupo que o defende. Porém, um fato é comum a todos os países: quanto mais rico se tornam, mais semelhantes eles são na ampliação das ações sociais.

As condições econômicas de um país resultam do seu desenvolvimento industrial e social. Em suma, a industrialização opera transformações inevitáveis na estrutura social, como a ênfase na família nuclear e no envelhecimento populacional. E a rapidez na mudança social propicia o surgimento de problemas que necessitam ser atendidos. A relação da industrialização com mudanças sociais e demográficas gera uma demanda por serviços de *Welfare State*. Portanto, a longevidade humana forçará, naturalmente, a ampliação e inovação de programas sociais para os idosos.

O desenvolvimento do *Welfare State* vem reconhecer a responsabilidade coletiva em relação às condições de vida das pessoas, sejam elas idosas, crianças ou adultos, considerando que ninguém é auto-suficiente o tempo todo, em algum momento necessitará de apoio de alguém para manter sua vida.

Para Fleury (1994), o *Welfare State* é um conjunto de medidas políticas de caráter econômico e social que emergiram como resposta ao processo de modernização, viabilizando uma integração mecânica em sociedades industriais com alto nível de mobilização de classes sociais. Assim sendo, o *Welfare State* assenta-se sobre um compromisso de classes, possibilitando a redistribuição da riqueza social para as classes menos favorecidas, cuja participação estava garantida institucionalmente e cuja mobilização requeria uma resposta integradora. Porém, a crise político-econômica atual tem apontado não apenas para os limites desses compromissos originais, mas, sobretudo, para as novas necessidades e possibilidades que essas classes depositam no panorama político, em termos de bases sociais para um novo compromisso societal.

O desafio que o *Welfare State* enfrenta corresponde à incapacidade das instituições governamentais e não-governamentais de se adaptarem aos modernos desafios colocados pela sociedade, recriando as condições de integração social. O envelhecimento da população e a necessidade de um novo contrato entre gerações podem ser vistos como um dos desafios atuais mais evidentes a serem enfrentados pela

sociedade contemporânea.

Na pesquisa do perfil dos idosos de Itajaí (SC) foi identificado que 81,4% apresentaram algum problema de saúde e quanto ao número de problemas de saúde, 71,9% apontaram de um a quatro problemas de saúde e 9,7% relatam ter mais de quatro problemas de saúde. Os problemas de saúde referidos com maior frequência foram: hipertensão arterial (36,9%); doenças osteomusculares (27,9%); doenças cardiovasculares (16,0%) e diabetes mellitus (14,7%). Entre os que referiram problemas de saúde, 50,9% disseram que eles atrapalham as suas atividades diárias.

É freqüente encontrarmos múltiplas patologias nos idosos e estas, na sua maioria, são atendidas nos serviços públicos de saúde. Quanto à utilização dos serviços de saúde, na questão da procura em primeiro lugar quando se está doente ou necessitando de atendimento médico, verificou-se que os idosos buscam: o SUS/policlínica/postos de saúde (58,4%); médicos ou hospitais credenciados pelo seu plano de saúde (19,9%); médicos ou clínicas particulares (10,5%). Verificamos que a maior parte dos idosos é acolhida pelo SUS para realizar a consulta médica e o acompanhamento clínico, mas nem todos são atendidos de acordo com as diretrizes do SUS; 55,0% relatam haver algum tipo de problema na utilização dos serviços de saúde, sendo que os itens de maior insatisfação recaem na dificuldade de agendamento dos exames clínicos prescritos (64,6%); no custo dos medicamentos prescritos (45,6%); na demora para marcar consultas (31,5%); no custo dos serviços de saúde (29,9%) e no tempo de espera para ser atendido(a) no consultório (22,3%).

Como percebemos, a demanda é grande e significativa, tanto em procura para atendimento em serviços públicos de saúde, quanto em dificuldades encontradas pela população idosa para ter o acesso e para conseguir os insumos e instrumentos necessários para a manutenção da sua saúde. Impõe-se, portanto, encontrar meios para que tais entraves sejam minimizados pelo serviço público de saúde, caso contrário o Estado deixa de desempenhar o seu papel principal de Estado protetor.

Embora tenha o papel de proteger seus cidadãos, muitas vezes o Estado enfrenta dificuldades econômicas que interferem nas suas ações sociais. Segundo Janowitz (1976) citado em Draibe & Henrique (1988, p. 62), *“um dos aspectos dos dilemas atuais do Welfare State reside nos problemas financeiros derivados da crise*

econômica. A incapacidade da economia de elevar a produtividade, mais a escalada inflacionária, aliadas à elevação das necessidades sociais, impõem restrição à expansão dos gastos sociais”. Acrescentam ainda que:

a argumentação central que desenvolve sobre a crise dos sistemas sociais públicos (enquanto concepção e desenho de práticas e instituições estatais) diz respeito à sua incapacidade de gerar um “sistema de legitimidade auto-sustentado”, acirrando, assim, o conflito sociopolítico mais que criando consenso. (p. 62)

As dificuldades essenciais de manter o *Welfare State* advêm de seus efeitos diretos sobre os regimes políticos e da inabilidade das elites políticas dos regimes democráticos em governar e efetivamente transformar as instituições básicas em locus de atenção. É necessário que a sociedade tenha interesse em criar uma ordem social que extirpe as formas de controle coercitivo, por exemplo: liberdade de expressão, acesso aos serviços de saúde, emprego e educação, entre outros; alcançando um espaço mais eqüitativo.

Entretanto, a crise financeira não é a principal causa de eliminação ou redução de ações sociais, até porque existem mecanismos que minimizam tal colapso, como a diminuição das cotizações sociais compensadas por crescimento da carga fiscal. Além disso, os programas sociais poderiam ser financiados pela elevação da produtividade decorrente das inovações tecnológicas e maior tributação da riqueza e da renda. O problema é que reduzir a crise financeira de um país exige modificações do equilíbrio social existente entre indivíduos, categorias sociais e agentes econômicos, gerando um verdadeiro impasse financeiro. Portanto, para aplicar o *Welfare State* é importante que haja mudanças de ordem cultural e sociológica, em que a política social possa ter um papel decisivo e indispensável na estruturação de um desenvolvimento econômico com objetivos sociais.

A criação de empregos, o desenvolvimento econômico, a implantação de novas atividades na economia são aspectos importantes para desenvolver com qualidade uma política social. O Estado deverá estar preparado para impor os objetivos sociais às atividades econômicas, para corrigir os desequilíbrios engendrados pelas forças do mercado, para melhorar as correntes de informação, para assegurar maior participação

do público nas decisões da sociedade e do Estado (DRAIBE & HENRIQUE, 1988).

As políticas propostas em outros setores devem estar orientadas para servir os objetivos da política social. A intersetorialidade pode servir como ponto forte de apoio às políticas sociais. Junqueira (2002) destaca que intersetorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar resultado sinérgico em situações complexas, visualizando o desenvolvimento social, superando, assim, a exclusão social. O que se sugere é um mais alto grau de socialização e controle sobre os meios de produção, distribuição e troca nos setores sociais, de tal modo que as provisões de benefícios sociais, como a saúde, sejam consideradas como um direito social, mais que um custo privado.

Portanto, os custos dessa provisão deveriam ser cobertos através da distribuição social dos ganhos de elevação de produtividade nos diversos setores econômicos. Para tanto, é necessário um planejamento democrático que abra espaço à efetiva participação do Estado, controle social e população usuária do SUS nos processos de decisão política, mantendo os valores de equidade social e democratização de todos os espaços vitais. Fagnani (1999) enfatiza que, apesar de seu discurso distributivista, na segunda metade da década (1993 – 1998), o Governo Federal Brasileiro conduziu as políticas sociais de forma incompatível com medidas de ajuste macroeconômico, fazendo com que avanços da área social fossem minados pelos ajustes da política econômica. Todavia, não é possível afirmar que as mudanças na estrutura institucional das políticas sociais no Brasil ocorridas ao longo da década de 90 resultarão, necessariamente, em um modelo de *Welfare State* efetivamente mais distributivo (SOUZA, 2001).

Cohn (2000, p. 2) é cética ao dizer que a inovação e as reformas setoriais ocorridas da segunda metade da década de 90, no Brasil: “ *se configuram como um simples desmonte do modelo getulista da era desenvolvimentista, sem no entanto superar na sua essência o padrão tradicional de ação do poder instituído frente à questão da pobreza, ou, mais precisamente, dos pobres*”.

Esse pensamento também atinge assuntos relativos à organização de prestação de serviços sociais. Como no Brasil existe uma diversidade de prestação de serviços sociais, a descentralização dessas políticas pode diminuir a chance de atuação sobre as

desigualdades regionais, pois reduz a capacidade de transferências federais para regiões mais pobres. Souza (2001) indica que a descentralização da saúde foi feita se avaliar adequadamente a capacidade administrativa e financeira dos municípios para a prestação desse serviço.

Mudanças como a descentralização ou articulação institucionais podem ter pouco ou nenhum efeito real sobre as condições de vida da população. Tudo indica que melhores processos de produção têm maiores chances de gerar produtos melhores e, portanto, que essas melhorias têm boas possibilidades de se converter em benefícios reais para a população; só o tempo dirá se essa projeção é verdadeira.

O Estado brasileiro utiliza, ao menos até a metade da década de 1990, as políticas sociais como instrumento de legitimação da ordem política e social e fornecimento de mão-de-obra assalariada à indústria. A partir deste período, o *Welfare State* brasileiro passa por diversas mudanças de caráter organizacional, mas ainda não é possível afirmar se as mudanças nas estruturas institucionais das políticas sociais resultarão, necessariamente, em um modelo de *Welfare State* efetivamente mais distributivo (SOUZA, 2001).

