



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

MARIA DO SOCORRO SILVA ALENCAR

**A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA:
processos, limites e possibilidades no caso do município de
Teresina-Piauí**

São Luís - MA
2011



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

MARIA DO SOCORRO SILVA ALENCAR

**A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA:
processos, limites e possibilidades no caso do município de
Teresina-Piauí**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Maranhão, requisito à obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas

Orientador: **Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva**

São Luís – MA
2011

Alencar, Maria do Socorro Silva

A saúde da pessoa idosa na atenção básica: processos, limites e possibilidades no caso do município de Teresina-PI. – São Luis, 2011.

209f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Augusto Moura da Silva

Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, 2011.

1. Saúde da família – Idosos 2. Envelhecimento 3. Saúde da família – Políticas públicas Título.

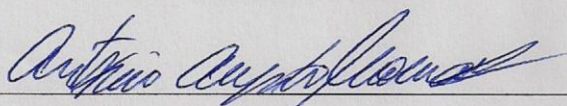
CDU 613 98 (812.2)

MARIA DO SOCORRO SILVA ALENCAR

A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA: PROCESSOS, LIMITES E POSSIBILIDADES NO CASO DO MUNICÍPIO DE TERESINA-PIAUÍ

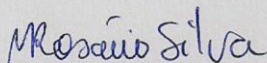
Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão – Núcleo Temático de Concentração em Políticas Sociais e Avaliação de Políticas e Programas Sociais. Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde.

BANCA EXAMINADORA



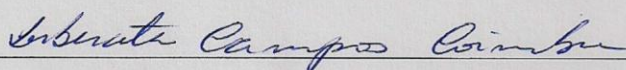
Prof. Antônio Augusto Moura da Silva - UFMA

Doutor em Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto



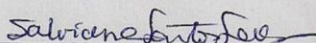
Prof. Maria do Rosário de Fátima e Silva - UFPI

Doutora em Serviço Social - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo



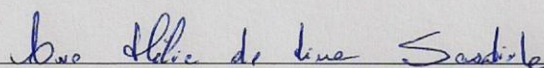
Prof. Liberata Campos Coimbra - UFMA

Doutora em Políticas Públicas - Universidade Federal do Maranhão



Prof. Salviana de Maria Pastor Santos Sousa - UFMA

Doutora em Políticas Públicas - UFMA



Prof. Ana Helia de Lima Sardinha - UFMA

Doutora em Ciências Pedagógicas - Ministerio del Educación Instituto Central em Ciências Pedagógicas de Cuba

São Luís, 31 de março de 2011

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais:
Jerônimo Carneiro de Alencar
e Maria de Jesus Silva Alencar,
exemplos de velhices desejadas
por nós.*

Às pessoas idosas.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao nosso Deus por todas as bênçãos: "Porque há um só Deus, e um só Mediador entre Deus e os homens, Jesus Cristo homem" (1 Tm 2:5).

Este trabalho consiste no somatório da contribuição de diferentes personagens, sem a qual não atingiríamos os nossos objetivos de tentar externar e partilhar as nossas inquietações acerca da questão do envelhecimento contemporâneo, especialmente aquelas do âmbito da saúde. Não queremos dizer com isso que este trabalho esgota todas as possibilidades de análise da questão, ao contrário, deixa em aberto novas interrogações para novos empreendimentos sobre a temática.

Destacamos aqui o apoio, o acolhimento, o aconselhamento, o auxílio, a compreensão, a sinergia, a amizade e as orientações que recebemos durante este processo.

Em razão disso, servimo-nos da composição dos poetas Arnaldo Antunes e Péricles Cavalcanti para agradecer a todos as pessoas que contribuíram e vibraram comigo na concretização deste projeto pessoal e profissional, dentre os quais *“minha grande Família”*; meu Orientador Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva; Profissionais das Equipes de Saúde da Família; Dra. Adriana Carvalho (Gerente da GEAB); Francisco Alencar (pela valiosa contribuição na revisão); minhas Amigas do Departamento de Nutrição/UFPI, Martha Teresa e Alice Piauilino; minhas amigas da Fundação Municipal de Saúde Francisca Bezerra e Keila Silveira; minhas amigas Alexandra Carvalho e Geórgia Patrícia; meus amigos da Ilha Juvenal Carneiro e Betinha Gomes; Ducineide Aranha; Professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão.

Velhos e Jovens

Antes de mim vieram os velhos.

Os jovens vieram depois de mim.

E estamos todos aqui.

No meio do caminho dessa vida.

Vinda antes de nós.

E estamos todos a sós.

No meio do caminho dessa vida.

E estamos todos no meio.

Quem chegou e quem faz tempo que veio.

Ninguém no início ou no fim.

Antes de mim, vieram os Velhos.

Os jovens vieram depois de mim.

E estamos todos aí!

(Arnaldo Antunes e Péricles Cavalcanti)

AGRADECIMENTOS FUNCIONAIS

À Universidade Federal do Piauí – UFPI e ao Centro de Ciências da Saúde- CCS que me proporcionaram esta ímpar oportunidade de beber em outras fontes de conhecimento e em outra instituição ideias para o meu amadurecimento intelectual, profissional e pessoal, que possam ser traduzidos no cotidiano das vivências da sala de aula, das atividades de extensão e de pesquisa em nosso Estado.

Ao meu Departamento de inserção, Departamento de Nutrição/CCS/UFPI, com seu corpo docente, discente, técnico- administrativo e funcionários pelo apoio, incentivo e liberação, para que eu pudesse alçar novos voos para refletir sobre as questões do envelhecimento da população, que possam permear outras investigações nesse campo.

À Prefeitura Municipal de Teresina, por meio da Fundação Municipal de Saúde/ Gerência de Atenção Básica / Coordenadoria Regional de Saúde centro-norte pela autorização para o desenvolvimento da pesquisa de campo.

Ao Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq pelo incentivo intelectual com bolsa de produtividade em pesquisa.



Mas envelhecer não é adoecer. Envelhecer é seguir sendo, seguir existindo, realizando, criando vida. É superar os limites dos que nos antecederam e de nossa própria geração. Não há dúvida. Mas a população brasileira, os profissionais de saúde, o sistema de saúde e toda a engrenagem social e econômica ainda estão despreparados para tamanha façanha, tamanha audácia.

(Sandhi Maria Barreto)

RESUMO

ALENCAR, M. S. S. **A saúde da pessoa idosa na Atenção Básica:** processos, limites e possibilidades no caso do município de Teresina-Piauí. 209f. Tese de Doutorado. Programa de Pós - graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. 2011.

Objetivo: Esta tese objetiva compreender e analisar as ações e serviços de atenção básica desenvolvidos pela Estratégia Saúde da Família com a pessoa idosa, no município de Teresina-Piauí, e como nesse processo estas atuações estão se configurando em atitudes de proteção ao envelhecimento ativo e saudável e em garantias sociais ao público idoso. **Metodologia:** A questão se articula com as dimensões: práticas de saúde ofertadas nas unidades básicas (ações de promoção, de prevenção e de educação em saúde; atividades em grupo); político-institucional da organização da atenção; do processo de trabalho em equipe multiprofissional e da capacitação dos profissionais para lidar com as demandas da pessoa idosa e do envelhecimento. Autores do campo de avaliação de políticas sociais, saúde coletiva e gerontologia social ancoraram a discussão. O objeto de estudo está situado na área temática Políticas Sociais e Avaliação de Políticas e Programas Sociais, com ênfase na avaliação dos processos de implantação e implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e das ações do HIPERDIA. O contexto e sujeitos da pesquisa foram a rede de serviços assistenciais de saúde da Fundação Municipal de Saúde e a estrutura territorial da Coordenadoria Regional de Saúde - CRS centro-norte e dezessete (17) profissionais, dos quais quatorze (14) de dez (10) equipes das Unidades Básicas de Saúde, gerente e técnico da Gerência de Atenção Básica e técnico da CRS centro-norte: médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionista, especialista em saúde pública, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pesquisa de abordagem qualitativa, tendo no estudo de caso o procedimento para a pesquisa de campo: observação direta, levantamento quantitativo de indicadores que classificam os idosos por idade, doença crônica e acamados; entrevistas, além da análise documental. A descrição e interpretação das categorias temáticas por triangulação das informações ancorou-se na técnica análise de conteúdo. **Resultados e Discussão:** Com base nas percepções dos agentes sociais envolvidos na Saúde da Família sobre os limites e possibilidades para a atenção à saúde da pessoa idosa, observamos que o processo de implantação e implementação das ações da PNSPI ainda era decorrente de planejamento incipiente para as ações de promoção ao envelhecimento ativo, saudável e autônomo, com práticas de saúde fragmentadas e descontínuas; quanto às ações do HIPERDIA, embora seja a estratégia mais consistente na atenção aos idosos, alguns obstáculos apontados pelos sujeitos demonstraram, também, frágil processo para e no trabalho em equipe e falta de capacitação dos profissionais em saúde e envelhecimento. A atenção à saúde da pessoa idosa segue o modelo biomédico de assistência individual, baseado em consultas médicas e de enfermagem, com suas regras introjetadas pelos referidos profissionais, em contraposição àquelas que observam os determinantes sociais dos contextos em que elas são geradas. Esses elementos, por si sós, demonstram a complexidade da atenção à saúde da pessoa idosa na saúde da família, mormente se considerarmos que as competências exigidas para esse cuidado ainda não fazem parte dos processos de formação dos distintos sujeitos que hoje integram as equipes. **Conclusão:** O “novo” paradigma de saúde para a atenção às pessoas idosas que busque avaliá-las multidimensionalmente a partir de suas capacidades funcionais ainda não se constitui em estratégia, neste município, que seja capaz de transformar o modelo technoassistencial da rede básica de saúde em um modelo mais amplo e complexo, que possa interferir na qualidade de vida delas e reafirmar o compromisso com o cuidado individual e a saúde coletiva. Portanto, se houve avanço na proposta de universalização do acesso e integralidade do cuidado em saúde na base do SUS pelo viés jurídico-institucional, esse mesmo avanço não se fez acompanhar de ações efetivas na saúde da família, pois, os impasses persistem nessa Estratégia, para que haja a implementação de ações de promoção e proteção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento ativo, saudável e autônomo, na atual conjuntura da sociedade brasileira, marcada pelas iniquidades sociais.

Palavras-chave: Envelhecimento, Política Nacional de Atenção Básica, Políticas públicas, Avaliação de políticas e programas sociais, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

ALENCAR, M. S. S. The health of older people in primary care: processes, limits and possibilities in case of the city of Teresina, Piauí. 209f. PhD thesis. The Post - graduate degree in Public Policy. Federal University of Maranhão. 2011.

Objective: This thesis aims to understanding and analyzing the actions and primary care services developed by the Family Health Strategy with the elder in the city of Teresina, Piauí, and as this process these actions are being shaped in attitudes of protection active and healthy aging and social guarantees to the elderly population. **Methodology:** The issue is linked with the dimensions: health practices offered in the basic units (health promotion, prevention and health education, group activities), political-institutional organization of care, the process of multiprofessional teamwork and training of professionals to handle the demands of the elderly and aging. Authors of the field evaluation of social policies, public health and social gerontology anchored the discussion. The object of study is located in the subject area Social Policy and Policy Evaluation and Social Programs, with emphasis on evaluation procedures for the establishment and implementation of National Health Policy for the Elderly (PNSPI) and the actions of HIPERDIA. The context and the research subjects were the network of health-care services of the Municipal Health Service and the territorial structure of the Regional Health - CRS north-central and seventeen (17) professionals, of which fourteen (14) of ten (10) teams from the Basic Health Units, and technician manager of the Management of Primary Care and technician of CRS north central: doctors, nurses, dentists, nutritionists, public health expert, practical nurses and community health workers. Qualitative research using case study in having the procedure for field research: direct observation, quantitative survey of indicators to classify the elderly by age, chronic disease and bedridden, interviews, and document analysis. The description and interpretation of the themes by triangulation of information anchored in the content analysis technique. **Results and Discussion:** Based on the perceptions of social actors involved in the Family Health on the limits and possibilities for health care for the elderly found that the implementation process and implementation of actions arising from PNSPI was still planning for the fledgling promotion actions active aging, healthy and self-employed with health practices fragmented and discontinuous; regarding the actions of HIPERDIA although a more consistent strategy in the care of elderly, some obstacles mentioned by the subjects also demonstrated a fragile process and to the teamwork and lack of professional training in health and aging. The health care of the elderly follows the biomedical model of individual care based on medical and nursing, with its rules introjected by these professionals, as opposed to those who observe the social determinants of contexts in which they are generated. These elements in themselves demonstrate the complexity of health care for the elderly in family health, moreover if we consider that the skills required for this care are not yet part of the formation processes of different subjects that are now part of the teams. **Conclusion:** The "new" paradigm of health care for the elderly that seeks to evaluate them from multidimensional functional abilities has not is a strategy, in this city, which is capable of transforming the technical care model of primary healthcare in a wider and more complex model, which can interfere with their quality of life and reaffirm the commitment to individual care and public health. Therefore, if there was progress in the proposed universal access and comprehensiveness of health care on the basis of SUS by the legal and institutional bias, this same progress has not been accompanied by effective action in family health. For the deadlocks persist in this strategy, because there is the implementation of actions to promote and protect the health of the elderly and aging active, healthy and independent in the current situation of Brazilian society, marked by social inequities.

Keywords: Aging, National Policy on Primary Care, Public policy, Policy evaluation and social programs, Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade em países selecionados 1990/1999.....	39
Figura 2.	Distribuição da população por grandes grupos etários (%), extraído do IBGE 2006.....	40
Figura 3.	Funcionalidade global nos ciclos de vida (Moraes, 2008).....	47
Figura 4.	Determinantes do Envelhecimento Ativo adaptado da OMS, 2005.....	48
Figura 5.	Mapa de Teresina-Pi - limites geográficos da Coordenadoria Regional de Saúde Centro/Norte.....	95
Figura 6.	Diagrama utilizado para a organização e análise das categorias temáticas (Adaptado de Bardin, 1997; Berelson, 1952).....	105
Figura 7.	Diagrama para a elegibilidade das categorias temáticas: critérios, objetivos e dimensões.....	106
Figura 8.	Mapa Regional de Teresina.....	109
Figura 9.	Famílias acompanhadas/visitadas, consultas do HIPERDIA e visitas domiciliares entre Idosos da área (A1), mensalmente. Teresina-Pi, 2010.....	134
Figura 10.	Idosos cadastrados na área (A2) por indicador de fragilidade idade e dependência, segundo microárea. Teresina-Pi, 2010.....	135
Figura 11.	Idosos cadastrados na área (B1) por indicador de fragilidade idade e dependência, segundo microárea. Teresina-Pi, 2010.....	136
Figura 12.	Idosos cadastrados na área (B2) por indicador de fragilidade idade e dependência, segundo microárea. Teresina-Pi, 2010.....	137
Figura 13.	Idosos cadastrados na área (C1) por indicador de fragilidade hipertensão arterial e diabetes mellitus, segundo microárea. Teresina-Pi, 2010.....	138
Figura 14.	Idosos cadastrados na área (C2) por indicador de fragilidade idade e dependência, segundo microárea. Teresina-Pi, 2010.....	139
Figura 15.	Idosos cadastrados na área (C3) por indicador idade e dependência, segundo microárea. Teresina-Pi, 2010.....	140

Figura 16. Idosos cadastrados na área (D1) por indicador de fragilidade hipertensão arterial e diabetes mellitus, segundo microárea. Teresina-Pi, 2010.....	141
Figura 17. Idosos cadastrados na área (D2) por microárea. Teresina-Pi, 2010.....	142
Figura 18. Idosos cadastrados na área (E1) por microárea. Teresina-Pi, 2010.....	143
Figura 19. Total de idosos por faixa etária e grau de dependência das áreas A2, B1, B2, C2, C3.....	144
Figura 20. Total de idosos hipertensos e diabéticos das áreas C1, D1 e D2.....	144
Figura 21. Consultas médicas 60 anos e mais. Teresina-Pi, 2010.....	150

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1.	Envelhecimento populacional por regiões do mundo, 1950, 2000, 2050.....	38
Tabela 2.	População Total e com 60 anos e mais por sexo e faixa etária residentes em Teresina-Piauí, em 2008.....	39
Tabela 3.	Cadastrados no HIPERDIA por sexo e faixas etárias. Teresina-Pi, 2010.....	119
Tabela 4.	Perfil dos entrevistados.....	223
Quadro 1.	Unidades de saúde com internação, que atendem a pacientes do SUS, pertencentes à Prefeitura Municipal de Teresina. Teresina-Pi, 2010.....	113
Quadro 2.	Distribuição das unidades de saúde com internação, que atendem a pacientes do SUS, por regionais, Teresina-Pi, 2010.....	114
Quadro 3.	Indicadores de atenção básica de 2002 a 2009 do Estado do Piauí.....	120
Quadro 4.	Adultos com 60 anos e mais por Área e Equipe de Saúde da Família. CRS-centro/norte.....	133