O caráter distributivo do *Welfare State* brasileiro foi comprometido, segundo Souza (2001, p. 21):

primeiro pela elevada segmentação da sociedade resultante de um modelo de desenvolvimento concentrador; segundo, pela ausência de coalizões entre trabalhadores industriais e não industriais; e terceiro, por uma burocracia com baixos níveis de autonomia em relação ao governo. As políticas sociais são estruturadas com base em princípios de autofinanciamento e distribuídas por critérios particularistas, o que não apenas limita o universo de beneficiários, como também torna os gastos sociais extremamente regressivos.

Mesmo que o modelo de *Welfare State* não esteja mais tão distributivo na década atual, é importante que os idosos, como usuários do SUS e atores sociais sejam ouvidos e atendidos nas suas necessidades essenciais, através de políticas sociais comprometidas com a questão do envelhecimento humano e populacional. Propor e planejar uma política de saúde para um cliente tão especial, como os idosos, significa imaginar todas as eventuais nuances a serem enfrentadas durante todo o processo de

atendimento, desde o seu recebimento na UBS até o atendimento domiciliário, visualizando, inclusive, o idoso fragilizado e o não-fragilizado.

Utilizar a infraestrutura já existente e consolidada da rede pública municipal de saúde de Itajaí (SC) sem desestruturar nenhum programa de saúde implantado foi condição primordial para desenhar esta proposta. Contudo, o olhar permaneceu na possibilidade de que as ações propostas fossem viáveis de serem desenvolvidas e providas pelo Estado através do serviço público municipal de saúde. Portanto a somatórias das ações inseridas especificamente para a população idosa formaram a proposta desta política de saúde. Buscar a melhor forma de propor uma política de saúde pensando na sua operacionalização utilizando o Estado como principal provedor dos serviços oferecidos foi desafiante e instigante durante todo este processo de construção.

Elaborar estratégias para atender a demanda de idosos nos serviços públicos de saúde é desafio a ser enfrentado por todos nós, profissionais de saúde, gestores ou não dos serviços.

O compromisso de atender a população idosa em todas as suas necessidades deve ser priorizado, haja vista a urgência no atendimento, em virtude da fragilidade decorrente do processo de envelhecimento. Infelizmente são poucos os municípios que apresentam ações de saúde específicas para a população idosa, que é atendida com os demais usuários do SUS, embora entendamos que o idoso carece de um acolhimento mais especializado e imediato, sem burocracia nem barreiras na assistência.

Ter o Estado como provedor dos serviços de saúde vem ao encontro do desejo e da necessidade de cada cidadão idoso que muito contribuiu e contribui para o desenvolvimento da sociedade e que neste momento precisa da assistência do Estado.

Ao conquistarem com a NOB-SUS/ 96 a possibilidade de descentralização da gestão, dando maior autonomia ao planejamento estratégico das ações de saúde, conforme a situação epidemiológica apresentada na região, os municípios também aglutinaram maior responsabilidade com essas ações, que devem ser de qualidade, gerando maior resolutividade para o problema apresentado. Sendo assim, é mister que os municípios tenham um plano municipal de saúde atualizado e voltado para a população em geral, do contrário, não terão um norte para direcionar as ações de

saúde, inviabilizando a captação de recursos para o fundo municipal nas demais esferas de governo, para subsidiar as inovações nas ações relativas à saúde local.

Segundo a Lei Orgânica Municipal, no seu art. 183 – parágrafo 1º e 2º, o sistema municipal de saúde de Itajaí é financiado com recursos do Município, do Estado, da Seguridade Social, da União e de outras fontes. O volume mínimo do orçamento anual previsto para os gastos na área da saúde no município de Itajaí corresponde a 15% das receitas correntes, excluídas as de contribuição de melhorias, taxas e outras receitas vinculadas. Os recursos financeiros do Sistema Municipal de Saúde serão administrados por um Fundo Municipal de Saúde (FMS), vinculado e subordinado à SMS em consonância com as Normas de Operação Básica – NOB/SUS/96, Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS/01 e EC 29.

Fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros é obrigação dos conselhos de saúde, das assembleias legislativas, das câmaras municipais, dos tribunais de contas e do Ministério Público (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O capítulo VI da Lei Orgânica Municipal destina-se exclusivamente à saúde de seus munícipes. O art.179 coincide com o art.197 da Constituição Federal, vindo ao encontro da Lei 8.080 de 19/09/1990 - LEI ORGÂNICA DE SAÚDE (LOS) no seu art 2º: “*a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício*”. O parágrafo 1º acrescenta ainda que é dever do Estado garantir a saúde através de políticas sociais de qualidade que visem ao acesso universal e igualitário e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade de vida dos seus munícipes. Todavia, não basta haver coerência nas leis das diversas esferas governamentais é necessário que haja ações concretas colocá-las em prática mais rapidamente.

A mesma lei municipal, no capítulo V, referente ao serviço social (art.152), dispõe que o Município, dentro de sua competência, deve desenvolver programa e projetos de assistência social com o objetivo de atender a quem delas necessitar e tem como objetivo – parágrafo I: proteger a família, maternidade, a infância, a adolescência e a *velhice*; ainda nesse mesmo capítulo (art.160), prevê que é dever do município garantir condições para que a criança, o adolescente e o *idoso* permaneçam com a família em toda as circunstâncias (parágrafo III). Nessa mesma lei, na seção II –

art. 173, encontramos questões específicas ao idoso, como: é dever do poder público municipal desenvolver uma política destinada a amparar a *pessoa idosa*, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida.

Portanto, se somarmos o que diz a Constituição Federal (1988), a PNI (1996), o Estatuto do Idoso (2003) e a Lei Orgânica Municipal de Itajaí (SC), temos subsídios jurídicos suficientes para garantir que tal política de saúde voltada para a população idosa seja concretizada através da mobilização do Estado em implantar uma política de *Welfare State* municipal; contudo, é importante que haja vontade política e planejamento adequado para concretizá-la.

Ao verificarmos o desenho desta proposta, observamos que falta criar muito pouco: serviço de saúde odontogeriátrico, inserido no programa de saúde bucal, e o programa de reabilitação/habilitação, ambos instrumentos importantíssimos para garantir saúde e autonomia aos idosos. O CDI e a atenção domiciliária ao idoso são ações que o valorizam como um cidadão de direito, porque muitas vezes lhe prestam o atendimento, antes de haver o comprometimento patológico, auxiliando na atenção primária.

Nos demais programas de saúde existentes há necessidade de visualizar o idoso como um ser humano de direito ao acesso equitativo e igualitário ao SUS como qualquer outro cidadão, portanto em muitos programas foi necessário incluir o termo **idoso** para que ele não ficasse à margem das demais etapas de vida ressaltadas nos programas de saúde.

Entretanto, para implementar essa política e operacionalizá-la, é importante que haja o preparo teórico-prático dos funcionários do SUS, sejam profissionais da saúde, sejam profissionais do administrativo ou do controle social. Portanto, foi previsto que primeiramente haveria um processo denominado tecnologia da informação, em que seria incluída uma capacitação sobre o envelhecimento saudável abordando várias temáticas relacionadas ao envelhecimento humano, por meio de instrumentos técnicos, como livros, PNI, Estatuto do Idoso e documentos da OMS, entre outros.

Além da capacitação foi necessário desenhar o fluxograma para o atendimento do idoso no SUS, tendo como porta de entrada a UBS, lócus de vinculação do usuário

com a ABS. Nesse fluxograma está prevista a aplicação de um instrumento denominado protocolo de avaliação multidimensional do idoso, juntamente com o manual¹⁹ que serve como referência para a sua utilização.

Também foi sugerido que se encontrem mecanismos para avaliar os serviços de saúde para idosos possibilitando um ir e vir, dentro de um processo de construção coletiva, melhorando aquilo que necessita ser reconstruído.

A intersectorialidade é um ponto importante a ser conquistado, especialmente quando se trata de idosos. É mister invadir para outras áreas do saber, principalmente se contribuir para alcançar os objetivos propostos. Buscar novos parceiros e sair do casulo faz parte do crescimento e do desenvolvimento de algo que se almeja muito. As políticas de saúde estão diretamente imbricadas com a área da educação; do desenvolvimento social; do planejamento e desenvolvimento urbano e com a vigilância epidemiológica. Para Junqueira (2002), a intersectorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, pois segundo esse autor, isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses.

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento promovido pela ONU (2003), prevê nas suas ações a intersectorialidade para o alcance das suas metas, objetivos e compromissos, que são: *“assistência à saúde, apoio e proteção social aos idosos, inclusive os cuidados com ação preventiva e de reabilitação”*; acrescenta ainda que é necessário investir em *“capacitação de idosos para que participem plena e eficazmente na vida econômica, política e social de suas sociedades, inclusive com trabalho remunerado ou voluntário”*. (p. 30) E ensina também que a capacitação permanente e o acesso à educação das pessoas idosas são necessários para o desenvolvimento dos países subdesenvolvido, englobando vários atores sociais e políticos para dar conta da demanda instalada na obtenção de seus propósitos. Uma sociedade deve ser construída para todas as idades; portanto, que os idosos tenham a oportunidade de continuar contribuindo para essa sociedade.

Outro fator que pode ser visualizado na questão da intersectorialidade

¹⁹ Ambos os instrumentos deverão ser construídos posteriormente.

relacionada com o desenvolvimento social corresponde ao voluntariado. Voluntário é um adjetivo que qualifica aquele que age espontaneamente. Contudo, o grande desafio dos dias atuais é encontrar pessoas que apliquem seu tempo disponível para ajudar o próximo com atividades voluntárias. O idoso em busca de uma ocupação criativa de seu tempo livre, tanto para a formação de amizade quanto para a realização de atividades prazerosas, mostra-se também disponível para dedicar-se às pessoas mais necessitadas, através de ações planejadas de voluntariado. Com uma proposta educativa definida, o idoso incentiva pessoas e grupos a adquirirem uma compreensão mais ampla dessa etapa de vida e a desenvolverem a consciência de seus direitos e deveres de cidadão. Conforme a OMS (2004), as pessoas idosas desempenham um papel cada vez mais importante, através do trabalho de voluntário, transmitindo sua experiência e conhecimento.

A intersectorialidade referente ao planejamento e desenvolvimento urbano relacionado ao envelhecimento humano diz respeito à implantação de uma cidade saudável para idosos e envelhescentes. No entanto, é importante que os próprios idosos participem desta proposta, haja vista que eles são os atores principais do processo. Criar lugares que lhes possibilitem passeios ao ar livre com segurança e sinalizar os espaços urbanos para seu melhor deslocamento é o mínimo que pode ser feito para desenvolver a promoção da saúde dos munícipes idosos.

A parceria com a vigilância em saúde é uma questão de necessidade fundamental em se tratando das questões arroladas com o envelhecimento. Sem tal parceria não poderia haver uma saúde de qualidade, porque não existiria o instrumento direcionador e controlador dos agravos a serem enfrentados na busca de solução. Portanto, a intersectorialidade diz respeito a toda e qualquer parceria, governamental ou não, necessária para se alcançar um Estado protetor.

Buscar alternativas de atendimento a essa população envelhecida significa alcançar um novo olhar social valorizando o idoso como cidadão de direito e que necessita ser olhado de forma especial pela sociedade e pelo Estado. Como diz Py (1996, p.12), *“aí estão os velhos. Muitos e mais, cada vez mais, ganhando visibilidade pela força da presença, aí estão, a exigir desta sociedade, que, lhes prolongando os dias, se ocupe, agora, de assegurar condições de dignidade para a velhice”*.

Os anos de vida prolongados conquistados pela longevidade humana de nada servem quando não temos estudos que definam ou proponham políticas sociais para esse segmento, proporcionando e garantindo aos idosos uma vida digna. O envelhecimento é uma questão de desenvolvimento. Idosos saudáveis são uma fonte de recursos para a família, para a sociedade e para o Estado, portanto devemos investir em políticas públicas que possam atender a essa população envelhecida.

CAPÍTULO VII

Considerações Finais

*No mistério do Sem-Fim, equilibra-se um planeta.
E, no planeta, um jardim,
E, no jardim, um canteiro: no canteiro, uma violeta,
E, sobre ela, o dia inteiro,
Entre o planeta e o Sem-Fim, a asa de uma borboleta.
Cecília Meireles*

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar a este capítulo, paro e reflito sobre todos os momentos e etapas passadas e presentes vivenciadas durante todo este processo de trabalho de pesquisa. Sinto que construímos uma proposta bastante relevante para ser implantada no serviço público, beneficiando não somente a população idosa, mas a todos os residentes em Itajaí (SC).

Trabalhar com a temática do idoso e políticas de saúde tendo como pano de fundo o *Welfare State* foi desafiante e ao mesmo tempo gratificante, mas há de se concordar que esta proposta exige um esforço de mudança e de comprometimento de todos os atores sociais e políticos para que possa ser implantada de forma efetiva em benefício da população.

As proposições da justificativa deste estudo continuam evidentes, haja vista o envelhecimento populacional no mundo e no Brasil que estamos vivenciando; a Constituição da República Federativa do Brasil e a Declaração Universal dos Direitos Humanos permanecem as mesmas, fornecendo a garantia dos direitos de qualquer cidadão brasileiro; a PNI foi reforçada com o Estatuto do Idoso (2003); o idoso continua sendo um cidadão de direitos muito mais do que de deveres, e esperamos que ainda exista a vontade política, após as eleições, de implantar esta proposta na municipalidade.

Uma revolução demográfica está ocorrendo mundialmente. Existem hoje em torno de 600 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, e esta cifra se duplicará até o ano de 2025, chegando a 1 bilhão até 2050 (8% a 19%), enquanto o percentual de crianças cairá de 33% para 22%, principalmente nos países em desenvolvimento (OMS, 2004). Essa projeção estatística exige mudanças de atitude, das políticas e de práticas em todos os níveis e em todos os setores, para que possamos atender a demanda advinda com o envelhecimento humano até a primeira metade deste século.

O município de Itajaí (SC) apresentou no último censo do IBGE (2000) um percentual de 7,5% de idosos, valor inferior (1%) à média nacional (8,5%) e estadual (8,5%). No entanto, em números absolutos temos um total 11.106 pessoas idosas

necessitando de atendimento, e pode ser bem mais, porque muitos dos recenseados estavam por completar 60 anos no momento da coleta de dados. Se as projeções estatísticas nacionais se confirmarem, em 2025 teremos uma população de 15% de idosos, podendo quadruplicar-se nos próximos 50 anos. Se o município de Itajaí (SC) acompanhar esse quadro, necessitará de políticas sociais concretas para proporcionar um envelhecimento saudável aos seus munícipes.

Tal mudança demográfica apresenta um problema importante em matéria de recursos econômicos. Embora os países desenvolvidos tenham podido envelhecer gradualmente, enfrentam problemas próprios entre o envelhecimento e o desemprego e a sustentabilidade das aposentadorias, já os países emergentes enfrentam os mesmos problemas de desenvolvimento simultaneamente com o do envelhecimento da população (OMS, 2004). Portanto, é imprescindível criar uma política de envelhecimento que proporcione às pessoas um envelhecer digno, que a maior duração de vida se dê com qualidade, segurança e sem discriminação de qualquer espécie.

As políticas sociais envolvendo o envelhecimento devem ser cuidadosamente examinadas sob perspectiva de desenvolvimento que inclua ações que favoreçam a maior duração de vida com qualidade, criando ambientes propícios e favoráveis ao viver saudável.

Embora as políticas concretas devam ser planejadas de acordo com a realidade presente do país e da região, o envelhecimento populacional é uma força universal e tem tanto poder de transformar o futuro quanto o acontecimento da globalização. Os idosos estão aos poucos se apoderando dessa situação e buscando cada vez mais os seus direitos. Estão saindo da “cadeira de balanço” para reivindicar ações políticas concretas que facilitem a sua sobrevivência.

Os idosos contemporâneos não buscam apenas os seus direitos, eles hoje são atuantes e contribuem com a sociedade. Exemplo disso é que estão cuidando dos seus familiares doentes com Aids e até criando os órfãos de seus filhos. Entretanto, as atividades não se restringem ao ambiente familiar, elas ultrapassam as fronteiras dos laços familiares para desenvolver atividades voluntárias em diversas instituições, associações comunitárias e outras, podendo atender pessoas enfermas ou realizar atividades lúdicas, culturais e esportivas. Os idosos possuem a vantagem de terem

vivido mais, podendo assim transmitir seu conhecimento e experiência aos diversos segmentos sociais.

Contudo, a contribuição dos idosos na sociedade depende das condições de sua própria saúde, que, por sua vez, depende das políticas sociais adequadas de atendimento adotado no país. Manter o idoso ativo e o maior tempo possível inserido na sociedade, especialmente no meio familiar, é um marco a ser alcançado para obtermos um envelhecimento saudável.

A política nacional de saúde do idoso fundamenta a ação de saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, na conformidade do que determinam a LOAS e a PNI. A preservação da autonomia das pessoas na defesa da sua integridade física e mental é também a essência dessa política de saúde, porque tanto os agravos físicos como os mentais podem levar à dependência e conseqüentemente à perda da capacidade funcional, fato que torna a pessoa fragilizada e dependente de ajuda para a realização das suas atividades cotidianas. Portanto, mais uma vez se reforça a importância de ações voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde para chegar a um envelhecimento saudável.

Esse mesmo pensamento é compartilhado pelo Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2003), que tem como orientação o pleno acesso dos idosos à assistência e aos serviços de saúde, que incluem a prevenção de doenças e reconhece que as atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças ao longo da vida devem centrar-se na conservação da independência, na prevenção e na duração das doenças e na atenção da invalidez, bem como a melhoria da qualidade de vida dos idosos já incapacitados.

A única forma que temos de viver é envelhecendo. Existe um tempo cronológico que determina a idade para sermos considerados idosos, mas sabemos que cada pessoa apresenta um processo de envelhecimento peculiar, relacionado com fatores intrínsecos e extrínsecos. Portanto, apenas o tempo vivido não basta para determinar o envelhecimento. Encontramos muitos idosos ativos que não estão preocupados com a quantidade de tempo que têm para viver, mas que estão vivendo esse tempo. Outros se preocupam mais com os anos passados. Todavia, tanto um quanto outro desejam aproveitar bem o seu tempo de forma independente e em pleno

gozo da sua cidadania.

Os idosos devem ser participantes ativos no processo de desenvolvimento da sociedade, que é construída por todas as idades. Assim sendo, os idosos precisam receber tratamento justo e digno, independente da existência de incapacidades ou de outras circunstâncias que prejudiquem o exercício de seu direito de cidadão.

O idoso é um ser político que no pensamento de Demo (2002, 11) “*é aquele que sabe planejar e planejar-se, fazer e fazer-se oportunidade, constituir-se sujeito e reconstruir-se de modo permanente pela vida afora, exercer sua liberdade e sobretudo lutar contra quem a queira limitar, gestar-se cidadão capaz de história própria...*”. O fato de ser idoso não interfere nada na participação social e pouco interfere no crescimento pessoal, ele tem potencialidades e qualidades políticas exitosas que precisam ser aproveitadas na sociedade. Nesta situação o idoso passa a ser um cidadão de deveres também e não unicamente de direito.

Porém, tais contribuições só podem ser asseguradas se as pessoas idosas desfrutarem de adequados níveis de saúde para os quais as políticas sociais devem ser direcionadas. Todos os documentos que norteiam a construção de políticas para o envelhecimento têm algo em comum: a preocupação de promover um envelhecimento saudável e, conseqüentemente, ativo. A boa saúde é um bem inestimável das pessoas.