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica a Saúde
AVDs	Atividades de Vida Diária
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CSPI	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DANT	Doenças e Agravos Não-transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
GEAB	Gerência de Atenção Básica
HIPERDIA	Programas de controle de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAME	Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Política Nacional do Idoso
PNS	Política Nacional de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PTIA	Programa Terceira Idade em Ação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UNITED NATIONS	Nações Unidas
SESC	Serviço Social do Comércio
SISHIPERDIA	Sistema de Informação em Saúde do HIPERDIA
SILOS	Serviços Locais de Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
LISTA DE FIGURAS.....	12
LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	14
LISTA DE SIGLAS.....	15
INTRODUÇÃO.....	19
I. O ENVELHECIMENTO CONTEMPORÂNEO E SUAS PERSPECTIVAS PARA O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO.....	35
1.1 O Envelhecimento da população brasileira em perspectivas sociodemográficas	36
1.2 O envelhecimento sob o ponto de vista da saúde e independência: desafios para as políticas sociais.....	42
1.3 Configurações da saúde pública brasileira em perspectiva histórica – nortes para a saúde como direito.....	50
1.4 A atenção à saúde da pessoa idosa na Saúde da Família: refletindo a questão pelo marco conceitual e legal.....	60
II. O OBJETO: AS AÇÕES DA SAÚDE DA FAMÍLIA COM A PESSOA IDOSA - MARCOS TEÓRICO-CONCEITUAL, METODOLÓGICO E ÉTICO.....	76
2.1 Marco teórico-conceitual.....	78
2.2 Aspectos metodológicos da pesquisa.....	89
2.2.1 O contexto da investigação.....	94
2.2.2 Os sujeitos entrevistados na pesquisa de campo.....	98
2.2.3 Procedimentos e instrumentos.....	98
2.2.3.1 O estudo de caso como estratégia da pesquisa de campo.....	98
2.2.4 Análise e interpretação das informações.....	102
2.3 Protocolos éticos.....	107
III. O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA NO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI A PARTIR DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS.....	108
3.1 O Município de Teresina: contexto socioeconômico, político e demográfico.....	109
3.1.1 O Município.....	109
3.1.2 População.....	110
3.2 Contexto organizacional do sistema de saúde no município de Teresina: modelo de atenção e gestão.....	111
3.2.1 As bases para a atenção à saúde da pessoa idosa na rede pública municipal de saúde.....	115

3.2.1.1	Atividades setoriais.....	116
3.2.1.1.1	Programas de Controle de Hipertensão Arterial e de Controle de Diabetes Mellitus (HIPERDIA).....	116
3.2.1.1.2	O processo de implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a partir da ESF.....	121
3.2.1.2	Outras atividades.....	126
IV.	PERCEPÇÕES DOS AGENTES SOCIAIS ENVOLVIDOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A ATENÇÃO A SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	128
4.1	Caracterizações e demandas dos idosos atendidos pelas equipes da CRS-centro/norte.....	132
4.2	O cotidiano das práticas de saúde com a pessoa idosa.....	145
4.3	Dimensão político-institucional da organização da atenção à saúde da pessoa idosa na ESF.....	151
4.3.1	Planejamento incipiente para as ações norteadas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.....	153
4.3.1.1	Percepções dos profissionais inseridos na Gerência de Atenção Básica.....	153
4.3.1.2	Percepções da equipe multiprofissional da Saúde da Família.....	154
4.3.2	Ações atendem às doenças.....	157
4.4	Dimensão do processo de trabalho em equipe multiprofissional.....	164
4.4.1	Ações fragmentadas e descontínuas.....	164
4.4.2	Fragilização para e no trabalho em equipe.....	174
4.4.3	Falta de capacitação da equipe para lidar com a demanda do envelhecimento.....	179
4.4.3.1	A fala da equipe sobre seu próprio preparo para cuidar da pessoa idosa.....	180
4.4.3.2	A fala da equipe sobre o processo de capacitação em saúde e envelhecimento.....	185
	CONCLUSÃO.....	189
	REFERÊNCIAS.....	198
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se [portanto] de um problema não filosófico, mas político.

(Bobbio, 1992, 24).

O envelhecimento, apesar de ser uma situação inexorável a todos os indivíduos, hoje é considerado um fenômeno mundial sem precedentes, pelo acréscimo demográfico das pessoas que alcançam esta fase da vida. O Brasil confirma esta estatística pelo novo perfil da sua população apresentado nas últimas décadas.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da pesquisa sobre “Idosos no Brasil...” SESC/ Fundação Perseu Abramo e de outros estudos sobre o envelhecimento apontam que as mudanças na pirâmide etária se iniciaram na década de 1960, em decorrência dos avanços científicos e das novas tecnologias na saúde pública, dentre as quais podemos citar: condições de saneamento, alimentação e nutrição, vacinações, educação e assistência à saúde (IBGE, 2007; NERI et al., 2007; LEBRÃO; DUARTE, 2007; VERAS et al., 2005; VERAS, 2003).

Essas mudanças se refletiram diretamente na redução dos índices de mortalidade do segmento entre zero e 60 anos, garantindo uma maior expectativa de vida para as pessoas com 60 anos e mais.

Esse fato possibilitará o aumento da participação relativa desta população frente aos demais grupos etários, considerando-se que houve um acréscimo nos anos de vida dos brasileiros no período de 1991 a 2006 (IBGE, 2007).

Isso é demonstrado a partir dos indicadores demográficos para a esperança de vida ao nascer, onde a estimativa para os homens chega aos 68,67 anos e para as mulheres, 76,22 anos. Sendo que este indicador, aos 60 anos, situa-se em torno de 19,41 e 22,56, respectivamente (BRASIL, MS, 2008).

A partir dessas alterações, estima-se que em 2025 o Brasil assumirá a sexta colocação entre os países mais populosos, com uma população idosa de aproximadamente 32 milhões de pessoas (IBGE 2003).

Demográfica e individualmente, define-se o envelhecimento pela quantidade de anos vividos, sendo idoso aquele que chega aos sessenta anos de vida, conforme determina a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996; 1994).

O envelhecimento, de acordo com Neri (2001, p.46), consiste “em um conjunto de mudanças biológicas, psicológicas e sociais do ser humano que são traduzidas na redução da plasticidade comportamental, na elevação da vulnerabilidade, na acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte”.

Simone de Beauvoir (1990) afirma que não é fácil circunscrever uma concepção para a “velhice”, considerando que há uma estreita interdependência entre os pontos de vista biológicos, psicológicos e sociais que circundam o indivíduo.

Ela argumenta que “a velhice é o que acontece aos seres humanos que ficam velhos; uma vez em nós, é o outro que é velho, a revelação de nossa idade vem através dos outros, mesmo enfraquecido, empobrecido, exilado no seu tempo, o idoso permanece sempre o mesmo ser humano” (p. 16).

Resumindo os pontos de vista anteriores, Bosi (1994, p.77) enfatiza que “a velhice além de ser um destino do indivíduo, é uma categoria social. Onde cada sociedade tem um estatuto contingente para o declínio biológico do homem”, ou seja, o envelhecimento e a velhice são instituídos de formas diferentes por cada sociedade.

Na sociedade brasileira, o fenômeno do envelhecimento como questão social pode ser caracterizado pelas seguintes contingências: de um lado, a própria constituição do Estado, da sociedade e da família demonstra um despreparo para enfrentar e compreender o envelhecimento como um processo e a velhice como um estado característico da condição do ser humano idoso.

Por outro lado, não se possui formação numa ótica humanista de respeito e consideração para com o idoso. A cultura na qual se está inserido, em nossa realidade, é de culto ao corpo, da chamada “juventude eterna”, e não há uma formação cultural para o envelhecimento, de compreendê-lo como acontecimento natural da vida, como também não há formação cultural de respeito à dignidade daquelas pessoas que já envelheceram (BRUNS, 2007; MEDEIROS, 2004; ALMEIDA, 2003; BARROS, 2003).

Por isso, requer-se uma análise que dê conta desses traços conjunturais que culminaram com a sua eclosão, não apenas demograficamente, mas sobretudo, como afirma Teixeira (2006, p.26-27), “como uma problemática social resultante da forma produtiva da sociedade, como uma expressão das condições materiais de vida com suas relações de produção e reprodução social sob a lógica econômico-mercado lógica”. Lógica esta também presente no sistema de saúde hegemônico no país.

Apesar de compartilhar com a autora, esta não é a nossa perspectiva de análise para esse momento. Como argumento no Capítulo II, o nosso compromisso teórico-metodológico, neste estudo, gravita em torno das garantias de proteção social, sob os princípios do Sistema

Único de Saúde (SUS) em seu modelo oficial de gestão e da atenção à saúde da família (BRASIL, MS, 2006a; 2001a; BRASIL, 1990).

É o próprio papel da política de saúde que está em jogo ao ter que responder pelas suas funções de integralidade e universalidade dos direitos compilados nas leis orgânicas da saúde, que apontam para a igualdade e a integração social (BRASIL, MS, 2001a; BRASIL, 1990; 1988).

Cabe lembrar que os direitos sociais constitutivos da cidadania da pessoa idosa são frutos da Constituição brasileira de 1988, elaborada no processo de transição democrática que rompeu com a ditadura militar e configura um estado de direito (FALEIROS, 2007).

Estabelece-se a Seguridade Social, que compreende a assistência, a previdência e a saúde (artigo 194), sendo esta universal. A Previdência Social passa a ter dimensão contributiva, de acordo com a Emenda Constitucional nº. 20 (BRASIL, 1988).

No entanto, a tradução dessa garantia em legislação aconteceu, simplesmente, uma década após a realização da Assembléia Mundial sobre Velhice e da elaboração do Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento (PAME), na cidade de Viena em 1982 (UNITED NATIONS, 1982), quando no Brasil se instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Decreto-Lei nº. 1.948, de 03 de julho de 1996, que a regulamenta (BRASIL, 1996; 1994).

Estes dispositivos elucidam as necessidades da população idosa, objetivando assegurar os seus direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade. Cria os Conselhos de Direitos do Idoso e um leque de ações governamentais que devem implementar as políticas em diversas áreas, como assistência, habitação, saúde, educação, cultura, lazer e a Previdência (BRASIL, 1996; 1994).

Para que isso ocorresse, foi necessário que o aumento expressivo deste contingente atingisse um número alarmante nas projeções para as próximas décadas, para que as autoridades despertassem para esta realidade latente (MOREIRA, 1998).

No que tange às questões do campo da saúde, a PNI organiza as suas diretrizes com base no Relatório Lalonde (1974), na Conferência de Alma-Ata (1978), na Carta de Ottawa (1986), na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), nas Leis do SUS (8.080 e 8.142/90) e no art. 196 da Constituição. Este determina “a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Em outras palavras, requer dos agentes sociais articulação com todos os setores da sociedade, para organizar as ações efetivas que possam contribuir para o envelhecimento ativo e saudável, respeitando inclusive as nuances do curso de vida de cada idoso (BRASIL, 1996; 1994).

Essa observação é fundamental para o processo de gestão e da atenção no sistema de saúde, uma vez que não se pode considerar o envelhecimento populacional somente como um fenômeno homogêneo atestado na demografia, mas, sobretudo, como um fenômeno multidimensional, real e crescente que demanda complexos desafios para as políticas econômicas e as de Seguridade Social (FREITAS, 2004; CAMARANO, 2002).

Estudos têm mostrado que as diretrizes da assistência, no campo da saúde pública, pelo paradigma biomédico (com seu foco principal na etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças; na tecnologia médica; e no risco e atenção individual), mesmo com o avanço tecnológico-científico e de sua inegável contribuição para o risco individual, torna-se cada vez mais incapaz de responder aos processos de saúde e doença da população (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007; RAMOS, 2003; TRAD; BASTOS, 1998; LAURELL, 1983; ENGEL, 1977).

Tais constatações têm despertado os diferentes agentes formuladores das políticas públicas da saúde para novos direcionamentos nas ações governamentais, como buscar formas de melhorar a equidade, eficiência, efetividade e responsabilidade de seus sistemas de saúde.

Busca-se qualificar o contexto das práticas com mudanças e inovações deflagradas a partir de um conjunto de medidas, de programas e normas voltadas para a atenção básica e para o atendimento primário em saúde (para os gestores internacionais), ou seja, programas e políticas especificamente preocupados com o primeiro nível de acesso e de contato da população com o sistema de saúde (BRASIL, MS, 2006a; 2001a; 1990).

Por isso, as evidências decorrentes de processos de avaliação de políticas e programas, no âmbito da saúde pública centrada na busca de uma sociedade mais saudável e na prevenção do desperdício de recursos com a implantação de programas ineficazes, têm demonstrado, nos últimos anos, uma melhor aceitação do importante papel da atenção primária à saúde no

alcance desses objetivos (FELISBERTO et al., 2010; SILVA; CALDEIRA, 2010; VIEIRA et al., 2005).

São medidas deliberadas de indução a uma maior organização ou reorganização da porta de entrada dos serviços de saúde, cujo pressuposto, ao que parece, envolve alteração no modelo de assistência: predomínio das ações preventivas e de promoção de saúde em detrimento das ações curativas de média e de alta complexidade hospitalares (SILVA; CALDEIRA, 2010; LEFEVRE; LEFEVRE, 2007; FACCHINI et al., 2006; AROUCA, 2003; VERAS et al., 2005; RAMOS, 2003; 2002; TRAD; BASTOS, 1998; LAUREL, 1983; ENGEL, 1977).

Verdade se diga que esse movimento não é de agora, ele emerge com o estabelecimento da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, em 1978, em Alma-Ata, um dos elementos que contribuiu para que no Brasil fosse implantado o SUS, a partir do qual se universalizou o acesso aos serviços e se definiu a Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta de entrada e principal estratégia para alcançar a meta (BRASIL, MS, 2001a; 1990; DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Os conceitos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão orientam a ABS para a promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, MS, 2006e; 2001a; 2001b; BRASIL, 1990).

Sob o ângulo teórico, a política de saúde pressupõe que a força de um sistema de atenção básica de um país está associada à melhoria dos resultados de saúde para a população. Nesse espaço, a prevenção de agravos e a promoção de saúde consistem em proporcionar às pessoas as condições adequadas para alcançar o bem-estar físico, mental e social, onde os sujeitos possam identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente (BRASIL, MS, 2006e; 2001a; 1986; BRASIL, 1990; 1988).

Para tanto, o setor sanitário não pode, por si mesmo, proporcionar as condições prévias, nem assegurar as perspectivas favoráveis à saúde. Precisa atuar como mediador na coordenação de ações que envolvam diferentes setores: os governos, os setores sanitários, econômicos, sociais, as organizações não-governamentais, a indústria e os meios de comunicação de acordo com os preceitos definidos na Primeira Conferência Internacional de Saúde (WHO, 1986; DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Com isso, as estratégias e programas de promoção de saúde subjacentes aos preceitos do SUS devem possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de qualidade e resolutivos, em espaço adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizados, em consonância com o princípio da equidade, e, ao mesmo tempo, permear a articulação entre as ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação da saúde aos integrantes do ciclo vital (BRASIL, MS, 2006a; 2006e; 2004a; 2001b).

Embasada nestes pressupostos, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde, traz revisão sobre as diretrizes e normas para a organização da ABS e define dez áreas estratégicas de atuação em todo o território nacional, dentre elas, a saúde do idoso.

Um dos seus princípios basilares é a efetivação, de forma integral, de ações programáticas voltadas para a saúde da família e coordenadas na rede de serviços de atenção à saúde por agentes sociais dos diversos campos do saber (BRASIL, MS, 2006a).

Neste horizonte, a atual Estratégia Saúde da Família (ESF) iniciou sua primeira etapa em 1991, como Programa de Saúde da Família (PSF), cujo cerne da atenção eram as ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 1994, ampliam-se em equipes do PSF em doze estados da federação (Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Pará, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina). Segundo Sousa e Hamann (2009, p.1329) a expansão da cobertura do PSF para os grandes centros urbanos decorre do movimento pioneiro de doze municípios (Bragança-PA; Campina Grande-PB; Neópolis-SE; Quixadá-CE; Goiânia e Planaltina do Goiás-GO; Juiz de Fora e Além Paraíba-MG; Niterói-RJ; Curitiba-PR; Joinville e Criciúma-SC).

Ainda, de acordo com eles “foi a decisão política e determinação desses municípios” que serviram de subsídios para esta ampliação, de tal modo que, “ao final de 1994, o programa estava presente em 55 cidades brasileiras com trezentos e vinte oito equipes” (p.1329).

Com as mudanças no financiamento a partir da implantação do Piso de Atenção Básica, em 1997, houve, então, maior adesão dos grandes centros urbanos de todo o país cujo marco foi o ano de 1998. Hoje, a saúde da família se constitui na estratégia da ABS dos municípios brasileiros (BRASIL, MS, 2006a).

Concernente, a área estratégica - a saúde da pessoa idosa, definida na PNAB, em 2006, tendo como âncora a PNI, o Estatuto do Idoso e a Política de Saúde do Idoso (de 1999), foi regulamentada pela Portaria n°. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cujo princípio basilar é a promoção do envelhecimento ativo e saudável com ações integrais e integradas nos diversos setores da sociedade (BRASIL, MS, 2006b).

Apesar desse enfoque, Veras et al. (2005) e Ramos (2003; 2002) argüem que a política de saúde tem priorizado o atendimento aos idosos em função do padrão de doença apresentado por este grupo, que, na sua maioria, apresenta morbidade múltipla (mais de uma doença crônica), demandando recursos humanos qualificados, equipamentos e exames complementares de alto custo. Constituindo-se em um indicador de saúde insuficiente para dar conta das especificidades da fase da velhice e das necessidades dos idosos, uma vez que a identificação de um problema de saúde apresenta importância distinta entre diferentes idades e grupos sociais (SOUZA; GRUNDY, 2004; LAURELL, 1983; ENGEL, 1977).

Souza e Grundy (2004) e Ramos (2003; 2002) demonstram ser a abordagem centrada na doença insuficiente para atender às demandas do público na fase da velhice, a qual requer que as abordagens das situações-problemas relacionadas à saúde individual e coletiva sejam articuladas com as especificidades contextuais, onde os problemas de saúde ocorrem, e com as condições sociais, políticas e culturais ao longo do tempo. Denota, assim, uma sintonia com os preceitos do SUS, que asseveram as garantias do estado de direito (BRASIL, 2003; 1996; 1994; 1990; 1988; BRASIL, MS, 2001a).

Kalache (2008) pondera que “à medida que as tendências demográficas se aceleram, há aumento na prevalência de doenças crônicas, que implica na urgência de priorizar a prevenção em todos os países, mas o setor de prestação de serviços ainda vê uma doença crônica como se fosse um episódio isolado e agudo” (p.1109). Por isso, a atenção à saúde da pessoa idosa requer dos sistemas básicos de saúde ajustes em suas práticas, para evitar equívocos em cuidar os idosos com ações imediatas, com ênfase no cuidado agudo, ao invés de ações com ênfase na prevenção e no cuidado crônico.

Por sua vez, a constituição da Atenção Básica de Saúde no Brasil é marcada por problemas na estrutura física dos serviços, na suficiência e perfil dos profissionais de saúde, e no acesso oportuno aos recursos. Em contrapartida, aspectos da transição demográfica e epidemiológica parecem atuar como redutores de possibilidades de expansão da saúde

pública, como campo de investigação, à medida que descaracterizam o caráter social implícito nos processos de saúde-doença (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007; AROUCA, 2003; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; 1998; LAURELL, 1983).

Além disso, a conjunção dos problemas do atual setor saúde, nos diversos âmbitos - científico, econômico, social e político -, esparge complexos desafios para a saúde coletiva quanto às atitudes em prol do que fazer para efetivamente enfrentar macro-questões, como a “desatenção” na saúde pública e as demandas do envelhecimento.

Como expressam Paim e Almeida Filho (2000), é necessário que ocorram mudanças, aperfeiçoando estratégias político-operacionais que incluam, na municipalização da saúde, vertentes de aprofundamento do controle social, por meio de análises teóricas e práticas que possam ampliar a percepção de direitos pelos movimentos sociais.

Numa visão mais processual, compreendemos que a efetivação daquelas práticas e a mensuração dos determinantes da saúde da população idosa, nessa conjuntura complexa, exigem soluções inovadoras e criativas, tanto no campo teórico como no espaço das práticas.

Segundo Veras (1995) e Buss (2003; 2000), as experiências vêm demonstrando que o aumento da disponibilidade das práticas na atenção básica pode propiciar maior satisfação do usuário, pode ainda contribuir para a expansão dessas práticas, uma vez que identifica previamente as necessidades do público que demanda as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Desse modo, pode ser visto como um mecanismo para a reorganização da estrutura dessas UBS, no sentido de permear a assistência à pessoa idosa.

Estas experiências, por sua vez, demandam treinamentos específicos em envelhecimento humano capazes de lidar com as condições de saúde, fragilização, probabilidade de agravos e fatores de risco associados, pela carência de profissionais de saúde que tenham especialidade em geriatria e gerontologia social nesse eixo da assistência. Por isso, a implementação desse tipo de cuidado poderá contribuir não apenas para a atenção ambulatorial ou hospitalar, mas sobretudo, para a assistência domiciliar que tende a crescer com o envelhecimento (MOTA; AGUIAR, 2007; BRASIL, MS, 2006c).

Em suma, à medida que as sociedades envelhecem novas abordagens abrangentes e sistêmicas são requeridas para as questões de saúde, para atender às demandas dos idosos. Por isso, as políticas de saúde devem considerar as possíveis estratégias preventivas que incluam não apenas as ações promocionais tradicionais, mas também a utilização de práticas

alternativas que sejam comprovadas e efetivas (KALACHE, 2008; MOTA; AGUIAR; 2007; SOUSA; GRUNDY, 2004; RAMOS, 2003).

Diante disso, o presente trabalho teve como objeto de estudo e de investigação as ações de atenção básica à pessoa idosa a partir da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina (PI), tendo como ancoragem a dialética das percepções dos agentes sociais sobre a PNAB e a PNSPI e de suas interpretações sobre as vivências na ESF para o enfrentamento do envelhecimento, no serviço de saúde local. É nesse espaço onde se processa o trabalho da equipe multiprofissional e se dá as relações entre os profissionais e os usuários idosos.

Isso nos remete, em primeiro lugar, a pensar as questões próprias do envelhecimento humano como um fenômeno inexorável a todos os indivíduos, com suas complexidades, suas dimensões subjetivas, suas desigualdades socioeconômicas e educacionais e suas demandas diferenciadas, relativas à incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais.

Segundo, analisar o envelhecimento e sua relação com a saúde pública brasileira como uma questão do campo das políticas públicas, que traz à tona diversos desafios para o Estado, sociedade, família e o próprio sistema de saúde.

Em decorrência do exposto, a tese diz respeito a uma pesquisa sobre políticas que apresenta suas particularidades e, portanto, tem faceta que a diferencia dos outros tipos de pesquisas, pois o seu objeto de estudo é multidimensional (analisar as ações de atenção básica à saúde da pessoa idosa no município de Teresina-PI).

São estas provocações trazidas pelo envelhecimento dos brasileiros que requerem novas articulações da política de saúde, no campo da atenção e da gestão das ações e dos serviços, que se constituem no problema central da minha pesquisa.

Reitera-se, ainda, que o cenário adotado para a pesquisa não foi escolhido ao acaso, pois acreditamos que essa discussão se faz atual e necessária, especialmente pelo fato de o envelhecimento populacional emanar desafios às políticas de seguridade social.

Além disso, o fato de a atenção à saúde da pessoa idosa, nesse cenário, encontrar-se em processo, vai exigir daqueles que militam na ESF o acompanhamento crítico da sua operacionalização, da sua concepção e dos princípios norteadores das ações e serviços que estão sendo propostos pela gestão de saúde local para esse público.

A aproximação com o objeto de estudo dimana das vivências junto às equipes de saúde da família, em instituições públicas do município de Teresina (PI), como supervisora de estágio; das discussões sobre a política de saúde nas aulas teóricas e práticas; em palestras, minicursos e reuniões, a partir da docência no curso de graduação em Nutrição da Universidade Federal do Piauí e da vivência com os idosos do Programa Terceira Idade em Ação (PTIA/UFPI).

São, portanto, situações que nos despertaram para a busca de novos aportes, que possibilitem o nosso amadurecimento como pesquisadora da questão do envelhecimento na contemporaneidade.

De um lado, porque o tema se encontra diretamente ligado à nossa área de inserção profissional, no campo da docência universitária; por outro, o fato de ser um tema complexo e inexorável a todo indivíduo, este se torna uma causa de interesse pessoal, por me sentir sujeito-objeto do meu estudo e pelo convívio familiar com a longevidade.

Nossa experiência, nessa área, teve como marco o PTIA, da qual resultou nossa dissertação “A Educação Nutricional aportando dimensões sócio-políticas para um envelhecer bem-sucedido: Vivências do Programa Terceira Idade em Ação/UFPI”, junto ao Programa de Mestrado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (ALENCAR, 2006).

Respaldada nesta experiência, nosso desafio doravante consiste em ampliar a discussão, a partir deste processo investigativo que combina a análise teórica das políticas PNAB e PNSPI, com a pesquisa de campo, com seus procedimentos e instrumentos para a coleta das informações e com a pesquisa documental, que balizaram a reflexão sobre a atenção à pessoa idosa no serviço municipal de saúde de Teresina (PI).

Nesta perspectiva, estudos têm apontado que a atenção primária à saúde, comparada aos setores de atenção secundária e terciária, representa uma nova área de pesquisa, apesar de se observar um aumento da complexidade e qualidade dos estudos nas últimas décadas.

Com esse avanço, estudos que reflitam questões sobre a promoção e proteção da saúde dos idosos no âmbito da Estratégia Saúde da Família já começaram a despontar, mas ainda são poucos. Talvez porque o envelhecimento dos brasileiros ainda seja uma situação “nova” no país, ou ainda, como afirmamos antes, pelo despreparo político e cultural da sociedade brasileira.

Não queremos afirmar com isso que o papel da atenção básica deve ser visto de forma isolada; ao contrário, entendemos que a integralidade de ações deve estar relacionada aos componentes do sistema de saúde. Sendo, portanto, necessário deflagrar mecanismos para ajustar as instituições e a sociedade para o cuidado em saúde, o convívio e o acolhimento desses idosos, de forma a garantir-lhes uma melhor longevidade.

Portanto, a intenção da abordagem interdisciplinar, tendo como fio condutor as atividades realizadas pelas equipes de saúde da família, nas unidades de saúde da Coordenadoria Regional de Saúde centro/ norte, foi a interface para se discutir o atual modelo de gestão e atenção dos serviços de saúde locais para a pessoa idosa, numa articulação com as diretrizes das políticas públicas da população idosa e do envelhecimento.

Almejamos, ainda, a partir deste texto, trazer uma singular contribuição que possa nortear outras pesquisas e projetos de profissionais e estudantes de saúde e de áreas afins ao campo da saúde do idoso, e novos direcionamentos das ações pelos gestores do sistema de saúde local.

Por isso, este estudo encontra *feedback* nos objetivos da área de concentração temática Avaliação de Políticas e Programas Sociais e na linha de pesquisa Políticas de Saúde, do curso de Doutorado em Políticas Públicas da UFMA.

Tendo como objetivo compreender e analisar as ações e serviços de atenção básica desenvolvidos pela Estratégia Saúde da Família com a pessoa idosa, no município de Teresina (PI), e como, nesse processo, estas atuações estão se configurando em atitudes de proteção ao envelhecimento ativo e saudável e em garantias sociais ao público idoso.

São as explicações de como essas ações acontecem no âmbito das atividades desempenhadas pelas equipes neste município que se constituem na idéia-força deste texto. Ação, do latim *actione*, substantivo feminino, significa manifestação ou resultado de uma força; movimento, tudo o que se faz; atividade; modo de atuar; acontecimento (FERNANDES et al., 1990).

Para esse alcance, buscamos conhecer as percepções dos profissionais sobre a organização da atenção básica à população idosa, quanto aos aspectos político-institucionais, processo de trabalho em equipe multiprofissional e capacitação para lidar com as questões do envelhecimento.

Além disso, procuramos identificar as ações de promoção, de prevenção e de educação em saúde realizadas pela equipe de saúde da família com os idosos cadastrados no HIPERDIA que demandavam as unidades mistas, unidades básicas e unidades de saúde da família da Coordenadoria Regional Centro/ Norte.

Por último, ponderamos, com base nos depoimentos, nas observações, nos documentos e na literatura, os limites e as possibilidades das ações e serviços desempenhados pelas equipes locais em relação às diretrizes das políticas que preconizam a promoção e a proteção ao envelhecimento ativo e saudável, cujo suporte é a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.

Espelhados nestes argumentos, a estrutura da tese compõe-se dos seguintes elementos:

Primeira parte: integrada pelo arcabouço teórico-metodológico, que oferece suporte para a análise e desdobramentos do objeto de estudo, está dividida em 2 capítulos:

No Capítulo I - **O envelhecimento contemporâneo e suas perspectivas para o sistema de saúde pública brasileiro** são analisados os desafios que o envelhecimento impõe ao Estado, a sociedade, a família e ao sistema de saúde, com especial destaque para as ações da saúde da família, que almejam proteger e promover à saúde das pessoas idosas. Para tal incursão dialogamos com setenta e cinco autores cujos trabalhos discutem o envelhecimento como fenômeno mundial e suas questões sociais, políticas e culturais, enfatizando as do campo da saúde pública, além de vinte documentos dentre os quais Leis, decretos, portarias, declarações e censos demográficos.

Capítulo II - **O objeto: as ações da saúde da família com a pessoa idosa - marcos teórico-conceitual, metodológico e ético.** Abordam-se os conceitos de saúde da família, envelhecimento saudável, as diretrizes das Políticas que anteparam o envelhecimento, além de se realizar contextualização sobre a pesquisa propriamente dita, onde se destacam seus aspectos teórico-metodológicos, seus procedimentos e instrumentos que permitiram a análise do objeto. Por último, relatamos os aspectos éticos do estudo.

Segunda parte: integrada pelo arcabouço empírico, que consiste nas reflexões sobre a atenção básica à pessoa idosa no município de Teresina (PI), sob o olhar dos profissionais da equipe de saúde da família e do confronto com a teoria de base sobre os aspectos político-institucionais da organização das políticas de saúde e de avaliação de políticas públicas. Divide-se em 2 capítulos:

Capítulo III - O modelo de atenção à saúde da população idosa no município de Teresina-PI a partir das ações implementadas. Começamos o capítulo com uma caracterização do Município a partir do seu contexto socioeconômico, político e demográfico. Para, em seguida, descrever os aspectos do sistema de saúde local e seu modelo de atenção e gestão, analisando as ações e serviços desenvolvidos na ESF que abarcam a atenção à saúde da população idosa que demanda as UBS.

Capítulo IV - Percepções dos agentes sociais envolvidos na Saúde da Família sobre os limites e possibilidades para a atenção à saúde da pessoa idosa. Aqui abordamos qual a realidade das práticas de saúde desenvolvidas pela equipe para atender a demanda da pessoa idosa que procura os serviços básicos de saúde. Também são ponderadas as minudências do processo organizacional da atenção e gestão das ações de saúde. Para tanto, utilizamos como eixo discursivo a dimensão do processo político-institucional e do trabalho em equipe multiprofissional, incluindo-se o preparo e a capacitação dos profissionais para a questão do envelhecimento e das subjetividades da pessoa idosa. Confrontamos os pontos de vista dos sujeitos com as determinações das leis nacionais que anteparam o envelhecimento, com os argumentos de autores da área de avaliação de políticas públicas, da saúde coletiva e da gerontologia social (pesquisas, livros, artigos, jornais, leis, portarias, regimentos, relatórios, estatísticas, dentre outros), com as anotações de campo e com as observações. Intentou-se, nesse diálogo, colocar as nossas próprias elaborações.

Pois, consideramos a análise de políticas dessa magnitude, como as Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Saúde da Pessoa Idosa, um desafio. De um lado, pelo histórico da política da saúde pública com seus obstáculos para a implementação de um sistema nacional de saúde, o SUS. Por outro lado, ao se estudar a política de saúde do idoso, necessariamente, se requer a compreensão do envelhecimento populacional como questão multifacetada, que produz impacto, tanto na seguridade social, quanto na contextura do atual modelo de saúde. E, esse desafio, percorreu todo o processo de construção desta Tese.