Embora muitos idosos não consigam alcançar um envelhecimento saudável por diversos fatores, temos um número significativo de idosos independentes e que continuam realizando suas atividades laborativas remuneradas. Para estes, as políticas também devem ser direcionadas.

Políticas sociais sólidas, em especial a política de saúde, tornam-se um pilar de sustentação das ações do Estado. Políticas sociais devem ser, sempre que possível, emancipatórias, unindo a autonomia econômica com a autonomia política. Portanto, o processo de emancipação fundamenta-se em dois pontos: o econômico voltado para a auto sustentabilidade, e o político, plantado na cidadania.

Trabalhar, produzir e participar sempre fizeram parte da condição humana de estar presente no mundo. Entretanto, existem momentos na vida em que a pessoa deixa de estar nessa condição, sentindo-se à margem da sociedade porque não encontra uma forma de autoprover-se. Em tal situação, dizemos que elas necessitam de auxílio de

outros para garantir a sua sobrevivência, mas de forma alguma ela deixa de ser um cidadão de direito.

Aceita-se que em todas as sociedades existem grupos populacionais que se não auto-sustentem, ou que não deveriam preocupar-se com isso, cabendo assim, sobretudo ao Estado, a obrigação de assistir. “*Trata-se, portanto, de assistência devida por direito de cidadania*” (DEMO, 1994, p. 26). Esse direito é reconhecido de modo formal ou informal, à sobrevivência condigna, comprometendo-se a sociedade a assistir tais grupos, particularmente através do Estado, criado e mantido por ele mesmo. A Constituição Federal (1988) congregou, entre os direitos sociais, também o direito à assistência, englobado no conceito de seguridade social, saúde, previdência e assistência (Ibidem).

Portanto, se o Estado tem o papel de ser o principal provedor de políticas sociais, ele se torna um Estado protetor (*Welfare State*), o qual protege através de ações sociais os seus cidadãos. Como relata Demo (2002, p. 26), “*o Estado é a instância delegada de serviços públicos*”. Por ser uma instância procuradora, os delegantes precisam preocupar-se com a qualidade de sua instalação e funcionamento. A procuração foi passada aos delegantes pelo voto, portanto o eleitor tem direito de reivindicar melhores condições de atendimento no espaço público, que por sua vez é mantido com os impostos pagos pelos cidadãos contribuintes, com o seu próprio dinheiro, razão pela qual é mister que se tenha a garantia de um serviço de qualidade.

Entretanto, é notório que o Estado não investe o necessário para atender a demanda. Na prática, deixa-se a política social de lado, à espera de melhor situação econômica. Porém, é certo que não se pode fazer política social redistributiva, emancipatória, sem recursos adequados.

Diante disso, vivenciamos um impasse político e econômico em relação às políticas sociais: se existem, os recursos podem não ser utilizados para os fins sociais, e se não existem, não há política social. Todavia, o Brasil é considerado um país rico em franco desenvolvimento e, portanto, tem possibilidades de ampliar e inovar as suas ações sociais, especialmente as relacionadas com a saúde. Um país que cuida dos seus cidadãos e os protege também investe no futuro, e conseqüentemente tem maior probabilidade de alcançar um desenvolvimento sustentável.

Entre as conquistas políticas adquiridas pela cidadania e pela democracia estão também aquelas que atribuem ao Estado o dever de equalizar chances, sobretudo em favor daqueles que carecem de assistência para garantir a sua sobrevivência, como, por exemplo, os idosos, principalmente os que se encontram em risco de morte.

Dain et al. (2000, p. 32) relatam que “*o sistema de saúde baseado no princípio da solidariedade, que oferece aos indivíduos o acesso aos serviços de saúde de acordo com a sua necessidade e não com a capacidade de pagamento, continua sendo a parte mais redistributiva do Welfare State*”. Ter acesso aos serviços de saúde é um direito de todos, idosos ou não. Desse modo, o *Welfare State* não pode ser visto como caridade, mas sim como um direito conquistado, em que o Estado é responsável pela manutenção dos direitos básicos para o alcance da qualidade de vida e da sobrevivência.

O direito ao acesso dos serviços públicos de saúde se refere ao direito à assistência, e esta faz parte da democracia e da cidadania. E no caso dos idosos, esse direito passa a ser estrutural, que, de acordo com Demo (1994), é um direito devido, por questões de democracia e cidadania, a grupos populacionais que não se auto-sustentam, sendo a maneira mais sólida de realizar o direito à sobrevivência. Nesse contexto, o idoso passa a ser um cidadão muito mais de direitos do que de deveres, sendo necessária a sua manutenção com recursos do Estado, pois nessa situação o idoso deixa de ter uma cidadania emancipatória para ter uma cidadania tutelada ou assistida. Contudo, necessitar de assistência do Estado não é o contrário de cidadania, mas parte dela. Ter assistência significa ter direito à sobrevivência.

Assistência não deve ser confundida com assistencialismo. O assistencialismo significa sempre o cultivo do problema social sob a aparência da ajuda, na concepção de Demo (1994). Já a assistência corresponde a um direito humano. Portanto, cabe ao Estado cumprir adequadamente esse papel, sobretudo não rebaixar a assistência para assistencialismo.

A política de saúde proposta neste estudo faz referência à forma de assistir o idoso nos diversos programas de saúde existentes no município de Itajaí (SC), sem desestruturar o sistema de saúde vigente, até porque as estratégias propostas são exequíveis e não têm a intenção de sustentar o assistencialismo; ao contrário,

pretendem garantir a assistência aos idosos com qualidade e eficácia, possibilitando maior resolutividade dos problemas.

Construir uma proposta de política de saúde para a população idosa foi desafiante e contagiante, mas ao mesmo tempo instigante. Obstáculos existiram, principalmente naqueles momentos em que necessitava de informações mais precisas. O serviço público municipal de saúde possuía escassos instrumentos teóricos que pudessem dar os subsídios iniciais para a construção desta proposta. Assim, tivemos de construir um instrumento montado na forma de diagrama que oportunizasse ao grupo de trabalho visualizar a capacidade estrutural de atendimento de saúde na municipalidade. Para isso, foi entrevistada a responsável por cada programa de saúde existente e também a responsável pelo DAIS, para compreender o fluxo utilizado na rede municipal de saúde, desde o acolhimento do usuário do SUS na UBS até os encaminhamentos de referência e contra-referência. Imaginávamos que as informações estivessem descritas no Plano Municipal de Saúde, mas não estavam. Esse procedimento foi fundamental para a construção da presente proposta, pois do contrário não teríamos subsídios teórico-práticos que norteassem o início de nosso trabalho.

Como foi comentado anteriormente, esta proposta foi construída com base nos programas de saúde existentes. Tivemos a preocupação de não desestruturar nenhum dos programas, ao contrário, procuramos implementar as ações existentes com o olhar para ações específicas para a população idosa, utilizando como referencial o *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar. Dessa forma conseguimos alcançar os objetivos deste estudo que era **propor subsídios para a operacionalização de políticas públicas de saúde, incluindo nos programas de saúde já existentes no município estratégias de atendimento de saúde específicas para o idoso ainda não contemplado no Plano Municipal de Saúde, tendo como norte o Estado de Bem-Estar da população idosa residente no município de Itajaí (SC)**. Portanto, esta proposta diz respeito, especificamente, à população idosa de Itajaí (SC), mas certamente poderá servir como exemplo para outros municípios.

A questão norteadora de todo este estudo estava centrada em responder: Como o Estado de Bem-Estar à população idosa pode ser contemplado numa estratégia de

operacionalização de políticas públicas de saúde de um município? A resposta é afirmativa: é possível contemplá-lo através de estratégias de operacionalização de políticas de saúde, tendo o Estado de Bem-Estar ou *Welfare State* como principal provedor e gestor dessa política. Todavia, é necessário que haja um planejamento e implantação das ações para curto, médio e longo prazo, e que tais ações estejam descritas no Plano Municipal de Saúde para que possam entrar no orçamento do município. Porém, se não houver vontade política do gestor municipal, do controle social e de todos que direta ou indiretamente estão envolvidos em melhorar as condições de vida do idoso itajaiense, esta proposta não sairá do papel. Estamos vivendo momentos de eleição municipal e esperamos que o gestor eleito esteja comprometido com a questão do idoso, especialmente na consolidação desta proposta ou de outras que venham a beneficiar a população idosa.

Os governantes que se encontram na situação de comando devem reconhecer a importância de estar assistindo a sua população de forma holística e sistêmica e isso envolve uma mudança de visão de mundo. Essa mudança diz respeito à sua percepção da natureza, do ser humano e deles mesmos. Se pensarem que o envelhecimento é sinônimo de impossibilidades e de finitude, tenderão a não fazer nada; mas se refletirem que é uma etapa de vida com grandes possibilidades, colocando-se na posição de que também estão envelhecendo e que certamente serão os idosos deste século, talvez tenham consciência e se preocupem com as condições de vida dessa parcela da população, mesmo porque estão preparando o seu próprio futuro.

Muitas pessoas acreditam que a velhice é um estado de espírito, que independe da idade cronológica. Estudos têm demonstrado que os idosos possuem uma perspectiva mais positiva em relação à velhice do que a que os adultos têm dos idosos (NERI, 2001).

Se observarmos a proposta de política de saúde para a população idosa aqui apresentada, em conjunto com o diagrama dos programas de saúde da rede municipal de saúde de Itajaí (SC), verificaremos que poucas estratégias devem ser incluídas. Em todos os programas procuramos destacar o atendimento ao idoso nas ações que lhes dizem respeito.

O que se faz necessário construir na sua integralidade é o programa de reabilitação e habilitação e o CDI, que não existem no município; os demais programas de saúde já contemplam, de certa forma, o atendimento ao idoso.