“às necessidades básicas (e somente a elas) há uma implicação particular: a ocorrência de **sérios prejuízos** à vida material dos homens e à atuação destes como sujeitos (informados e críticos), caso essas necessidades não sejam adequadamente satisfeitas”.

(Potyara A. P. Pereira, 2007).

CAPÍTULO I

O ENVELHECIMENTO CONTEMPORÂNEO E SUAS PERSPECTIVAS PARA O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO

1.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA EM PERSPECTIVAS SOCIODEMOGRÁFICAS

O envelhecimento é uma preocupação atual na sociedade. O processo vem sendo divulgado e tratado por especialistas de diversos âmbitos disciplinares em decorrência do aumento da longevidade e das condições de qualidade de sobrevivência propiciadas pelo desenvolvimento socioeconômico-cultural, progresso científico e a tecnologia em diversas áreas, principalmente a partir da segunda metade do século XX (KALACHE, 2008; KACHAR, 2003). Depreende-se dessa situação uma porcentagem marcante de idosos no conjunto da população (CAMARANO, 2002).

A maioria da população mundial passa por um processo de envelhecimento. E tal realidade não é somente percebida em países desenvolvidos, em toda a Europa e na América do Norte, mas também em países em desenvolvimento, como, por exemplo, no Brasil. Haja vista a expressiva ascensão do envelhecimento populacional em nível mundial (destaque para a participação dos mais idosos no conjunto da população idosa), bem como de países selecionados na série histórica de 1990-1999 (Tabela 1; Figura 1), respectivamente.

Os dados demográficos demonstram o crescimento dos idosos como um fato sem precedentes, uma vez que em 1950 existia no mundo cerca de 204 milhões de idosos e, em 1998, a população idosa já atingia 579 milhões, ou seja, um crescimento de cerca de oito milhões de pessoas idosas por ano. As projeções prevêem para ano de 2050 que a população idosa alcance 1.900 milhão de pessoas (BATISTA et al., 2008; OPAS, 2007; IBGE, 2007; 2004).

Em relação aos países da América Latina, o Brasil assume uma posição intermediária com uma população de idosos correspondendo a 8,6% da população total. Mas, a região latino-americana apresenta grande diversidade, com a proporção de idosos variando de 6,4% na Venezuela a 17,1% no Uruguai [Fig. 1] (OPAS, 2007; IBGE, 2004; 2000; UNITED NATIONS, 1999).

Em termos de Brasil merece destaque a população mais idosa (80 anos e mais) pela elevação desta, nos últimos anos, representando proporções significativas: 1,8 milhões no ano 2000, 12,6% do total de idosos e de 11,1% em termos de América Latina e Caribe (tabela1). Essa deve bater em 6 milhões em 2020, quando corresponderá a 2,7% da população total. Além disso, outro aspecto relevante diz respeito aos idosos centenários que representava em

2000, 1,3% (24.576) da população idosa. Nesse contingente a maioria são mulheres (BATISTA et al, 2008; IBGE, 2005; 2004; 2000).

Eis uma das questões contextualizadas na PNSPI para justificá-la, enquanto estratégia para a área de saúde, tendo em vista assegurar atenção a este segmento, até então pouco visível pela saúde pública: o envelhecimento populacional em condições de desigualdades sociais e de gênero.

Esta temática foi alvo de debates por ocasião do XVII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia/ Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) - Envelhecimento: funcionalidade, participação e sustentabilidade, realizado em Belo Horizonte no final do mês de julho de 2010.

Nesse evento, foram realçadas as diferenças regionais não apenas pelo prisma quantitativo, mas, também, pelas questões qualitativas. Reafirmou-se que o Brasil possui 21 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Destes, 3 milhões estão acima dos 80 anos, sendo Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, os Estados com maior percentual de idosos, com 14,9% e 13,5%, respectivamente. Esse achado está disponível em: CBGG2010 – <http://www.cbgg2010.com.br>.

A informação precedente em relação aos mais idosos mostra-se em ascensão, quando comparada às estimativas do IBGE, censo 2000 que era de 1,8 milhão. Significando que está dentro da previsibilidade demonstrada pelo Instituto e por Batista et al., de que esta dita população alcançará a cifra de 6 milhões nos próximos dez anos (BATISTA et al, 2008; IBGE, 2004).

Quanto à região Nordeste, a população idosa residente em 2004 era de 4.020.857 habitantes, sendo a segunda maior em relação às outras regiões brasileiras, apontando uma maior concentração no segmento entre sessenta e sessenta e quatro anos de idade (IBGE, 2005).

Nesse cenário, a situação do Estado do Piauí, também, demonstra que a proporção de pessoas idosas está crescendo progressivamente, de forma rápida e intensa, passando de 7,1%, em 1992, para 8,3%, em 2000, destacando-se maior concentração na faixa etária entre 60 e 69 anos, com predominância do sexo feminino. A população total do município de Teresina-Pi corresponde a 815 061 habitantes, dos quais 52.807 (6,5%) são pessoas com 60 anos ou mais, segundo a tabela 2 (BRASIL, MS, 2008).

Outro dado importante é o do índice de Envelhecimento¹. De acordo com ele, o Brasil, nas futuras décadas, estará entre os países com mais acentuado ritmo de envelhecimento da população. Para 2025 projeta-se que o valor desse índice superará em até cinco vezes o observado em 1975 (RIPSA, 2009).

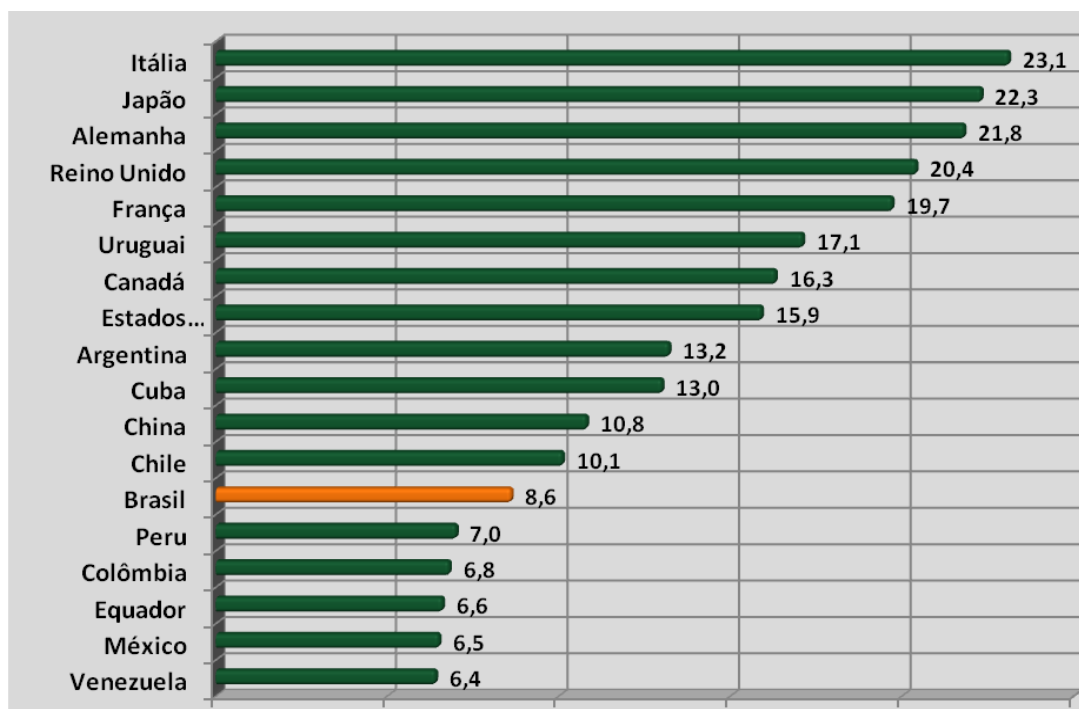
Em 2025, haverá quarenta e seis idosos para cada conglomerado de 100 menores de quinze anos, contra 10 existentes em 1975. E, para 2050, projeta-se que a quantidade de idosos será superior a dos menores de 15 anos (RIPSA, 2009). A distribuição gráfica da população por grandes grupos etários, em percentual, elaborada pelo IBGE (2006) ilustra bem essa projeção (Figura 2).

Tabela 1

Envelhecimento populacional por regiões do mundo, 1950, 2000, 2050.						
Regiões	Participação das pessoas com 60 anos ou mais na população (%)			Participação das pessoas com 80 anos ou mais no grupo de pessoas idosas (%)		
	1950	2000	2050	1950	2000	2050
África	5,3	5,1	10,2	5,0	7,4	11,0
Asia	6,8	8,8	22,6	4,6	9,1	18,4
Europa	12,1	20,3	36,6	9,1	14,6	27,1
América Latina e Caribe	5,9	8,0	22,5	6,5	11,1	18,1
Oceania	11,2	13,4	23,3	8,7	16,5	24,2
América do Norte	12,4	16,2	27,2	9,1	19,8	28,3

Fonte: BATISTA et al. Envelhecimento e dependência: desafios para o sistema de proteção social, v.28, 2008. (Coleção Previdência Social).

¹ Número de pessoas com 65 anos e mais de idade, para cada conjunto de 100 pessoas menores de 15 anos, na população que reside em um determinado espaço geográfico no ano em questão.



Fontes: Demographic yearbook 1999. New York; United Nations, 1999; IBGE Censo Demográfico, 2000.

Figura 1

Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade em países seleccionados 1990/1999.

Tabela 2

População Total e com 60 anos e mais por sexo e faixa etária residentes em Teresina-Piauí, em 2008.

SEXO	POPULAÇÃO TOTAL	POPULAÇÃO COM 60 ANOS E MAIS					
		TOTAL					Nº (%)
		N (%)	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	
MASCULINO	383.233	21.825 (2,7)	7.952 (1,0)	5.540 (0,7)	3.744 (0,4)	2.324 (0,3)	2.265 (0,3)
FEMININO	431.828	30.982 (3,8)	10.197 (1,2)	7.536 (0,9)	5.581 (0,7)	3.862 (0,5)	3.806 (0,5)
TOTAL	815.061	52.807 (6,5)	18.149 (2,2)	13.076 (1,6)	9.008 (1,1)	6.130 (0,8)	5.943 (0,8)

Fonte: DATASUS/ IDB 2008 - Indicadores Demográficos.

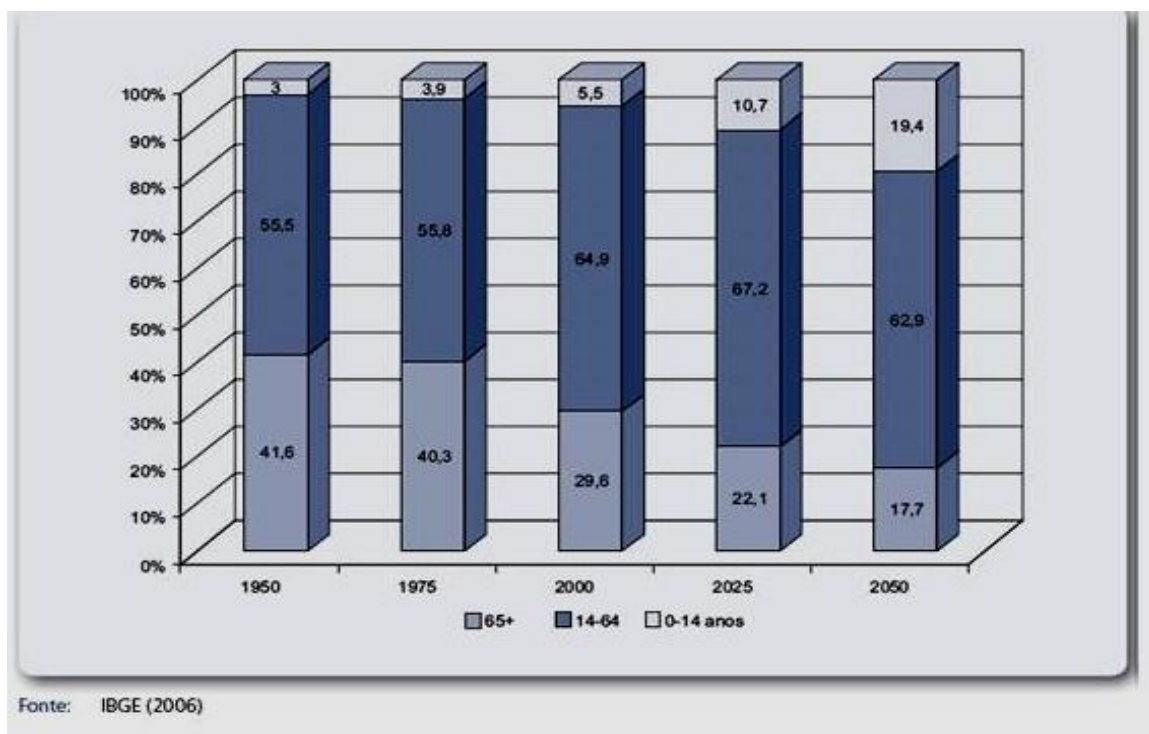


Figura 2

Distribuição da população por grandes grupos etários (%) - extraído do IBGE, 2006.

O censo demográfico, as projeções do IBGE, as publicações de especialistas internacionais e nacionais e os movimentos sociais que envolveram os idosos nas décadas de 1980-1990 contribuíram para que o tema da velhice galgasse espaço no cenário das políticas públicas, firmadas na Constituição Cidadã de 1988, em resposta a esse fenômeno mundial.

Neste contexto, o Brasil articula o seu processo de transição demográfica, que era caracterizado por uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade de uma população eminentemente jovem, para uma situação de baixa fecundidade e de baixa mortalidade. Situação esta que objetiva no processo de envelhecimento sustentado da população (BRASIL, 1996; 1994).

De certa forma, as peculiaridades do envelhecimento vivenciado no país seguem a tendência mundial. No entanto, o processo apresenta-se de forma heterogênea nos estados brasileiros em relação à distribuição de idosos, ao padrão de migração e a ocupação das grandes capitais. Bassit e Witter (2006, p.17) expressam que “a transição demográfica ressalta as desigualdades existentes entre os estados brasileiros quanto às condições materiais de

sobrevida da população, as diferentes culturas e estilos de vida”. As questões impostas por essas desigualdades são cruciais na análise do envelhecimento, em especial quanto às novas demandas do público idoso.

Por outro lado, a transição demográfica se desdobra em uma transição epidemiológica devido às mudanças no padrão de mortalidade da população brasileira, gerando a existência simultânea de diferentes quadros de doenças infecto-contagiosas e doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Esse quadro instiga a gestão de novas políticas com seus programas e medidas de promoção de saúde dos diferentes grupos sociais, além de exigir maior esforço técnico-científico dos profissionais do setor sanitário para enfrentar as distintas situações regionais (MOTA; AGUIAR, 2007; VERAS et al., 2005).

De acordo com Kreling (2002),

a situação do envelhecimento da população brasileira coexiste com mudanças ligadas não somente às melhorias dos níveis de saúde, mas também às mudanças no campo da educação (particularmente o aumento da escolarização feminina), às mudanças nas relações de gênero com a inserção em larga escala de mulheres no mercado de trabalho, à universalização da seguridade social e, mais recentemente, às mudanças no mundo do trabalho e à crise do *welfare state*, dentre outras (p.110).

Essa premissa nos impulsiona o pensar de que estamos frente a uma nova conjuntura. No entanto, como afirma Pereira (2004, p. 54) “é inegável que os fatores e as condições que contribuíram no século passado para as mudanças do Estado-nação moderno em agente regulador e mediador das relações entre capital e trabalho, bem como garantidor de direitos sociais encontram-se ameaçados”.

Na realidade sabemos que, no campo econômico, todo esse avanço decorre do processo de globalização e de reestruturação do capital que, por sua vez, tem afetado a soberania e as decisões do próprio Estado e cujo fator desencadeante de tais mudanças são as forças produtivas (desenvolvimento da maquinaria, novas tecnologias, aperfeiçoamento da educação e modificações fundamentais nas relações trabalhistas).

Estas, por sua vez, deflagram contradições na economia e nas relações de produção no âmbito econômico, político e social “criando situações-problemas como o envelhecimento da

população que requer a substituição de paradigmas e alterações substanciais nas relações entre capital-trabalho e Estado-sociedade” (PEREIRA, 2004, p.55). Nesse contexto, o fenômeno do envelhecimento populacional se constitui em uma questão social multifacetada na sociedade contemporânea demandando, assim, enfrentamentos interdisciplinares.