Quando necessitam de serviços de reabilitação e habilitação os usuários do SUS, idosos ou não, são encaminhados às clínicas credenciadas, que não conseguem atender a demanda, porque o número de procedimentos é limitado. Tal serviço é de suma importância para a municipalidade e precisa ser implantado em curto prazo. As UBSs, principalmente as policlínicas, possuem espaço físico para montar esse serviço, mas precisará adquirir materiais específicos para desenvolver as atividades. Quanto aos recursos humanos, não será difícil conseguir profissionais capacitados, porque anualmente são formados em média cerca de 50 fisioterapeutas, 40 fonoaudiólogos, 60 psicólogos e 50 nutricionistas na Univali. Este programa está respaldado nas ações preventivas, tendo o PSF como interlocutor, além da assistência nas diversas especialidades e a inclusão de tecnologias assistivas.

Já o CDI precisa ser construído desde a sua estrutura física até a operacional; talvez seja um serviço a ser implantado em longo prazo, porque necessita, também, capacitar os recursos humanos para o atendimento especializado.

O programa de saúde bucal existente na municipalidade tem como prioridade atender as crianças em idade escolar, mas também existe o atendimento ao adulto, embora sem a especificidade da odontogeriatrics. Sendo assim, sugerimos a implementação da saúde bucal no contexto da odontogeriatrics, visualizando a odontologia social como eixo preventivo, o tratamento clínico para atender as necessidades encontradas evitando o endutalismo e, por fim, o acesso à prótese dentária, tão necessária e importante para a saúde dos idosos.

As demais estratégias a serem incluídas, como a atenção domiciliar do idoso e o atendimento ao idoso em grupos de convivências, na realidade já existem, mas sem essa conotação. O PSF faz a assistência em todas essas dimensões, porém sem um direcionamento próprio, tornando as ações vazias, sem fundamentação – fazer por fazer. Os profissionais de saúde precisam capacitar-se para desenvolver os conhecimentos, habilidades e atitudes voltadas para o atendimento do idoso e seus familiares e assim ter a competência necessária para atuar nas ações de educação e

promoção da saúde, considerando as especificidades dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde e adoecimento.

As estratégias postas neste estudo dependem também da implantação de outras estratégias consideradas imprescindíveis para a operacionalização de toda a política de saúde que foram denominadas tecnologia de informação, que engloba: a capacitação dos profissionais de saúde e de outros equipamentos sociais e comunitários, usando instrumentos teórico-práticos; a implantação da proposta de fluxograma de atendimento ao idoso, a qual foi construída para orientar o encaminhamento do usuário idoso na rede pública de saúde; a utilização de um protocolo de avaliação multidimensional do idoso juntamente com o manual de orientação; estes últimos dois instrumentos ainda necessitam ser construídos.

Além das tecnologias de informação é importante obter: a parceria com os serviços municipais, através da intersetorialidade com a educação; com o desenvolvimento social; com a vigilância em saúde e com o planejamento e o desenvolvimento urbano. Essa parceria possibilita agilizar o trabalho e reduzir custos de ações voltadas para o idoso nas diversas secretarias municipais, evitando a execução de ações dissociadas que podem não ter a resolutividade esperada. Quando é planejado e executado coletivamente, o trabalho tende a ter resultados exitosos.

Entretanto, é imprescindível que se construam mecanismos de avaliação dos serviços de saúde voltados para os idosos. Este instrumento visa identificar os nós críticos encontrados em todo o procedimento de atendimento para que se possa modificar as ações que estão dificultando o fluxo do atendimento. É o momento de construção e reconstrução que possibilita o desenvolvimento de um processo dinâmico e não-hermético de todo o processo construído nesta proposta de política de saúde.

Portanto, várias são as estratégias construídas nesta proposta que podem sem dúvida alguma ser aplicadas no município de Itajaí (SC), algumas necessitando de poucos recursos econômicos e outras exigindo um investimento maior.

A busca de recursos compete principalmente ao Estado, utilizando adequadamente as taxas e impostos coletados e captando-os em órgãos de fomento nacionais e internacionais. O Plano Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2003) destaca que o Estado tem a responsabilidade primária de instituir normas de atenção à

saúde das pessoas de todas as idades e supervisionar sua aplicação e à saúde dessas pessoas a devida atenção. A associação entre Estado, sociedade civil, inclusive as organizações não-governamentais e de base comunitária, e o setor privado constitui contribuição valiosa para os serviços de assistência a idosos. A ONU (2003) acrescenta ainda que (p. 56) “*é indispensável, contudo, reconhecer que os serviços prestados pelas famílias e pelas comunidades não podem substituir um sistema eficaz de saúde pública*”.

A família cuidadora se constitui como a principal provedora da assistência, principalmente quando não se tem política pública que comporte as necessidades essenciais. A assistência familiar não remunerada está gerando novas tensões econômicas e sociais, porque geralmente é a mulher a principal cuidadora e, para executar essa tarefa, necessita ficar fora do mercado de trabalho e assim sujeita-se a viver de pensão, perdendo a oportunidade de ascensão na carreira e renda melhor. A assistência informal tem caráter complementar e não substitui a assistência profissional.

A falta de condições e o despreparo da família para prestar o cuidado ao seu idoso levam ao abandono, aos maus-tratos e à violência contra os idosos de diversas formas: físicas, psicológicas, emocionais e financeiras, e acometem todas as esferas sociais, econômicas, étnicas e geográficas. E tal situação poderá trazer seqüelas irreversíveis à relação familiar, principalmente ao idoso.

Assim sendo, é importante que se criem serviços de apoio para atender aos casos de abusos e maus-tratos a idosos. Mesmo que esta proposta de política de saúde para a população idosa não contemple um programa específico para tal situação, poderemos observar, na nossa práxis, situações de abandono, maus-tratos e violência e tomar as devidas providências, intercedendo junto à família ou denunciando aos órgãos competentes.

Confiamos que esta proposta seja um meio de conquistar melhores condições de saúde para todos os idosos, lembrando que todos nós envelhecemos algum dia, se tivermos esse privilégio, e “*reconheçamos que todos os idosos são pessoas individuais, com necessidades e capacidades particulares, e não um grupo em que todos são iguais porque são velhos*” (KOFI ANNAN – OMS, 2003).

Referências Bibliográficas

*Se não esperas o inesperado, não o encontrarás.
Heráclito*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADILSON M.E. **Fundamentos de organização & métodos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

ALVAREZ, A. **Tendo que cuidar**: A vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Série: Teses de doutorado, n. 32, Florianópolis: UFSC/ Programa de Pós-graduação em enfermagem, 2001.

AMFRI – ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ. **Plano de Desenvolvimento Ecológicoeconômico**. Itajaí (SC), 1999.

ANGELO, M. & BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. IN: **BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de condutas médicas - Programa Saúde da família**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

ARAGÃO, F. S. & COUTO, V. A. **O sistema brasileiro de proteção social**. Disponível em: <www.ced.ufsc.br> . Acesso em: 22 fevereiro 2003.

ARRETICHE, M. T. S. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais - ANPOC – Boletim Informativo Bibliográfico**, Rio de Janeiro, n.39, p. 4-40, jan/jun. 1995.

_____ Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais – ANPOC**, São Paulo, v. 14, n. 40, jun, 1999.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. IN: **Velhice e sociedade**. Campinas: Papirus, 1999.

BELLINI, J & DALÇOQUIO, A. E. **Perfil de Itajaí (SC)**. Prefeitura Municipal de Itajaí, 2002. (mimiog).

BENASSI, S. **Cidade saudável**: demagogia e realidade. Disponível em: <http://www.sergiobenassi.com.br/artigos/Cidade%20Saudavel.htm> <Acesso em 25/04/04>

10. BLACK, J. M. & MATASSARIN-JACOBS. **Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Koogan, 4. ed, v. 2, 1996.

BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. S. M.; LIMA, J. V. C. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. IN: ANDRADE, S. MAFFEI; SOARES, D. A; JUNIOR CORDONI, L. (Org). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p.145-159

BORGES, C. M. M. Gestão participativa em organizações de idosos: instrumentos para promoção da cidadania. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 124, p. 1037-1041.

BOWLING, A. **La medida de la salud**: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: MASSON, 1994. p. 27 – 34

BRACHO, T. Exclusão educacional como dispositivo de exclusão social. IN: OLIVEIRA, M. C. (Org). **Demografia da exclusão social**. Campinas-São Paulo: Unicamp, Nepo, 2001. p.119 –144.

BRAGA, P. M. V. **Envelhecimento, ética e cidadania** (2001). Disponível em: <<http://br.altavista.com/web/results?q=cidadania+e+idoso&kgs=0&kls=1>> . Acesso em: 09 julho 2004.

BRASIL-MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Seminário Internacional de Envelhecimento Populacional, 1996, Brasília. Anais do Ministério da Previdência e Assistência à Saúde. Brasília: MPAS, 1996.

BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB SUS/96 – Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Secretária de Políticas de Saúde/ Coordenação de DST e AIDS. Aids no Brasil: Um esforço conjunto Governo-Sociedade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Portaria n. 1395/GM, em 10 de dezembro de 1999. Brasília, DF: Gabinete Ministerial, 1999.

_____. Secretária de Políticas de Saúde/Coordenação de DST e AIDS. Política Nacional de DST/AIDS princípios, diretrizes e estratégias. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS/SUS 01/2001. Portaria GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 junho 2001.

_____. Manual de Enfermagem – Programa Saúde da Família. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/ Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus – Protocolo – Caderno de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretária Executiva. SUS princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Boletim Epidemiológico – Coordenação Nacional de DSTs e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. A Construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília (DF), 2003. Disponível em: <http://politica.dasus.gov.br/politicainformacaosaude1-_3-27nov/2003compact.pdf> .