Por este vértice, as reflexões de Kalache (2008) são contundentes sobre as relações entre envelhecimento, proteção social e desenvolvimento econômico e social, quando ele reforça a urgência de se criar “um pacto de solidariedade planetária distributiva entre gerações e entre nações que abarque, com base nas contribuições interdisciplinares, macro questões, como: trabalho e bem-estar social, saúde; inovação e mercado; estilo de vida e sociedade e o binômio envelhecimento/ desenvolvimento” (p. 1108).

1.2 O ENVELHECIMENTO SOB O PONTO DE VISTA DA SAÚDE E INDEPENDÊNCIA: DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS SOCIAIS

A longevidade das sociedades acentua as desigualdades entre as nações desenvolvidas e em desenvolvimento e, conseqüentemente, tem implicações profundas para os contextos políticos e sociais.

Entre as questões de maior relevância estão aquelas do âmbito da Política de Seguridade Social (assistência, previdência social e saúde), pelo significativo impacto nas políticas econômicas e de assistência social do País, o que para Freitas (2004), servindo-se do estudo de Camarano e Ghaouri (1999), significaria um investimento dos governos na formulação de ações integradas para fazer frente aos aspectos ligados à moradia, à saúde, à nutrição, à educação e à igualdade de oportunidades entre os sexos.

Tais questões foram amplamente debatidas por especialistas, no terceiro Congresso da Associação Mundial de Demografia, em St. Gallen, Suíça, em 2007, com base naquelas cinco macros questões discutidas por Kalache (2008).

Desse modo, tem sido alvo de intensas e diversas pesquisas em múltiplos âmbitos, como: social, clínico e biomolecular. Esse intenso interesse, principalmente, despertado nos últimos anos, tem gerado, talvez, um melhor entendimento do processo de envelhecimento, quebrando diversos paradigmas e preconceitos a respeito do que se entendia como envelhecimento “normal”. Bós (2007, p.3) afirma que,

“não somente os conceitos têm mudado. Estudo cinquentenário desenvolvido pelo Instituto Americano sobre o Envelhecimento, o Estudo Longitudinal de Baltimore (BLSA), nos mostra que o processo de envelhecimento e o idoso têm também modificado. Já não se envelhece como antigamente, mas a boa notícia é que se tem envelhecido cada vez **mais saudavelmente**” (esse grifo é meu).

Este grifo é para destacar que essa condição de mais saudável no Brasil não se apresenta igual em todos os grupos sociais, como já antecipou o trabalho de Bassit e Witter (2006), de que os estados brasileiros apresentam seus processos de envelhecimento de forma heterogênea, não apenas do ponto de vista da condição funcional apresentada por cada pessoa idosa, mas, sobretudo, em quais condições socioeconômicas vivem os idosos brasileiros. E, esses, certamente, são os principais pontos para aqueles que se interessam pelo debate dessa questão e que não a enxergam somente como um fenômeno linear, ou seja, o envelhecimento apreendido apenas pelo crescimento demográfico.

Apesar de o idoso atual apresentar-se mais saudável, não significa que ele seja totalmente isento de enfermidades. De acordo com a pesquisa (Idosos no Brasil...) “81% tem alguma doença, sendo a Hipertensão Arterial a mais frequente; 68% utiliza o serviço público; 54% avaliaram positivamente o atendimento recebido para a doença; e 51% obtêm os remédios gratuitamente nos postos de saúde, no SUS” (NERI et al., 2007, p.253-255).

Observa-se pelos dados que há uma maior preocupação quanto à saúde e qualidade de vida, pois nessa mesma pesquisa, “a saúde foi referida como assunto de maior interesse por 42% das pessoas idosas, tanto que 30% referiram a saúde como o principal direito social que deve ser garantido pelo Estatuto do Idoso, apesar de 36% delas, reconhecerem que os direitos sociais (saúde e outros) não estão sendo respeitados” (p.192). Isso, seguramente, demanda para as políticas e programas sociais novos direcionamentos da gestão e da atenção básica em saúde, com profissionais preparados para entender o entorno do processo de envelhecimento e, para lidar com esse “novo” sujeito idoso, que se apresenta no nosso cotidiano, nos meios midiáticos e nos serviços de saúde.

Em relação à saúde, por exemplo, as repercussões do envelhecimento configuram-se nos aspectos fisiológicos e metabólicos do organismo. Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento se caracteriza por uma limitação da capacidade de cada sistema em manter o equilíbrio orgânico (WELLMAN; KAMP, 2010).

De acordo com Moraes (2008) “o ser humano atinge o máximo de suas funções orgânicas por volta dos trinta a quarenta anos. Entre os quarenta e cinquenta há uma estabilização e a partir daí começa o declínio funcional progressivo com perda funcional global de 1% ao ano” (p.153).

Esta limitação fisiológica sofre influência dos fatores genéticos, ambientais e de risco, podendo se modificar, até certo ponto, as características do envelhecimento a partir de uma intervenção nestes fatores. Entretanto, de amplo alcance são algumas características ambientais, a alimentação e nutrição, os hábitos de vida, os fatores de risco como, o fumo, o álcool, a obesidade, o colesterol etc. (WELLMAN; KAMP, 2010; FREITAS, 2004).

De acordo com as observações de Lebrão; Duarte (2007) a população dos países da região das Américas tem mudado seus padrões de consumo e seus hábitos de vida, gerando com isso o aumento significativo de alguns fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis: obesidade, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. Essas, por sua vez, coexistem com doenças articulares e respiratórias e são prevalentes nos idosos, podendo, inclusive, comprometer seu estado de saúde em geral, com desdobramentos para o suporte familiar e institucional.

Certamente, esse quadro é determinante para a fragilidade no envelhecimento patológico e se relaciona com a hereditariedade, sedentarismo, sexo feminino, baixo nível socioeconômico, má nutrição, senescência, sarcopenia e múltiplas comorbidades. Diverso do envelhecimento fisiológico bem-sucedido, onde o organismo se mantém com suas funções consistentes e semelhantes ao ciclo de vida adulta, e do envelhecimento usual, no qual se observa algum limite, mas sem levar necessariamente à incapacidade funcional [fig. 3] (MORAES, 2008).

Este ponto de vista pertencente ao campo médico, quando assumido de forma isolada pelos *experts* da área, é alvo de críticas, não somente dos especialistas do campo social, mas também daqueles do campo da saúde coletiva, porque o envelhecimento torna-se objeto de um saber especializado e das medidas de tratamento relacionadas apenas ao retardo do desgaste físico e funcional do organismo, negando assim, as múltiplas dimensões que o envelhecimento assume quando apreendido na interdisciplinaridade.

Em outras palavras, a transformação do envelhecimento em objeto de saber científico põe em jogo diversas questões, dentre as quais, salientamos: do desgaste fisiológico e do

prolongamento da vida ao desequilíbrio demográfico e ao custo financeiro das políticas sociais.

Exige, portanto, uma pluralidade de especialistas e abordagens, sem impedir que cada uma das disciplinas, à sua maneira, possa contribuir para definir a última etapa da vida como uma continuidade do processo de envelhecimento, que necessita de investimentos e ajustes das políticas de proteção social.

Espelhados nessas inferências, se questiona: é possível buscar o envelhecimento saudável por meio da promoção de saúde e da prevenção das doenças, mantendo a capacidade funcional dos idosos pelo maior tempo possível, considerando as desigualdades socioeconômicas e educacionais da população brasileira, bem como a estrutura organizacional de oferta dos serviços de saúde no âmbito da ABS?

Para essa análise, precisamos, em primeiro lugar, entender o que significa a capacidade funcional ou a funcionalidade no ciclo de vida da velhice (fig. 3). O estudo de Ramos (2003) diz que a capacidade funcional deve ser entendida como o resultado do cuidado preventivo, onde a saúde assume uma dimensão mais ampla, abrangendo várias dimensões como: “saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica” (p.794).

Isto significa que a saúde não é mais aferida pela presença ou ausência de doenças, mas, sobretudo, pelo equilíbrio entre estas várias dimensões da funcionalidade, como também o conhecimento do processo de envelhecimento e da cascata de eventos que se seguem à perda do equilíbrio do organismo envelhecido assumem importância no trabalho preventivo (MOTA; AGUIAR, 2007; BÓS, 2007; RAMOS, 2003).

Em segundo lugar, como as políticas públicas, em especial a PNSPI, definem suas diretrizes de atenção a este público?

Neste sentido, as diretrizes são (Brasil, Ministério da Saúde, 2006b, p.7):

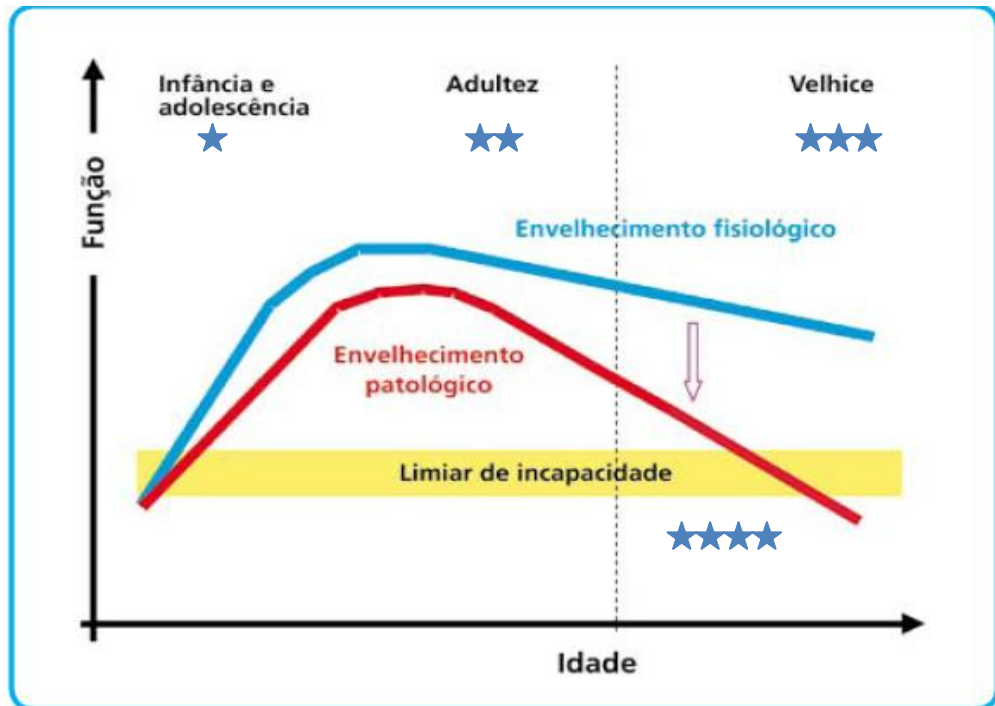
- a) Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

- e) Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- i) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

De acordo com o texto, o que seria o envelhecimento ativo e saudável?

O termo Envelhecimento Ativo, foi adotado pela OMS nos fins dos anos 1990, e guarda relação direta com o conceito de saúde de 7 de abril de 1947, e com os atuais desafios dos estudos epidemiológicos, uma vez que considera o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2005). Ou seja, tal processo precisa ser analisado pela perspectiva de ciclo de vida.

Em sendo assim, para a promoção, a saúde está muito mais relacionada com os determinantes históricos, sociais e culturais do processo saúde-doença do que não estar ou ser doente ou evitar as doenças, bem como com as questões de gênero [Figura 4] (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007; WHO, 2005).



- ★ Intervenções precoces para assegurar maior possibilidade de capacidade funcional
- ★★ Intervenções na vida adulta reduzindo o declínio funcional
- ★★★ Manutenção de cuidados para aqueles acima da curva de incapacidade
- ★★★★ Para aqueles abaixo da curva de incapacidade - intervenções de reabilitação

Figura 3

Funcionalidade global nos ciclos de vida (Moraes, 2008).

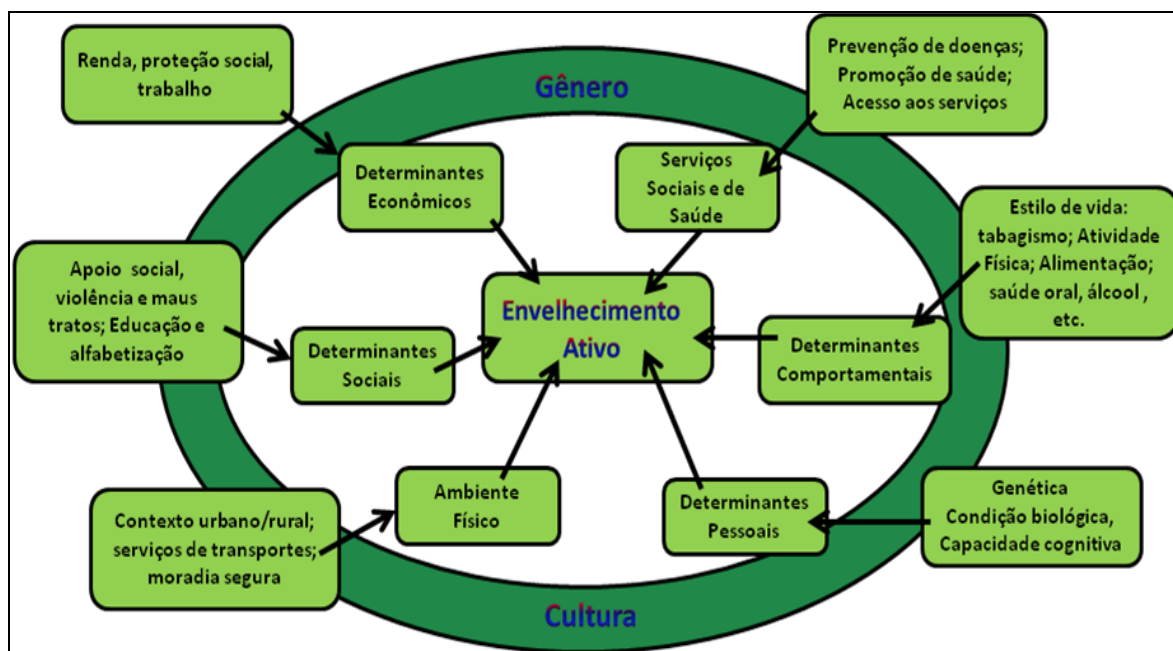


Figura 4

Determinantes do Envelhecimento Ativo (adaptado WHO, 2005).

Então, neste aspecto, as políticas e programas para o envelhecimento com essa conotação de ser ativo e saudável deverão também incorporar às suas ações de promoção de saúde dos idosos, os seis eixos básicos propostos pelo Grupo de trabalho sobre promoção de saúde que aconteceu em Londres, em 1987 (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007; BUSS, 2003; 2000; WHO, 2005; 1986), quais sejam:

(Um) A velhice não é uma doença e sim uma fase do ciclo vital;

(Dois) As pessoas com sessenta anos e mais, em sua maioria, encontram-se em satisfatórias condições físicas, mas à medida que envelhecem poderão se debilitar e requerer auxílio de um cuidador para as atividades da vida diária (AVDs);

(Três) É possível fortalecer a capacidade funcional das pessoas idosas a partir de capacitação e estímulos ou evitando fatores que possam compromê-la;

(Quatro) Segundo a visão social e psicológica há maior heterogeneidade entre os mais idosos do que entre os jovens;

(Cinco) Para promover a saúde dos idosos há de se considerar um bom funcionamento mental, físico e social, e a prevenção de doenças e de incapacidades;

(Seis) Além de que muitas medidas que afetam a saúde dos idosos transcendem ao setor saúde.

Em razão disso, talvez as proposições desta política, grifadas no texto, visem à manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, no sentido de Ramos (2003), como a capacidade de manter-se independente e autônomo, relacionada a fatores sócio-demográficos, percepção subjetiva, saúde física e mental, independência nas atividades do cotidiano, suporte social e familiar e a utilização de serviços, ou seja, pode ser vista como um novo paradigma da saúde pública frente ao envelhecimento.

Assim como, as ações de atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverão ter uma estrutura de cuidados, voltadas ao usuário, em consonância com os seus direitos, necessidades, preferências e habilidades, tendo em vista a criação de fluxos bidirecionais funcionantes (BRASIL, MS, 2006b).

Estes fluxos poderão aumentar e facilitar o acesso a todos os níveis de atenção, providos de condições essenciais, como infra-estrutura física adequada, com seus instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional e sócio-familiar da pessoa idosa (BRASIL, MS, 2006b; 2006c; 2006d).

Esse conjunto de ações deflagra para a atenção básica, a incorporação de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à saúde da pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes de Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial (BRASIL, MS, 2006a; 2006b; 2006c).

Investigações como a de Cervato et al. (2005, p.43) vêm mostrando formas de melhorar “a qualidade de vida daqueles que estão em processo de envelhecer, e uma das alternativas tem sido o desenvolvimento de programas de saúde, os quais apresentam como base a comunidade” ou, na lógica do saúde da família, MS/ Brasil, as famílias em seus territórios.