Acesso em: 18 abril 2004.

_____. Portaria nº 115 de 19 de maio de 2003. Brasília, 2003. Disponível em: < <http://www.ahesp.cm.Br/portarias/PT5II 29-06-01. htm>. >. Acesso em: 18 abril 2004.

_____. Programa Nacional em DSTs – HIV/Aids. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/>>. Acesso em: 09 maio 2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Consulta pública nº 26, de 13 de abril de 2004. Disponível em: < www.anvisa.gov.br> Acesso em: 25 abril 2004.

_____. Guia para o controle da hanseníase. Caderno de Atenção Básica. Nº 10. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Guia para o controle da tuberculose. Caderno de Atenção Básica. Nº 6. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

_____. A construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (versão 1.3). Brasília, 2003.

_____. Programa saúde da família. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/psf>. Acesso em: 28 abril 2004.

- _____. Saúde da família. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149> . Acesso em: 06 maio 2004.
- _____. Lançamento da campanha de hanseníase. Disponível em: <
<http://portal.saude.gov.br/saude/> > . Acesso em: 12 maio 2004.
- _____. Programa nacional de hepatites virais. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/hepatite/>> . Acesso em: 13 maio 2004.
- _____. O que é caps? Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=154> . Acesso em: 15 maio 2004.
- _____. Atenção integral aos usuários. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=154> . Acesso em: 15 maio 2004.
- _____. Política de saúde mental. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=154> . Acesso em: 15 maio 2004.
- _____. Álcool e outras drogas: uma questão de saúde. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=154> . Acesso em: 15 maio 2004.
- _____. Datasus. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br> > . Acesso em: 16 maio 2004.
- _____. Brasil sorridente: a saúde bucal levada a sério. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578. Acesso em: 24 julho 2004.
- BRASIL. Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília, 1994.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, SECRETARIA NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. Política Nacional do Idoso. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional dos Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.
- BRASIL – MISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Previdência Social. Disponível em:
<http://www.previdenciasocial.gov.br/previdenciasocial_a.asp> Acesso em 22 de outubro de 2004.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Antonio Luiz Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Luiz Eduardo Alves de Siqueira. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2000. 331p. (Série Legislação Brasileira).
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – SUS). Dispõe sobre as condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e da outras providencias. Disponível em:
<<http://www.ricardomania.pro.br/sus.htm>> Acesso em: 25 novembro 2002>.
- BRASIL. Lei Orgânica do Município de Itajaí SC. Disponível em:
<<http://leimunicipais.com.br/cgi-local/leiorganica.pl?cidade=Itajai&estado=SC>>. Acesso em: 27 novembro 2002.
- BRASIL – Secretaria da Assistência a Saúde. Inclui a tabela de tipos de estabelecimento de saúde e altera a denominação do serviço de código 023 – TFD da tabela de serviços/classificação do SUS. Portaria nº 115 de 19 de maio de 2003. D.O. U. nº 95 de 20 de maio de 2003. Brasília, 2003.
- BRASIL – Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. D.O.U. de 3 de outubro de 2003. Brasília, 2003.

BRITO, F. J. G. **Manual de teoria geral do estado e ciência política**. São Paulo: Forense Universitária, 1999.

BROUNDY, J. et al. **Enfermagem medico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, v. 1 e 2 . 3. ed., 2004.

CALKINS, E. V. ; FORD, A. B.; KATZ, P. R. **Geriatría prática**. Rio de Janeiro: Reviter Ltda, 1997.

CARVALHO, M. A. C. Pedagogia de rua: princípio extraído de uma análise prática. In: GROSSI, E. P. & BORDIN, J. **Construtivismo pós-piagetiano - um novo paradigma sobre aprendizagem**. Petrópolis: Rio de Janeiro: Vozes, 1993. p.103-123.

CARVALHO, B. G. ; MARTIN, G. B. ; CORDONI, J. R. L. A organização do sistema de saúde do Brasil. In: ANDRADE, S. M. et al. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 27 –59.

CIAMPONE, M. H. T. & PEDUZZI, M. Planejamento estratégico como Instrumento de Gestão e Assistência. In: BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de condutas médicas - Programa Saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, 1999.

COHN, A. **Gastos sociais e políticas sociais nos anos 90: a persistência do padrão histórico de proteção social brasileiro**. XXIV Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), GT03: Estrutura social e desigualdade. Petrópolis, 2000.

COLETÂNEA DA LEGISLAÇÃO SOBRE TRABALHO. Legislação sobre trabalho. Disponível em: <<http://www.cedipod.org.br/w6leifed.htm>> . Acesso em: 22 maio 2004.

COMARCK, E. F. Não somos velhos enquanto buscamos. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>> . Acesso em: 16 maio 2004.

COPPARD, L. C. La autoatención de la salud y los ancianos. In: **Hacia el bienestar de los ancianos**. Washington: OMS/OPAS, 1985.

CUTAIT, R. Apresentação. In: BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de condutas médicas - Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CHIAMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998.

DAIN, S.; FAVERET, A.C..S. A.; CAVALCANTI, C. E.; et al. Avaliação de impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde. IN: NEGRI, B. DI GIOVANNI, G. (orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001. p.233-288.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP, 1999.

DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1988.

_____. **Política social, educação e cidadania**. Campinas: Papirus, 1994.

_____. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas: Autores Associados, 1995.

_____. **Combate à pobreza: desenvolvimento como oportunidade**. Campinas: Autores Associados, 1996.

_____. **Politicidade**: razão humana. Campinas: Papirus, 2002.

DRAIBE, S. M.; HENRIQUE, W. Welfare-state crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 3. n. 6, 1988.

DRAIBE, S. M. Welfare State, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. In: **Anais do XII Encontro Anual da ANPOCS**. Águas de São Pedro, 1988.

_____. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: **Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas**. Brasília: IPEA/IPLAN, 1990. p.1-66

_____. Brasil: O Sistema de Proteção Social e suas transformações recentes. In: **Seminário Regional para Reformas de Políticas Públicas**. SANTIAGO: CEPAL, 1992.

_____. **O redimensionamento das políticas sociais segundo a perspectiva neoliberal**. Brasília: Serviço Social da Indústria – DN – Super – DITEC, 1993. p. 16 -20

_____. Assistência Social. Disponível em:

<<http://www.mre.gov.br/cdbrazil/itamaraty/web/port/polsoc/asocial/apresent/apresent.htm>>.

Acesso em: 22 de outubro de 2004.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Programa de assistência integral à saúde da mulher. Disponível em: < <http://www.saude.es.gov.br/scripts/ses1403.asp> > . Acesso em: 28 abril 2004.

ESTEVES, B. O Brasil de cabelos brancos: envelhecimento acelerado transforma o perfil da população. **Revista Ciências Hoje**. São Paulo, v. 23, n. 137, abril, 1998.

EPING-ANDERSON, G. Politics against markets. **The Social Democratic Road to Power**. Princeton: Princeton University Press, 1985.

_____. As três economias políticas do Welfare State. **Revista Lua Nova**. Rio de Janeiro, n. 24, set, p. 85-116, 1991.

FAGNANI, E. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Revista Economia e Sociedade**. São Paulo: Campinas, nº 8, p. 183-238, jun. 1997.

_____. Ajuste econômico e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período de 1993/98. **Revista Economia e Sociedade**. São Paulo: Campinas, nº 13, p. 155-178, dez. 1999. São Paulo: Campinas, 1997.

FARO MANCUSSI, A. C. Autonomia, dependência e incapacidade: Aplicabilidade dos conceitos na saúde do adulto e do idoso. In: BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de condutas médicas - Programa Saúde da Família**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

FERNANDES, R. A. C.; SILVA, S. R. C.; WALTANABE, M. G. C.; PEREIRA, A. C.; MARTILDES, M. L. R. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um centro de saúde. **Revista Brasileira de Odontologia**. v. 54, São Paulo, 1997.

FERRAZ, S. T. **Cidades saudáveis**: uma urbanidade para 2000. Brasília: Paralelo 15, 1999.

FERREIRA, A. B. H. Dicionário da língua portuguesa. 3ª.ed., Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1993.

FILLENBAUM, G. G. et al. **Validity and reliability of the Multidimensional Functional Assessment Questionnaire**. Multidimensional functional assessment: the OARS Methodology. Duke University, Center for the Study of Aging and Human Development. Carolina do Norte (USA), 1978.

FUNDAÇÃO Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Recenseamento Geral – **Dados obtidos pela pesquisa do universo**. 1980. Rio de Janeiro, 1980.

_____. Censo demográfico – **Anuário Estatístico do Brasil 1991**. Rio de Janeiro, 1991.

_____. Resultado preliminar do censo demográfico 2000. **Anuário Estatístico do Brasil 2000**. Rio de Janeiro, 2000.

_____. **Anuário Estatístico do Brasil 2002**. Rio de Janeiro, 2002.

FOLHA ON LINE. Cotidiano. Alfabetização de idosos cresceu 16,1%, segundo o IBGE. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult_95u55541.shl> . Acesso em: 25 abril 2004.

FLEURY, S. Em busca de uma teoria do Welfare State. In: **Estado sem cidadão**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 101-28

FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia: a luta de CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**. São Paulo: Unesp, 1993.

GONÇALVES, L. H. T; SANTOS, L. C.; SILVA, Y. F. Ser ou estar saudável na velhice. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v.1, n 2, jun/dez, 1992.

GONÇALVES, L.H.T. et al. O cuidado do idoso fragilizado e de seus familiares no contexto domiciliar. **Revista Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.1, n.2, p. 39-43, 1996.

GONÇALVES, L. H. T; ALVAREZ, A.; STEVENSON, J. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v. 6, n. 2, Maio/ago, 1997.

GORDILHO, A.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UNATI-UERJ, 2000.