Essa é a visão respaldada pelas diretrizes da OMS, que definiu, na década de 1980, a promoção de saúde “[...] como o processo de capacitação da comunidade para atuar na

melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, p.1).

Neste contexto, a atenção básica/ primária em saúde, primeiro acesso da população ao serviço, tem sido a bandeira das políticas públicas no campo da saúde. No entanto, conceituar a atenção primária à saúde é uma tarefa difícil.

Na declaração de Alma-Ata, a OMS definiu atenção primária como

a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente seguros e socialmente aceitáveis, tornados universalmente disponíveis aos indivíduos e famílias nas comunidades por meio de sua participação e a um custo que a comunidade e o país podem sustentar em todos os níveis de seu desenvolvimento em espírito de **autodependência e autoterminação** (DECLARAÇÃO ALMA-ATA, 1978).

Nessa modalidade de atenção à saúde, a autodependência (capacidades) e autodeterminação (autonomia, escolhas) são conceitos que se articulam com o paradigma da qualidade de vida (bem-estar físico, mental e social) que depende de diferentes fatores socioeconômicos, cabendo ao Estado as garantias desse padrão de vida (saúde e bem-estar, cuidados e os serviços sociais).

A partir desses pressupostos, os agentes sociais e acadêmicos têm discutido a saúde da família como a estratégia de conversão do modelo de atenção básica em nível nacional.

Esta questão será retomada no item (1.4), onde se discutem o marco conceitual e legal da atenção à saúde da pessoa idosa na ESF.

1.3 CONFIGURAÇÕES DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA EM PERSPECTIVA HISTÓRICA – NORTES PARA A SAÚDE COMO DIREITO

Na configuração da saúde pública no Brasil, diversos recursos se entrelaçam, não apenas os de ordem econômica, mas também os de ordem do poder, na condução das estratégias governamentais. As particularidades sobre a gestão e a atenção (poder e governo) nas relações do processo de municipalização da saúde e as interações dos agentes sociais no

curso do SUS são suscitadas para entender os motivos pelos quais a política de saúde e suas congêneres, ainda insuficientes nas garantias sociais, encontram-se ameaçadas no país.

Ao contextualizar a questão da saúde pública em perspectiva histórica, chamaremos a atenção para os elementos estruturantes da política de saúde, no período de redemocratização da sociedade brasileira e sua continuidade nos anos 1990. Esse recorte é fundamental para encaixar, nesse processo, os acontecimentos sociais (políticas, leis, portarias, documentos, etc., além dos eventos) relacionados com a questão do envelhecimento e da pessoa idosa.

A par destes elementos, daremos ênfase ao marco conceitual e legal mais importante na organização do modelo da saúde da família para a atenção à saúde da pessoa idosa.

A questão da saúde pública brasileira, tanto em termos das políticas setoriais, quanto em relação aos rumos da saúde no setor privado são alvo dos debatedores da área mais progressistas como Arouca, Paim e Almeida Filho, Gerschman e Santos, Hésio Cordeiro, Castro Santos, Lima e Hochman, Teixeira Fleury, dentre outros.

Para eles, as tendências de desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil, desde a década 1970, são alvo de críticas de diversos ângulos. A ênfase para as iniquidades sociais² quanto ao acesso e integralidade na atenção recai sobre o excessivo gasto com assistência médica de média e alta complexidade, em detrimento das ações básicas, as relativas à atenção básica/ primária.

Seguramente, poucos discordariam da assertiva de que “a crescente tecnificação da medicina, com seus inputs (aparelhamentos, exames e medicamentos de última geração), aliada à ideologia da saúde perfeita e à conseqüente tendência cultural de identificar saúde com consumir produtos que vendem saúde”, tem ocasionado um gradativo aumento de gastos induzidos por essa tendência, que o orçamento público não tem conseguido suprir. Desdobrando assim, implicações sobre o direito à saúde a todos os integrantes do ciclo vital, inclusive os idosos (JUNGES, 2009, p.286).

² Estudiosos do campo social e da saúde coletiva têm trabalhado os problemas oriundos da má distribuição dos recursos socioeconômicos e ambientais a partir do conceito de iniquidade. Para tanto, Krieger (2001) adverte que o enfrentamento das iniquidades exige intervenções exatamente nos fatores e mecanismos considerados como determinantes sociais, aqueles através dos quais as condições sociais afetam a saúde. Corroborando com a ideia, Adler (2006) identificou três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde: a primeira descreveu as relações entre pobreza e saúde; a segunda, os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e a terceira e atual, dedica-se, principalmente, a estudar os mecanismos de produção das iniquidades. Buscam esclarecer as influências das relações de poder e da condição humana na vulnerabilidade das desigualdades relacionadas à saúde.

As considerações de Almeida (2002, p.906) sobre o sistema de saúde na América Latina e no Caribe dão conta de que “a inadequada intervenção setorial pode ser interpretada pelos poucos resultados obtidos no desempenho dos serviços frente aos índices de morbimortalidade e nas desigualdades setoriais [...]”.

Tal constatação se aplica à realidade brasileira, uma vez que, os estudos têm assinalado que os resultados da implementação de políticas sociais, como a de saúde, nessa região, são pouco inclusivas, além de ineficientes e ineficazes, situação essa que permitiu o crescente e contínuo desenvolvimento dos complexos médicos, desregulados, autônomos, e subsidiados com recursos públicos.

São, portanto, elementos que acirram as crises do setor saúde, pela estreita relação com a constituição histórica do Brasil, cuja marca é a de um país de formação nacional tardia e desenvolvimento capitalista retardatário e periférico, portanto, economicamente dependente, com consideráveis níveis de exclusão (CARDOSO JÚNIOR, 2006).

Impulsionadas por essas circunstâncias, as tentativas para mudar a lógica do Sistema de saúde brasileiro datam do final da década de 1970 e começo da década de 1980, em decorrência da abertura política, tendo como cerne o movimento de reforma sanitária³, que culminou com a instituição do SUS. Esse movimento retomou o processo de descentralização da saúde, iniciado nos anos 50, sob o apelo do projeto político-ideológico no Estado Novo.

De acordo com Luz (2001) esta situação caracteriza-se como uma retomada, porque os protagonistas são os mesmos daquela época: profissionais da saúde, burocratas e previdência e o modelo de assistência, com seu viés sanitarista e desenvolvimentista. O que aparece como diferente é a proposta de organização da assistência em Serviços Locais de Saúde (SILOS) uma bandeira da Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/OPAS) para os anos 1970.

³ A ideia de Reforma Sanitária passa a ser entendida como o movimento social dos agentes sociais da saúde cujo ápice ocorreu nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde (“evento mais significativo em termos de debate da Política de Saúde já havido no País”), que aconteceu em Brasília no período de 17 a 21 de março de 1986, no governo do então Presidente José Sarney (que assumiu em definitivo após a morte de Tancredo Neves). Nessa ocasião, aproximadamente cinco mil pessoas entre delegados e observadores, discutiram a saúde em 98 grupos de trabalho em três macros temas: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor. Este último item apesar do boicote do setor privado pela ausência de representantes na Conferência, não impediu os debates. Um dos grandes destaques do evento foi o consenso em torno da criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) que depois se transformaria em SUS. Disponível em: <<http://bvsarouca.ieiet.fiocruz.br/sanitarista>>. Acesso em: 23ago. 2010.

Importante destacar que no período tecnocrático-militar, de 1964 a 1985, ocorreu uma mudança no conteúdo do Estado. Este deixou de ser um estado populista para dar lugar ao aparato tecnocrático e centralizador, marcado pela dominação das elites civis e militares (PEREIRA, 2007; BORGES 2003).

Nesse cenário, a política de saúde ganhou forças com suas ações diretivas, racionais e técnicas, bem como galgou espaço a participação da sociedade civil como usuária dos serviços, distinta da idéia de comunidade dos anos 60, situação que contribuiu ainda mais para as mudanças atuais.

Nos anos 1980 as efervescências dos movimentos sociais em prol de abertura política brasileira contra o regime repressivo, assim como o início da crise econômica fazem com que a saúde assuma destaque nas discussões dos técnicos e partidos de esquerda, no Congresso Nacional (CORDEIRO, 2004; 2001; CARVALHO, 2003; AROUCA, 2003; NEGRI, 2002; MENDES, 2001; LUZ, 2001; TEIXEIRA, 1989).

A pauta das discussões incluía reivindicações como: universalização do acesso; a concepção da saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor mediada no SUS; a descentralização do processo decisório nas esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local sob o olhar de mecanismos de gestão (FALEIROS, 2007; BORGES, 2003).

Esse ideário, em certa medida influenciado pela primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978 e reforçado na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, coloca a questão saúde numa visão para além da análise setorial, ou seja, alcança toda a sociedade, havendo assim, uma proposição não apenas de um Sistema Único de Saúde, mas de uma Reforma Sanitária (AROUCA, 2003; BORGES, 2003; MENDES, 2001; TEIXEIRA, 1989).

Com base em Arouca (2003) e Lefevre e Lefevre (2007), pode-se dizer que esse movimento resulta das discursivas sobre a concepção de medicina preventiva como sendo aquelas atividades relativas à prevenção das doenças e à proteção e promoção de saúde. E, certamente, isso impactou não apenas na formação, mas, também, na própria estrutura do sistema de saúde, em termos de gestão e de atenção.

Ainda de acordo com os autores, as correlações de forças políticas presentes naquele movimento pela Reforma Sanitária desencadearam fecundos debates sobre questões macro-

sociais na conjuntura de uma sociedade moderna e com isso, trouxeram conseqüências para as políticas da área de saúde.

Diante disso, a saúde passa a ser construída como um valor positivo (não vista apenas pelo lado negativo de estar doente) para o indivíduo e coletividade, além de uma reivindicação social e um índice de mudança da estrutura social. Arouca (2003) acresce que “essas mudanças, alterando os conceitos de saúde e doenças, atingiram inevitavelmente as práticas de saúde” (p.34).

Estes fatos foram contribuintes para os desdobramentos posteriores da saúde como direito universal inserido no paradigma dos direitos humanos, da busca da equidade e justiça social, materializada, juridicamente, com a seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas, Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei n. 8.142 de 28 de dezembro do mesmo ano (MENDES, 2001; BRASIL, 1990).

De acordo com o autor a reforma sanitária (para mudanças das práticas e da gestão em saúde) aconteceu pela oportunidade gerada no processo de redemocratização do País com amplas e profundas mudanças no paradigma de gestão pública. Nesse histórico, dois momentos são cruciais, a criação das Normas Operacionais Básicas e a institucionalização do Programa de Saúde da Família.

Estas conjunturas demarcam o processo de descentralização na condução do SUS, apesar das discordâncias sobre sua viabilidade. Para os desfavoráveis ao projeto, duas situações foram assinaladas como limites à reforma: primeiro, o caráter lento da implementação ocorreu em razão do projeto não apresentar um desenho estratégico global, com um planejamento claro e objetivo para a condução das ações propostas; segundo, pela excessiva valorização do papel dos municípios no âmbito da descentralização (NASCIMENTO, 2002; NEGRI, 2002; MENDES, 2001; MINAYO, 2001).

As críticas dos favoráveis ao projeto recaiam sobre as normas federais que dificultavam a autonomia local. Tais discordâncias se acirraram ainda mais pelas dificuldades que esse projeto vem enfrentando desde a década de 1990.

Neste horizonte, Gerschman e Santos (2006) reforçam que o atual modelo de saúde tutelado pelo Estado, seguindo o viés sanitarista-desenvolvimentista, é conseqüência do entendimento dos protagonistas que se espelharam no modelo europeu para construir o

movimento sanitário brasileiro, balizado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, com o fim de restabelecer a democracia.

Pois, segundo o argumento de Teixeira (1989, p.23), “o sistema de proteção social anterior à instituição do SUS não se orientava pelos princípios da universalização e garantias das necessidades básicas, mas sim pela diferenciação das categorias de trabalhadores em relação à pauta de benefícios a que estes tinham acesso, quase sempre estabelecidos por uma relação contratual e mantendo uma proporção com as contribuições realizadas pelo trabalhador”. Ou seja, os beneficiários dos serviços básicos (da saúde pública) eram incluídos no patamar dos direitos sociais, de acordo com a categoria ocupada no mercado de trabalho (TEIXEIRA, 1989).

Para uns esta estruturação encontrava respaldo na lógica da cidadania regulada (SANTOS, 1979); para outros, no modelo meritocrático-contributivo (DRAIBE, 1990). Lógicas que orientaram a política social na América Latina e no Brasil e que de acordo com Silva (2009) e Draibe (1990) são elementos que ainda repercutem nas formas de segmentação dos direitos sociais que vem se configurando nos últimos vinte anos, no campo da assistência.

Nesse modelo de proteção social, Cavarozzi (2001) alerta que a política funciona como mecanismo disfarçado de transferência de rendas, privilegiando os sistemas corporativos das sociedades e gerando diferentes tipos de cidadanias.

De acordo com Almeida (2002) este modelo convive, também, “com várias formas de controle social que impediram a formação de espaços públicos e o desenvolvimento da capacidade de intervenção da sociedade, além das influências dos organismos internacionais na formulação e implementação da política social nessa região” (p.907).

Por isso, a discussão da saúde como direito abarca tais elementos e, perpassa o campo das políticas de proteção social no Brasil e suas nuances sociopolítica, bioética e de biopoder⁴.

Evidentemente, nesse cenário, a implementação do SUS e o processo de descentralização da assistência com a cristalização da atual ESF (antes PSF) estiveram inseridos, como afirma Nascimento (2002), nas duas vertentes bastante distintas, a política e a econômica, da histórica descentralização das políticas sociais brasileiras.

Para Silva (2001), na primeira (a política), a descentralização consiste em estratégia de democratização, instrumento de luta contra os interesses de Estados autoritários, abrindo espaço para a participação social. Enquanto a segunda (a econômica) atende as premissas neoliberais com sua estratégia de redução do déficit público e estabilização da economia, contribuindo para o ajuste fiscal do Estado.

Os comentários de Ugá (2003) e Laurell (2002) são condizentes com os anteriores, quando o primeiro deduz que na descentralização das políticas sociais, as proposições de redução de gastos públicos foram bem-sucedidas nos setores sociais, por serem esses os mais frágeis frente às negociações dos ajustes, enquanto o segundo admite que o resultado prático da descentralização tenha contribuído com a privatização dos serviços sociais.

Estes pareceres caracterizam o processo de redemocratização do país, nas três últimas décadas, na qual o engajamento dos agentes sociais buscou a reforma do Estado e a construção de um arquétipo de gestão pública que permeasse as necessidades e interesses públicos, além da eficiência na coordenação da economia e dos serviços públicos (PAULA, 2005).

A autora citada traduz o pensamento de Nascimento (2002) ao afirmar que nesse processo, “coexistem, simultaneamente, dois projetos políticos: um inspirado na vertente

⁴ Conceito desenvolvido por Foucault. O autor diz que a organização do biopoder foi necessária para o desenvolvimento do Capitalismo, porque era preciso, por um lado, inserir os corpos disciplinados dos trabalhadores no aparelho da produção e, por outro, regular e ajustar o fenômeno da população aos processos econômicos (FOUCAULT, 2001). O biopoder em saúde se articula com as tecnologias médicas, cada vez mais sofisticadas com diagnósticos e terapêuticas clínicas, além das pesquisas da área genômica mediadas pelas terapias genéticas pelo viés da saúde perfeita e da ideologia de consumo. Essa saúde moderna é uma mania cultural que Nogueira (2001) chama de higiomania do grego “hugiês” que significa sadio, saudável, robusto, sendo seu objetivo separar da noção de saúde, toda associação com doença, morte e envelhecimento (contingências da própria vida). Nesta perspectiva, a saúde como direito social do campo da Saúde Pública e percebido em conjunto com os outros direitos sociais é apartado da ideia da saúde como produto de consumo, restrita à relação clínica entre médico e cliente (clássica no modelo biomédico). Relação estruturante do Sistema de Saúde Brasileiro. Relação essa, que assume importância para a reflexão sobre a atenção à saúde da pessoa idosa na atenção básica.

gerencial e outro inspirado na vertente societal, ambos em desenvolvimento e disputa” (p.37). Muito embora as evidências de estudos sobre gestão pública no nosso país apontem a supremacia do primeiro (SILVA, 2001).

Entenda-se por vertente gerencial, o projeto político que se consolidou na década de noventa, no governo do então presidente da república Fernando Henrique Cardoso. Já a vertente societal refere-se “às alternativas de gestão pública em curso, como os conselhos gestores e o orçamento participativo, herança dos movimentos sociais contra a ditadura e a redemocratização do país” (PAULA, 2005, p.37).

As duas vertentes demarcam o processo pela redemocratização da sociedade brasileira como pauta de governo entre 1984 e 2004, períodos dos governos Collor de Melo, Fernando Henrique Cardoso e o início do governo de Luiz Inácio Lula da Silva. De acordo com Cardoso Jr (2006) “ainda não é possível afiançar o sucesso nem a consolidação dessa proposta, considerada por ele como lenta; gradual e segura”. Processo este que gravitou em torno de uma “possível estabilidade institucional democrática e de uma agenda de crescimento econômico com inclusão social” (p.456).

Observamos, a partir dos autores, que a articulação dessas duas dimensões (econômica/ gerencial; política/ societal) no campo da saúde, promoveu a coexistência de princípios contraditórios na implementação do SUS e na municipalização da saúde.

A dimensão política aponta para a emancipação, traduzida em igualdade e a integração social, a partir da expansão da universalidade dos direitos, sendo estratégia de democratização, que avança com a aprovação dos preceitos jurídico-legais; por seu lado, a dimensão econômica, com seu movimento neoliberal, promove a regulação, fruto do próprio capitalismo, contribuindo para o racionamento na oferta de serviços sociais, com isso ampliando a desigualdade e contribuindo para a manutenção dos mecanismos de exclusão social (PAULA, 2005; CORDEIRO, 2004; 2001; CARVALHO, 2003; UGÁ, 2003; LAURELL, 2002; NASCIMENTO, 2002; SILVA, 2001; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Mesmo assim, pode-se dizer que as garantias do direito à saúde foram a base para o surgimento e desdobramentos posteriores do SUS, que foram juridicamente sustentadas na constituição de 1988, que foi, sem dúvida, o principal marco do movimento social brasileiro pela democratização da saúde pública. Esse desenho tem-se projetado na formulação e na implementação da política de saúde e de suas congêneres.

Donde o direito à saúde perpassa não apenas as questões jurídicas, mas também as de ordem ética e de poder. Tais conquistas serviram-se das discussões sobre os determinantes sociais da saúde, fruto da luta dos movimentos que propunham uma nova compreensão e organização da saúde, além da constituição do campo científico da saúde coletiva e da criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (JUNGES, 2009; AROUCA, 2003).

No entanto, o direito à saúde não incluía apenas as condições sociais básicas para uma boa saúde, mas englobava também o acesso igualitário aos diferentes recursos (financeiros, tecnológicos e humanos) necessários para a recuperação da saúde e maior qualidade de vida. Como os recursos são escassos e para que a distribuição fosse pautada pela equidade, foi necessária a criação de políticas públicas que privilegiassem o acesso a grupos vulneráveis e à discussão, nos conselhos de saúde, sobre os critérios de justiça no acesso a esses recursos.

Dentre esses grupos os idosos têm hoje suas necessidades pactuadas em políticas setoriais como a saúde e a educação.

Apesar disso, os direitos sociais da pessoa idosa estão sendo questionados na conjuntura da transição demográfica, da política neoliberal de redução de direitos sociais e da mudança das condições de vida da família e da sociedade (PEREIRA, 2004).

Por isso, o envelhecimento, apesar de ser um fenômeno que apresenta um histórico diferente, adquirindo maior visibilidade no movimento dos aposentados pelos 147% de reajuste dos benefícios no governo de Fernando Collor nos anos 1990, nesse século será diferente do anterior em razão dessa conjuntura (BORGES, 2003).

Não obstante, o processo de descentralização pelos princípios da PNI e do Estatuto do Idoso deve ocorrer tanto nos aspectos técnico, fiscal ou administrativo, quanto na dimensão política. Estando a descentralização associada à noção de participação da sociedade nas ações e espaços de controle social, nos aspectos de execução da política, como instância de proteção social, com ou sem os recursos do Estado, reafirmando a participação em parcerias e colaborações (TEIXEIRA, 2007; LAURELL, 2002; NASCIMENTO, 2002).

Em outros termos, a política social de proteção ao idoso advém das leis infraconstitucionais nas diversas áreas (saúde, previdência, assistência) que consolida o modelo de política social entre o público e o privado e legitima a participação da sociedade civil como executora da política. Com isso, a PNI como destaca Teixeira (2007),

passou não apenas a regular as diversas iniciativas privadas e públicas de ações de proteção ao idoso, criando princípios e diretrizes para uniformizá-las, mas também, a legalizar formalmente e incentivar essas instituições privadas como executoras da política. Instituiu um novo e, ao mesmo tempo, um antigo modo de fazer política social no Brasil, marcados por continuísmos históricos nas formas de proteção social, que as lutas por democratização e a Constituição, 1988 não foram capazes de romper e de mudar, sob a retórica da presença da sociedade civil nas decisões, gestão, execução e fiscalização das políticas, expressas nos princípios de descentralização e participação social (p. 157).

Faleiros (2007, p.158) pondera essa lógica das parcerias e colaborações pela seguinte perspectiva “[...] no contexto neoliberal contemporâneo, os direitos sociais adquiridos vêm sendo reduzidos, numa perspectiva de Estado mínimo que confere maior credibilidade ao mercado”. Demonstrando, assim, que a assistência à saúde da pessoa idosa encontrará fortes barreiras para implantação e implementação dessa política no setor público.

Nesse mesmo cenário, vem se construindo na sociedade brasileira, uma imagem do envelhecimento como uma conquista da humanidade, uma etapa e desenvolvimento psicossocial e uma contribuição à sociedade, à cultura e à economia, além de um sistema de proteção à velhice, como resultante das lutas sociais, das conferências sobre direitos humanos, da coexistência de gerações, da longevidade, das pesquisas sociais/ biomédicas e das novas tecnologias (KALACHE, 2008; VERAS et al., 2008; FALEIROS, 2007; VERAS, 2003; BRASIL, MS, 2006b; UNITED NATIONS, 1982).

Certamente, o envelhecimento da população brasileira é uma realidade para a qual os alcances dos parâmetros de saúde observados no último século têm a sua contribuição, embora a distribuição dos mesmos não seja equânime entre populações de diferentes contextos socioeconômicos.

Como acolhe Veras et. al (2008, p. 498) “a longevidade é uma aspiração de qualquer sociedade, só pode ser exitosa se esse prolongamento da vida não seja apenas um período de sobrevida, mas um período vivido com qualidade”.

Concordamos com os autores mesmo sabendo que o significativo número de idosos terá um grande impacto nos gastos destinados à saúde pública. Uma vez que a população idosa em crescimento contínuo, nos dias atuais, encontra-se em torno de 15% da população total e já requer um terço do orçamento destinado ao setor de saúde (VERAS et al., 2008).

Em síntese, essas considerações são categóricas para a discussão do nosso objeto. Pois uma saúde pública com a dimensão de práticas de proteção e promoção aos indivíduos e às famílias requer do setor a incorporação de mudanças reais no paradigma da assistência e exigem dos governos e da sociedade novas ações e compromissos, sobretudo porque a saúde perpassa o campo das macro-políticas que abrangem a geração e oportunidades de trabalho, elementos garantidores de acesso a bens e serviços produzidos pela sociedade (SOUSA; HAMANN, 2009; KALACHE, 2008; PERES, 2007; FALEIROS, 2007).

1.4 A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLETINDO A QUESTÃO PELO MARCO CONCEITUAL E LEGAL

“Somos partidários da proposta de promoção de saúde, mas não incondicionais: nossa condição é que a promoção de saúde seja vista e praticada como uma estratégia [poderosa] que pode significar passos concretos em direção à utopia de um mundo sem doenças ou, no mínimo, menos doente”.

(Lefevre F; Lefevre A. M. C, 2007).

Mas de qual promoção de saúde estamos falando? De um novo paradigma para a saúde? Ou de uma abstração? Qual o sentido dessa promoção no atual modelo de saúde? No qual seus rumos têm sido cada vez mais norteados pelas grandes corporações e seguros de saúde? Que garantias propõe então a PNSPI?

Ou seja, a discussão sobre a atenção ao público idoso na saúde da família requer antes de tudo uma compreensão do que venha a ser a promoção de saúde à pessoa idosa, por isso, perpassa estes questionamentos. Retomamos, neste espaço, alguns conceitos e pontos de vista já explanados nos dois últimos itens com o intento de aproximá-los do objeto de estudo.

Uma vez que consideramos que a abrangência da atenção básica na saúde da família, enquanto uma política de corte social, necessariamente, perpassa pela questão central da promoção de saúde individual e coletiva.

As referências desta estratégia no tocante ao entendimento da promoção de saúde à pessoa idosa, no campo da saúde pública, têm sido construídas com base nessas diferentes conceituações de especialistas e agentes políticos, prevalecendo como tendência aquela que

concebe a saúde numa visão ampliada desde o final dos anos oitenta, com a institucionalização do SUS e reiteradas na premissa da Carta de Ottawa (WHO, 1986; BUSS, 2000).

A expressão promoção de saúde foi usada pela primeira vez, em 1945, pelo historiador médico Henry Sigerist, para quem a prática médica deveria compreender três grandes princípios: a promoção da saúde, a prevenção dos agravos à saúde, o tratamento e reabilitação.

Ele usou-a para entender a saúde como uma diversidade de situações individuais ou coletivas que se relacionam às especificidades contextuais ou às condições sociais, políticas e culturais ao longo do tempo, estando, pois, esses elementos determinantes intrinsecamente relacionados (SIGERIST, 1960). Ou seja, a saúde como resultante do movimento social e historicamente determinada.

Sigerist (1960) observou o quanto a aproximação cada vez mais extensa entre a medicina e as ciências sociais era premente. Segundo ele,

olhando o futuro, devemos admitir que a cura deixará de ser a principal tarefa do médico, mesmo que muito importante. A medicina por necessidade deve se transformar em medicina preventiva. Não tem sentido permitir que a gente perca a saúde e sofra por enfermidades que são evitáveis. As tarefas mais importantes da medicina serão a manutenção e promoção de saúde, a prevenção das enfermidades, o tratamento ou a cura (quando a prevenção falhar), e finalmente a reabilitação social ou integração do ex-enfermo à sociedade (p.174).

Essa nova perspectiva de saúde, de certa forma, constituiu-se em uma resposta à visão do modelo biomédico tradicional, ao tempo em que respaldou novas discussões, dando margem a uma série de iniciativas sob a responsabilidade da OMS, dentre as quais, a Assembléia de Alma Ata, na então União Soviética, da qual resultou a Declaração de Alma Ata.

No mote “saúde para todos...”, dessa declaração, o destaque recai sobre a importância dos cuidados primários, dando-se ênfase à participação comunitária e às ações interativas intersetoriais da saúde (DECLARAÇÃO ALMA-ATA, 1978).

A OMS, servindo-se das contribuições de Sigerist e dos elementos básicos desta declaração, incorpora a noção de promoção de saúde às ações estatais do movimento sanitário. Em decorrência emerge um programa oficial de Promoção de Saúde, em 1984 (Health Promotion: A Discussion Document on the Concepts and Principles; OMS, 1984), que deu margem para a realização da Primeira Conferência Internacional em Promoção da Saúde, em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá.

Nessa ocasião foram postos os desafios que as políticas de saúde, tendo como ferramenta a promoção de saúde, teriam que enfrentar para melhorar os agravos e doenças das populações.

Essa posição foi reiterada, no discurso inaugural da Conferência, pelo Ministro da Saúde e Bem-estar do Canadá:

para alcanzar todo esto, se necesita de la existencia de políticas de salud coordinadas y de prácticas que proporcionen a la persona un medio ambiente saludable en los hogares, la escuela, el trabajo y allí donde se desarrolla el individuo en su vida cotidiana, favoreciendo la participación de la población y reforzando los servicios de salud comunitarios (OPAS, 1996).

Surge deste evento, a Carta de Ottawa, cujos princípios basilares apresentam diversos pré-requisitos (educação, renda adequada, justiça social e equidade), além de ressaltar as cinco áreas de ação, que fundamentam a provisão de promoção de saúde, incluindo o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambiente sustentável, o fortalecimento da participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986).

Reiterando as posições supracitadas, Buss (2000, p.166-167) argumenta que a promoção da saúde vem sendo trabalhada em duas dimensões: individual e coletiva.

De um lado, consiste nas atividades dirigidas à transformação do estilo de vida do indivíduo, em seu espaço familiar e no ambiente das culturas comunitárias a partir de componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por outro lado, a saúde na perspectiva coletiva é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida (alimentação e nutrição; habitação e saneamento;

boas condições de trabalho; oportunidades de educação; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde).

Para que essas condições sejam, de fato, alcançadas, o movimento de promoção de saúde tem que tornar a ação intersetorial uma prática mais tangível, o que requer também alianças interdisciplinares consistentes e o desenvolvimento de movimentos comunitários suficientemente fortes para influenciar as políticas públicas (MOTA; AGUIAR, 2007; BUSS, 2003; 2000; LALONDE, 1974).

Como argumenta Lefevre e Lefevre (2007, p.27) “a promoção de saúde seria então uma reação ‘positiva’ a este modo ‘negativo’ de conceber a saúde (visão biomédica): visão ‘positiva’ apontaria para uma percepção ampliada, integrada, complexa, intersetorial, relacionando saúde a meio ambiente, ao modo de produção, ao estilo de vida”.

No entanto, promover saúde na contextura do sistema estruturante brasileiro se configura, ao mesmo tempo, em uma armadilha sob os pontos de vista teórico e prático. Requer a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-enfermidade que se encontram na dimensão macrossocial (ambiente físico, renda, proteção social, trabalho, políticas, serviços, educação, moradia...) para então, erradicar ou minimizar doenças, mas ir além disso, traduzir essa compreensão em ações que provejam, com qualidade, o atendimento individual e coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007; AROUCA, 2003; BUSS, 2003; 2000; SINGER, 1954).

Em tese, esse marco desdobra a reorganização da prática assistencial focalizada na atenção da família, ou seja, a atenção centrada na saúde da família passa a ser entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, que possibilite uma compreensão processual entre a saúde e as doenças, como também da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. As práticas devem ser efetivadas de forma integral, nas ações programáticas das equipes de saúde da família e coordenadas na rede de serviços de atenção à saúde por agentes políticos dos diversos campos do saber (BRASIL, MS, 2006a; 2004a; 2001a).

Essa estratégia, enquanto alternativa de reorganização da atenção à saúde, nasce do contexto histórico e conceitual da moderna promoção de saúde, e tem plena identidade com seus princípios definidores. Donde a pluralidade do conceito orienta-se pelos princípios da

universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da estimulação a participação popular e o controle social, como prevê o SUS (BRASIL, MS, 2006b; 2001a; 2001b; BRASIL, 1990).

No contexto da ESF, o cuidado com a pessoa idosa, como ação prescritiva e normativa, é recente, de aproximados quatro anos, outubro de 2006, e se norteia por esses pressupostos e o princípio basilar da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), atualmente PNSPI.

Em suma, a saúde do idoso deve ser mediada nos princípios da promoção de saúde, da reorientação dos serviços, do desenvolvimento de habilidades pessoais e do reforço à ação comunitária, como campos centrais e necessários, para que a lógica da articulação e da integração políticas possa, na prática, acontecer e permeiem o alcance da saúde e do bem-estar desse segmento da população (BRASIL, MS, 2006b; 1999; WHO, 1986; DECLARAÇÃO ALMA-ATA, 1978).

Depreende-se, assim, a necessidade de ampliar a atenção e a assistência a esse público, bem como a melhoria das condições da atenção existentes, com diretrizes essenciais para o alcance destes propósitos, incluindo a capacitação de recursos humanos especializados, a fim de que o serviço de saúde consiga traduzir os avanços do campo legal em mudanças efetivas e resolutivas. Constitui-se, portanto, em um desafio aos gestores de saúde dar um atendimento de qualidade à demanda do processo de envelhecimento.

Com isso, a Funcionalidade no Envelhecimento - novo paradigma na atenção a esse grupo etário, além do diagnóstico, tratamento e monitoramento da DCNTs, torna-se essencial para conhecer também, o impacto no cotidiano das pessoas idosas (BRASIL, MS, 2006b).

Essa perspectiva converge, então, com os dispositivos da PNI (Lei nº 8.842/94) e do Decreto nº 1.948/96, que determinam como competência do Ministério da Saúde (MS) por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde articulada as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios:

garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), além de hierarquizar o atendimento ao idoso a partir das Unidades Básicas e da

implantação da Unidade de Referência com equipe multiprofissional e interdisciplinar de acordo com as normas específicas do MS (BRASIL, 1996; 1994).