GUIMARÃES, D. M. **As políticas sociais no Brasil**. Brasília: Serviço Social da Indústria – DN – Super – DITEC, 1993.

HOSPITAL DO CÂNCER. Serviço de estomatoterapia e cirurgia do câncer. Disponível em: <<http://www.cirurgiareparadora.com.br/servest.html>> . Acesso em: 11 maio 2004.

INFORME SAÚDE. Dependentes químicos. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe165.pdf>> . Acesso em: 16 maio 2004.

INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE –IDS. Vigilância em saúde pública. Saúde & cidadania. Livro 07. Disponível em: <http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed_07/06_02.html> . Acesso em 18 abril 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama – viva mulher. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140> . Acesso em: 28 abril 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=139. Acesso em: 30 abril 2004.

JAPIASSÛ, H. & MARCONDES, D. Dicionário básico de filosofia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização, intersectorialidade e rede na gestão da cidade. II Congresso Político-Pedagógico da Rede Municipal de Ensino/ Escola Plural. Belo Horizonte (MG), 2002. Disponível em: < <http://www.pbh.gov.br/educacao/Tb5.pdf> > . Acesso em: 18 abril 2004.

KNOLL, B. M. ; SANDRI, J. V. A.; PLONER, K. S. **Perfil multidimensional da sua população idosa residente no município de Itajaí (SC)**. Relatório de pesquisa. Universidade do Vale do Itajaí. Centro de Ciências da Saúde, 2001. (mimiog)

LERNER, W. **Organização, sistema e métodos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1979.

LEVY, S. **Programa educação em saúde**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pdgs/educacao.htm>> . Acesso em: 08 maio 2004.

MAIA, P. V. **Demência**. Disponível em: <<http://www.infomed.hpg.ig.com.br/demencia.html>> . Acesso em: 16 maio 2004.

MALZYNER, A. & CAPONERO, A. Câncer na terceira idade. In: CARVALHO FILHO, E.T. & NETTO PAPALÉO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu Editora, 1994.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINEZ, W. N. **Direitos dos idosos**. São Paulo: Ltr, 1997.

MATUÍ, J. **Construtivismo: teoria construtivista sócio-histórica aplicada ao ensino**. São Paulo: Moderna, 1996.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (org) et al. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das políticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed.. São Paulo e Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1999.

MEDICI, A C. **Welfare State no Brasil**. Disponível em: <www.itamaraty.gov.br> . Acesso em: 22 fevereiro 2003.

MEDINA, M. C. G. **Condição previdenciária, saúde e incapacidade de idosos residentes no município de São Paulo**. Tese de Doutorado – Universidade de São Paulo, 1993.

MENDES JUNIOR, W.V. & LOPES, C.M.B. A assistência domiciliar na perspectiva da qualidade da assistência ao idoso. **Revista de Atenção Primária da Saúde**. Ano 3, n. 8, jun/nov, Juiz de Fora: NATES, 2001.

MINAYO, C. S. Sobre a complexidade da implantação do SUS. In: **Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e política**. São Paulo: Hucitec, 2001.

MONTEIRO, M. & ALVES, M. I. C. Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. In: **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.

MONTEIRO, P. P. **Envelhecer: histórias, encontros e transformações**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

MORIGUCHI, Y. **Aspectos geriátricos no atendimento odontológico**. Odontólogo moderno. São Paulo, 1992.

MORIN, E. Epistemologia da complexidade. IN: SCHNITMAN, D. F. (Org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes médicas, 1996. Cap. 16, p. 274-289.

- _____. **Ciência com consciência**. 5^a Ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2001.
- MORAGAS, R. M. **Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.
- NETTINA, M. S. **Prática de enfermagem**. v. 1, 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- NERI, A. L. **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas: Papyrus, 2001.
- NOGUEIRA, V. M. R. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. 2002. 347 f. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis (SC), 2002.
- O'CONNOR, J. **EUA: A crise fiscal do Estado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- OFFE, C. **Advanced Capitalism and Welfare State. Politics & Society**, vol. 4. Londres, Lexington, 1972.
- OMS. **Ageing and life course**. Disponível em: http://www.who.int/hpr/ageing/internacional_day_es.htm . Acesso em: 24 julho 2004.
- OMS/OPAS. **La salud de los ancianos: una preocupación de todos**. Washington: OMS/OPAS, 1992.
- _____. **Salud para todos en el año 2000 – Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales**. Washington: OMS/OPAS, 1982.
- OMS/OPAS. **Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos**. Genebra: OMS, 1984.
- _____. **Hacia el bienestar de los ancianos**. Washington: OMS/OPAS, 1985.
- ONU. **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, 2002/ONU**; tradução de Arlene Santos – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos humanos, 2003.
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Programa de Organização e Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde. Divisão de desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde. **O perfil do sistema de saúde no Brasil**. 2. ed, Brasília, 2001.
- OSTOMIA. A cirurgia da vida. Disponível em: <http://www.ostomia.com.br/ostomia.htm> Acesso em: 11 maio 2004.
- PASCHOAL, S. M. P. **Epidemiologia do envelhecimento: desafios na transição do século**. São Paulo: Athneu, 1996.
- PARAJARA, F. & GUZZO, F. Sim é possível envelhecer saudável! **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. v. 54. São Paulo, 2000.
- PORTAL DE ITAJAÍ. **Prefeitura Municipal de Itajaí (SC)**. Disponível em: <http://www.itajai.cm.br/perfil/saude.php>. Acesso em: 18 abril 2004.
- PY, L. **Testemunhas vivas da história**. Rio de Janeiro: Científica Nacional, 1996.
- QUEIROZ, Z. P. V. Participação popular na velhice: possibilidade real ou mera utopia? **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 4, ano 23, jul/ago, 1999.
- RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultado de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, mar, 1993.

RAMOS, L. R. & GOIHMAN, S. Geographical stratification by socio-economic status: methodology from a household survey with elderly people in São Paulo, Brazil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 5, 1989

REDE DST. DST: **Um grave problema de saúde pública**. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/rededst/dst.htm>> . Acesso em: 9 maio 2004.

RODWELL, M. K. Um modelo alternativo de pesquisa: o construtivismo. **Revista FAEBA**, Salvador, n. 3, p.125-141, jan./dez, 1994.

ROCHA, L. O. L. **Organização e métodos: uma abordagem prática**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

ROSAVALLON, P. **La crise de l'Etat Providence**. Paris: Seuil, 1981.

RUÍPEREZ, I & LLORENTE. **Geriatrics**. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 1998.

SANTOS, L. O poder regulador do Estado sobre as ações e os serviços de saúde. In: **Saúde e Democracia: a luta pela CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.241-280

SASSAKI, R. K. **O que é tecnologias assistivas?** (1996). Disponível em: <http://www.clik.com.br/ta_01.html>. Acesso em: 15 abril 2004.

SAVONITTI, B. H. R. Cuidando do idoso com demência. In: DUARTE, Y. A. O. & DIOGO, M. J. D'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 28. p.421-445

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Programa de atendimento à terceira idade**. Disponível em: <http://www.itajai.com.br/desensocial/3a_idade.php> . Acesso em 27 abril 2004.

SECRETARIA DO TRABALHO, EMPREGO E PROMOÇÃO SOCIAL. Política do idoso/ centro - dia. Disponível em: <<http://www.setp.pr.gov.br/setp/Idoso/index.php?id=1>> . Acesso em: 17 maio 2004.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - Departamento e Desenvolvimento da Política de Assistência Social - Gerência de Atenção à Pessoa Idosa. Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/legislacao/portarias/lei_73_01.asp> . Acesso em: 11 maio 2004.

SERRA, J. Prefácio. IN: BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de condutas médicas - Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

SILVA, A. L. O estado da arte no cuidado na enfermagem. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v. 6, n. 2, maio – ago, 1997.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e política**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVESTRE, J. A. Políticas públicas de saúde para a terceira idade. In: **Iº Jornada Catarinense de Geriatria e Gerontologia**. Florianópolis, 1997 (mimiog.)

_____. Como anda a saúde do idoso no Brasil? **Revista Ciências Hoje**. São Paulo, v. 23, n. 137, abril, 1998.

SILVESTRE, J. A; KALACHE, A, RAMOS, L. R.; VERAS, R. P. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **SBGG – Arquivos de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional Ltda, n.1, setembro, 1996.

SIQUEIRA, H. C. H; PORTELLA, M. R.; AREJANO, C. B. A produção do conhecimento: o construtivismo como estratégia metodológica. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v. 9, n. 1, jan/abr, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE. **Propostas básicas para assistência ao diabético municipal**. Disponível em:

<http://www.diabetes.org.br/Diabetes/info_medicos/cartilha/cart_set.html> . Acesso em: 09 maio 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Política Nacional do Idoso**. Disponível em: <http://www.sbgg-sp.com.br/?destino=secoes_superiores_home&id_secao=3> . Acesso em: 06 abril 2004.

SOUZA, M. M. C. A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. In: **IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília, 2001.

SHOUERI JUNIOR, R; RAMOS, L. R.; PAPALÉO NETTO, M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1996.

TANIGUCHI, C; CAPUTO NETO, M.; BUSATO, I. **Saúde mental em Curitiba**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2002.

TITMUSS, R. M. **Essays on the Welfare State**. Surrey, Unwin Brothers, 1963.

VERAS, R. P. SILVA, S. D; MILIOLI, R. VENTURA, F. Proposta metodológica para o inquérito domiciliar com a população idosa em um centro urbano do estado do Rio de Janeiro (Brasil). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 5, 1989.

VERAS, R. P; COUTINHO, E.; NEY JUNIOR, G. População idosa no Rio de Janeiro (Brasil): Estudo piloto da confiabilidade e validação do segmento de saúde mental do questionário BOAS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 2, abril, 1990.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VERAS, R. P.; CAMARGO JUNIOR, K. R. C. Idoso e universidade: parceria para a qualidade de vida. In: **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.

VERAS, R. P. & SILVA, S. D. da. Questionário BOAS (Brazil Old Age Schedule): **Questionário multidimensional para estudos comunitários na população idosa**. Rio de Janeiro, 1998. (Miniog)

VERAS, R.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C. S. F. et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: conseqüências da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: **Gestão Contemporânea: terceira idade**. Rio de Janeiro: Dumará, 2002.

VILLALOBOS, V. da S. O Estado de Bem-Estar Social na América latina: necessidade de redefinição. In: **Pobreza e política social**. São Paulo: Cadernos Adenauer, n.1, 2000.

VOIGT, C. **Mundo envelhecido, país envelhecido**. Com ciências – velhice. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env04.htm>> . Acesso em: 21 outubro 2002.

_____. **A política nacional do idoso: um Brasil para todas as idades**. Com ciências velhice. Disponível em: <

<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env04.htm>> . Acesso em: 21 de 2002.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sangra Luzzatto, 1998.

WILLENSK, H. The Welfare State and Equality: **Structural and Ideological Roots of Public Expenditures**. Berkeley: University of California, 1975.

ANEXOS

Anexo 1: Mapa geográfico de Itajaí (SC) com a distribuição dos serviços públicos de saúde (vide arquivo em anexo)

Anexo 2: Diagrama: Programas de saúde da rede pública municipal de Itajaí
(SC) (vide arquivo em anexo)

Anexo 3: Solicitação a Secretaria Municipal de Saúde para a realização das entrevistas

Itajaí, 18 de março de 2003

Ilma Sra. Dalva Rhinius

DD. Secretária Municipal de Saúde de Itajaí

Prezada Sra

Venho por meio deste apresentar-lhe o projeto de pesquisa "Uma política de saúde para a população idosa no município de Itajaí". Esta investigação será desenvolvida visando a produção da tese de doutorado para o programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

O objetivo principal da pesquisa é propor uma estratégia de operacionalização de políticas públicas de saúde, incluindo nos programas já existentes no município, questões relacionadas ao idoso, bem como outras estratégias de saúde específicas ao idoso ainda não contempladas no Plano Municipal de Saúde, tendo como norte a política do estado de bem-estar social (*welfare state*) da população idosa residente no município de Itajaí (SC).

Solicito, então, sua colaboração no sentido de viabilizar a realização de entrevistas (gravadas em fita K7) com os responsáveis pelos programas de saúde de Itajaí que não tenham um protocolo descrito de sua operacionalização e a indicação de um profissional, desta secretaria, para que possa participar do grupo de trabalho no desenho desta proposta.

Certa de sua atenção, desde já agradeço.

Atenciosamente

Juliana Santin

M. Srd. Juliana V. de Araujo/Santin
COREN/SC - 25.093
EPI - 447.194.308-01
Fone: (047) 334-0452

Alcides
Município de Itajaí

Anexo 4: Solicitação as Secretarias Municipais de Saúde e de Desenvolvimento Social para a participação dos funcionários

Itajaí, 19 de março de 2007

Ilma Sra _____
DD - Secretária Municipal do Desenvolvimento Social

Prezada Sra

Venho por meio deste apresentar o projeto de pesquisa intitulado: Política de Saúde para a População Idosa de Itajaí (SC). Esta investigação será produzida visando desenvolver a tese de doutorado para o programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

O objetivo principal da pesquisa é propor estratégia de operacionalização de políticas públicas de saúde, incluindo nos programas já existentes no município, questões relacionadas ao idoso, bem como uma estratégia de saúde específica ao idoso ainda não contemplada no Plano Municipal de Saúde, tendo como norte a política do Estado de Bem-Estar (welfare state) da população idosa residente no município de Itajaí (SC).

Solicito, ainda a sua colaboração no sentido de estar autorizando e liberando a diretora do Departamento de Atenção do Idoso, Loni Itáissa Vesselo para fazer parte do grupo de trabalho que irá construir esta proposta.

Certa de sua atenção,

Atenciosamente

Juliana Vargas de Araújo Sardená

Itajaí, 19 de março de 2003.

Ilma Iria
DD Secretaria Municipal de Saúde

Prezada Sra

Venho por meio deste apresentar o projeto de pesquisa intitulado: Política de Saúde para a População Idosa de Itajaí (SC). Esta investigação será produzida visando desenvolver a tese de doutorado para o programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

O objetivo principal da pesquisa é propor estratégia de operacionalização de políticas públicas de saúde, incluindo nos programas já existentes no município; questões relacionadas ao idoso, bem como outro estratégias de saúde específicas ao idoso ainda não contemplado no Plano Municipal de Saúde, tendo como norte a política do Estado de Bem-estar (wellfare state) da população idosa residente no município de Itajaí (SC).

Solicito, então, a sua colaboração no sentido de estar autorizando e liberando o Dr. Bruce Knoll, Mílton Angelo e a Enfermeira Mônica Rocha para fazerem parte do grupo de trabalho que irá construir esta proposta.

Certa de sua atenção,

Atenciosamente

Jafraim Vieira de Araujo-Sandro

Anexo 5 – Convite para participar do grupo de trabalho para o desenho da proposta de políticas públicas de saúde para os idosos residentes em Itajaí (SC), juntamente com o consentimento livre e esclarecido desta participação.

Prezado (a) Senhor (a)
Local de trabalho ou instituição representada
Endereço

Estou participando do Curso de Doutorado em Enfermagem: Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Desta forma, tenho a grata satisfação em convidá-lo(a) para participar do grupo de trabalho para a construção do desenho de uma proposta de estratégia de operacionalização de políticas públicas de saúde à população idosa residente em Itajaí (SC). Esta construção constitui a minha proposta para desenvolver a tese de doutorado.

Juntos poderemos alcançar o objetivo proposto deste trabalho, a saber: propor uma estratégia de operacionalização de políticas públicas de saúde, incluindo nos programas de saúde já existentes no município questões relacionadas ao idoso, bem como outras estratégias de saúde específicas ao idoso ainda não contemplado no Plano Municipal de Saúde; ambas as propostas terão como norte o Estado de Bem-Estar da população idosa residente no município de Itajaí (SC).

A escolha de seu nome foi proposital, tendo em vista o seu envolvimento e conhecimento pessoal e profissional pela questão do idoso em nosso município, além de termos um objetivo comum: queremos melhorar a qualidade de vida da população de Itajaí (SC). Sua colaboração será muito importante, uma vez que está representando a sua instituição ou sua classe profissional, trazendo informações e opiniões que possam fundamentar o processo de construção desta proposta.

Os encontros acontecerão conforme a definição do grupo, que fará um contato antecipadamente para agendar o primeiro encontro, onde será apresentado o grupo e a metodologia do estudo.

Agradeço antecipadamente a sua participação e colaboração,

Juliana Vieira de Araujo Sandri – Fone/Fax: (47) 3440453 - 99873129
Doutoranda em Enfermagem E-mail: Juliana@melim.com.br

Eu _____ aceito participar do grupo de trabalho para discussões e construções da proposta acima. Estou ciente de que meu nome será citado no trabalho futuro e de que as reuniões serão gravadas, filmadas e fotografadas e que os dados da construção serão tratados privativamente até que sejam validados por todos os componentes do grupo.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____ RG n. _____

Anexo 6 – Convite ao painel de peritos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

Itajaí (SC), 11 de fevereiro de 2004

Ilustro(a) Sr(a)

Dr(a) _____

Cumprimentando-o cordalmente, quero por meio desta agradecer o seu convite ao convite para participar da validação do desenho em construção, referente ao meu projeto de tese: Uma política de saúde para a população idosa no município de Itajaí (SC). A sua contribuição é de extrema importância para que eu possa construir uma proposta mais consistente possível e com perspectiva de realização.

Descrevo abaixo as questões anteriores para analisar os dois documentos anexos propostos: fluxograma de atendimento do idoso e o diagrama dos programas de saúde na rede municipal de saúde de Itajaí (SC).

- 1) Visualizando os dois documentos, de maneira geral, aparentam ter relação entre eles? Justificar a resposta.
- 2) No diagrama proposto, as inserções especificadas de atendimento ao idoso, inserido no figura triangular, estão coerentemente alinhados em seus devidos programas e serviços? Justificar a resposta e sugerir alterações, bem como outras inclusões.

- ii) A estratégia em tecnologia da informação, é suficientemente abrangente para compreender/abrir o atendimento do idoso na rede municipal de saúde de Itajaí (SC)? Justifique a resposta e sugira alterações além inclusão de novas sugestões.
- iii) Na identificação da criação de dois serviços odontológicos e de habilitação/reabilitação, a proposta de trabalho de interface com o PSE, contemplando um trabalho interdisciplinar, pode favorecer um atendimento integral ao idoso? Apresentar as possíveis obstáculos ou dificuldades e sugerir outras estratégias habilitadoras.
- iv) No fluxograma de atendimento ao idoso na rede municipal de saúde de Itajaí (SC) proposto, de natureza geral, representa um desenho de fácil compreensão, para os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde e que atende a clientela idosa? Justifique a resposta e é bem-vinda sugestões de melhoria do desenho.
- v) Outras observações caso não váha nas questões anteriores.

Agradeço muito sinceramente, solicito que a sua resposta seja encaminhada no prazo de 30 dias por e-mail pelo correio ou eletronicamente no endereço: Rua Dr. Alexandre Fleming, 88 - Centro - Itajaí (SC) - CEP: 88.203-030. Telefone/fax: (47) 344-0453 - 9987-3129 e-mail: juliana@melim.com.br

Coloco-me à sua disposição para quaisquer outras informações.

Atenciosamente,

Doutoranda Juliana Vieira de Araújo Sandoi
Programa de Doutorado em Enfermagem - PDD/UFSC