Simultaneamente, alguns desdobramentos ocorrem ainda, nos anos 1990, como a realização do primeiro Pacto da Atenção Básica, que subsidia um maior incentivo à cobertura populacional pelas equipes de saúde da família. Desse fato, emerge o Departamento de Atenção Básica, para consolidar a Estratégia Saúde da Família, em 2000.

Nos anos seguintes a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01) enfatiza a questão da qualificação da atenção básica, culminando, em 2003, com a execução do programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família-Proesf (SOUSA; HAMANN, 2009; BRASIL, MS, 2004a; 2001a).

Essa contingência é visualizada no estudo de Marques e Mendes (2003), o qual destaca que o período pós 1995 foi marcado pela expansão da Atenção Básica à Saúde, incentivada, em princípio, pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, pelas secretarias estaduais.

Em vista disso, esses agentes políticos deflagram algumas inovações no âmbito das suas práticas de saúde, dentre as quais, a de que a ESF consiste em uma ação de reorientação do modelo assistencial, que sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho. Além de que essa ação é fruto de uma noção ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita (MARQUES; MENDES, 2003; BRASIL, MS, 2004a; 2001a; 2001b).

No entanto, ninguém, hoje em dia, pode desconhecer que estas proposições são retóricas do campo da saúde preventiva e, que ainda, não se constituíram em ações sanitárias efetivas ao conjunto da população, estão por vir, como adverte Merhy (2002).

Ainda assim, Ayres (2001), reitera que o reconhecimento de sujeitos, da infância à velhice, está no centro de todas as propostas renovadoras identificadas no setor saúde, dentre as quais se localiza a ESF. Sendo, pois, os seus objetivos um elemento que busca a valorização dos sujeitos e de sua participação nas atividades desenvolvidas nas UBS, assim como na resolutividade dos problemas de saúde identificados na comunidade.

A atenção à saúde da pessoa idosa é mediada por uma abordagem de vigilância à saúde com assistência promocional e preventiva, sem, contudo, descuidar do tratamento e reabilitação. Nesse processo, a UBS atua embasada em princípios de caráter substitutivo, de práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho centrado na vigilância à saúde; integralidade e hierarquização das ações; territorialização e adstrição de usuários e na equipe multiprofissional (SOUSA; HAMANN 2009; BRASIL, MS, 2006a; 2004a; 2001b; AYRES, 2001).

Na realidade, este tem sido o discurso politicamente correto da saúde enquanto um bem universal. No entanto, essa estratégia de prestação de assistência à saúde e proposta de organização da atenção básica, como eixo de reorientação do modelo assistencial à população em geral, ainda não alcançou seus objetivos para a promoção de uma nova saúde pública. Como atesta Vieira et al. (2005. p.125), “há necessidade de mudanças estruturais no PSF, pois a prática nem sempre condiz com a teoria”.

Para tanto, faz-se necessária a adoção de medidas, como: conscientização dos gestores para estruturação e organização dos serviços, dos recursos humanos e materiais; estruturação dos sistemas de referência e contra-referência; respeito aos princípios do SUS, além de avaliação do programa (SOUSA; HAMANN, 2009; VIEIRA et al., 2005).

Este posicionamento encontra esteio nas ideias prefaciadas por Yazbek (2001, p.8) na obra “O Comunidade Solidária: o não-enfrentamento da pobreza no Brasil” quando ela diz que, “a essência dos programas sociais, de modo geral, não apresenta qualquer alusão a assistência ou aos direitos sociais, são programas que dão ênfase ao discurso, a política e a sociabilidade advindos do pensamento neoliberal”. Os quais têm como vertente socorrer os outsiders do meio social, os grupos de maior vulnerabilidade, os excluídos.

Outsiders é um termo cunhado de Norbert Elias (2000, p.7) que em inglês é utilizado para designar “grupos e indivíduos não membros da ‘boa sociedade’, os que estão fora dela”. Ou seja, a maior parcela da população, “nesse conjunto heterogêneo e difuso de pessoas unidas por laços sociais menos intensos do que os que unem os *establishment*” (termo inglês referente a grupos e indivíduos que ocupam posições de prestígio e biopoder).

As ideias de Yazbek (2001), Elias (2000), somadas as de Junges (2009) sobre direitos sociais, bioética e biopoder, nos remetem a pensar que esses programas sociais, na realidade, são estratégias de intervenção sobre os grupos e indivíduos que estão à margem da vida

social, sem, contudo, reconhecer seus direitos, ou seja, para mostrar o cumprimento dos deveres do Estado. Quanto à questão de ser a atenção básica a pessoa idosa centrada na família, como princípio da PNAB, emerge uma nova contradição no que tange ao entendimento do princípio da focalização presente nas políticas sociais. Pois, como afirma Silva et al. (2001, p.13):

A focalização significa o direcionamento de recursos e programas para determinada parcela vulnerável da sociedade. Entretanto, esse princípio, alvo das reformas dos programas sociais na América Latina e no Brasil nos anos 1990, tem sofrido distorções na medida em que a concepção de focalização vem significando medidas meramente compensatórias aos efeitos do ajuste estrutural sobre as populações, já estruturalmente vulneráveis, em detrimento as ações universais.

Esse confronto de idéias é oportuno para entendermos melhor a importância de se analisar as ações propostas ao idoso, no âmbito da atenção básica, em especial, por se tratar de um programa cujas características estruturais são semelhantes aos de outros programas da alçada da saúde pública, surgidos na década de 90.

Portanto, a crítica de especialistas do campo social ou mesmo daqueles do campo da saúde pública mais progressista é enfática no sentido de que são estratégias fragmentadoras, que objetivam a legitimidade das reformas conservadoras dos governos a partir dos anos 90, as quais têm orientado as relações entre o Estado e a sociedade, com vistas à instituição de políticas públicas focalizadas nas populações mais carentes ou excluídas socialmente.

Questionamos que a dinâmica dessas políticas sob a égide do regime neoliberal⁵ com seus princípios e critérios de gestão, podem reintroduzir na pauta da gestão pública, prioridades sociais de programas e atividades voluntaristas, incertos, seletivos e focalizados nos grupos mais carentes, apenas para legalizar as ações governamentais (TEIXEIRA, 2007; FALEIROS, 2007; PEREIRA, 2007; 2004; SILVA et al., 2001).

⁵ O neoliberalismo é o mais recente desses movimentos. Ele se constituiu como movimento organizado no Colóquio Walter Lippmann, em Paris, em agosto de 1938, e ascendeu à condição de pensamento único, dominante, a partir da crise do Welfare State na década de 1970 (FERRARO, 2005).

Esta tese contraria a concepção de focalização no sentido da inclusão social, na medida em que o atual movimento de políticas fragmentadoras tem interrompido a luta de classes em prol da universalização dos direitos sociais (JUNGES, 2009; SILVA et. al., 2001).

Em outros termos, observamos, também, que estratégias como a atenção básica/ saúde da família são demarcadas por contextos de desigualdades sociais, oriundos de situações de crise econômica, que vem se corporificando aos padrões de regulação entre o Estado e a sociedade, tanto na América Latina, quanto no Brasil. E, nesse cenário, acreditamos que políticas públicas como a Saúde da Família com seus princípios normativos, seletivos e conservadores, talvez sejam mecanismos insuficientes para responder às questões relativas à saúde do idoso, e incapazes de contribuir para uma longevidade com autonomia e independência.

Ademais, a complexificação das sociedades suscita novas propostas de planejamento e de gestão de ações de saúde capazes de dar conta das necessidades sanitárias da população, bem como do contingente crescente de pessoas idosas, que requerem uma atenção integral apreendida na transdisciplinaridade das ações do campo da saúde.

Em razão disso, estudos como o Engel (1977) e Laurell (1983) têm sugerido a adoção de um modelo de atenção mais ampliado e complexo que comporte o ser a partir das dimensões biopsicossociais.

Seguindo a perspectiva de Boff (2000), entendemos que o cuidar em uma visão complexa vai alterar o conceito de saúde do atual modelo biomédico, pois, nesta visão, a concepção do ser humano é vista como um sistema aberto e envolvido numa rede de relações sociais.

Desse modo, o que seria o cuidar, a atenção, sob este novo olhar? O que seria a promoção de saúde na visão transdisciplinar proposta por Morin (2001) e Nicolescu (2000)? Após o advento dessa nova visão, não se pode mais ver o Homem de forma fracionada, em partes estudadas por disciplinas pontuais ou simplesmente justapostas, o que denotaria a inter e a multidisciplinaridade (NICOLESCU, 2000; JAPIASSU, 1976).

Entender a saúde neste novo olhar requer enfrentar desafios para a academia, para o serviço, para os usuários e para os gestores. Principalmente, porque os profissionais que hoje atuam, no campo da atenção básica, foram formados, em sua grande maioria, num contexto de

ciência reducionista e de especialização, advindos dos pressupostos da ciência clássica (HUERTAS, 1996).

O modelo biomédico, hegemônico, desconsidera o indivíduo como um ser integral, privilegiando a lógica do tratamento da doença nos hospitais, cujo cerne é o tratamento fragmentado centrado no dualismo mente-corpo, menosprezando aspectos subjetivos, sociais, políticos e econômicos (MOTTA; AGUIAR, 2007; TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

Acreditamos assim, que o maior desafio na atenção ao idoso seja o de conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, ele possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida, com a máxima qualidade possível. Apesar dos limites e desafios impostos à atual ESF, essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

Portanto, segundo os princípios basilares do Caderno de Atenção Básica nº. 19 (Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa), parte das dificuldades destas está muito mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (BRASIL, MS, 2006a; 2006b; MEDEIROS 2004). Além da PNSPI destacada anteriormente, a Lei Orgânica de Saúde e o Estatuto do Idoso também evidenciam essas diretrizes⁶.

⁶ **Lei Orgânica da Saúde** (nº 8080/90 – Brasil, 1990). Dentro dos princípios, destaca-se a preservação da autonomia, da integridade física e moral da pessoa, a integralidade da assistência, e a fixação de prioridades com base na epidemiologia. **Estatuto do Idoso** (Lei 10741/2003 – Brasil, 2003). Enfatiza a interface entre intersetorialidade e direito à saúde: “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde” (Art.15). Incorpora o conceito de integralidade da atenção, ao afirmar que “o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe [...] todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (Art. 2). Coerentemente, o Estatuto do Idoso aborda a problemática de recursos humanos: “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda” (Art.18). O artigo 22 demanda a inserção, nos currículos dos diversos níveis de ensino formal, conteúdos relativos ao processo de envelhecimento, à eliminação de preconceitos e à valorização social dos idosos.

É nesse paradoxo que as políticas sociais que garantem o envelhecimento em nossa sociedade foram formuladas numa tentativa de “restituir” ao idoso seu lugar de fato e de direito: a família e a sociedade, inclusive responsabilizando-o como sujeito das ações do campo da atenção básica.

No dizer de Fortuna et al. (2002), os trabalhadores e usuários têm sido, paradoxalmente, apontados como potenciais sujeitos da mudança e da reformulação das atuais práticas de saúde e deveriam ser assim valorizados.

Ser ativo e participativo após os 60 anos, de acordo com as próprias limitações e potencialidades, não podem ser considerados privilégios conquistados pelo indivíduo, mas um direito que o Estado deve garantir a seus cidadãos. A sociedade tem o dever de promover um ambiente no qual os idosos possam desfrutar de direitos e oportunidades, após uma vida dedicada à construção dessa sociedade (MEDEIROS, 2004; BOSI, 1994).

O Brasil dispõe de amplo arcabouço legal para garantir tais condições, mas o estudo sobre os Idosos no Brasil do SESC/ Fundação Perseu Abramo demonstra que os idosos brasileiros têm demandas específicas em relação à saúde e condições fisiopatológicas e, portanto, necessidades prementes não atendidas (NERI et al, 2007).

Isso explicita a lacuna que existe entre as propostas das políticas públicas e as práticas dos serviços de saúde que possam responder às suas reais necessidades, para que os recursos sejam de fato canalizados para as reais demandas e não apenas guiadas pela visão dos planejadores das políticas públicas da saúde (ARRETCHE, 2001).

No tocante as demandas da saúde o estudo destaca que 73% dos idosos procuram os serviços ofertados nos postos de saúde e por aqueles mediados pelos agentes comunitários, o que ressalta a importância da rede de atenção básica para este público, uma vez que a maioria refere uma ou mais doença crônica ou incapacitante (SIQUEIRA, 2007; VIEIRA et al., 2005; RAMOS, 2003; 1993).

Além disso, o estudo destaca um número relevante de idosos que nunca fizeram exames preventivos e de rotina. Este fato pode estar relacionado às questões culturais e educacionais ou a falta de acesso à informação e à prevenção em saúde (SIQUEIRA, 2007).

É nesse contexto, que o debate sobre a atenção básica, como uma ação política, torna-se essencial no sentido de novas perspectivas quanto à atenção ao idoso para além do paradigma biomédico que envolve diagnósticos, prognósticos e julgamentos clínicos

adequados que servirão de base às decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários aos mesmos. Aliás, que permeie a viabilização da execução da PNSPI e abertura para a denominada avaliação funcional, entendida como um parâmetro que incorpora este conjunto de ações associado a outros indicadores de saúde, condições sociais, econômicas e culturais (BRASIL, MS, 2006b; 1999; RAMOS, 2003).

Em outros termos, a incorporação da visão de promoção da saúde ao idoso no bojo da atenção básica/ saúde da família, supõe uma abordagem crítica da prevenção e da educação em saúde e pode ser vista como um processo social em curso, complexo, que vem sendo estimulado em nível internacional por conferências, fóruns e documentos institucionais desde a década de 1980 (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

Tendo em vista contrapor-se ao conceito clássico de saúde da OMS, o qual se mostra inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças (LEBRÃO; DUARTE, 2007).

No entanto, acreditamos que o grande dilema da proposta funda-se no fato de o País estar entre os três países com maior índice de desigualdades sociais do mundo, apesar de encontrarem-se, também, entre as dez economias mais ricas do planeta (IBGE, 2003).

Contudo, os empecilhos gerados por esse alto grau de injustiça social e, principalmente à naturalização que a acompanha tendem a ser minimamente considerados nos estudos e documentos oficiais sobre promoção da saúde de todos os sujeitos, inclusive dos idosos.

Outro problema adicional, concordando com Coburn (2004; 2000), é que não podemos nos restringir aos estudos sobre os efeitos das desigualdades sociais, porém devemos olhar com maior atenção as suas nuances ideológico-estruturais, ou seja, a complexa rede de interdependência socioeconômica e político-ideológica.

Em países de capitalismo dependente, a exemplo do Brasil, que sequer atingiu uma proteção social que lhe conferisse as bases de Estado de Bem-estar (PEREIRA, 2007; SILVA, 2000; DRAIBE, 1990), mas acolheu somente alguns dos seus princípios no escopo dos serviços públicos, as políticas neoliberais sob o mando do mercado estão constantemente em conflito com aquelas do âmbito social, o que tem levado a inviabilizar, em diferentes

momentos da história, as expectativas no tocante às políticas de saúde mais progressistas (MENDES, 2001; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; 1998).

Mesmo entendendo as limitações de uma saúde pública, desenvolvida no contexto da economia neoliberal, as iniciativas políticas em prol do idoso são muitas, porém as dificuldades na sua implementação abrangem desde a precária captação de recursos ao frágil sistema de informação para análise das condições de vida e saúde, passando evidentemente, pela inadequada capacitação de recursos humanos na área de gerontologia social. Apesar de, nos últimos anos, o processo de envelhecimento vir sendo mais discutido, as mudanças a ele intrínsecas ainda não parecem claras para a sociedade e suas instituições.

O que vale dizer que, do ponto de vista normativo, o envelhecimento é bem protegido no Brasil, até porque as décadas de 1980-1990 caracterizaram-se como um período fértil em questões sobre a velhice, assim como para a criação de Leis e de ações sociopolíticas voltadas para a pessoa idosa.

Surgindo daí uma maior visibilidade em razão dos dados demográficos expostos pelo IBGE, mas também, pela própria presença de velhos no cotidiano e, em parte, pelo destaque da mídia através de manchetes e matérias sobre questões que os envolviam.

Não obstante, somente a partir da década de 90, como resultado da Constituição Brasileira (1988), podemos constatar o aumento dos programas destinados aos idosos no Brasil. Isto se deve a alguns fatores, tais como: o PAME, a PNI e a mobilização da sociedade civil. E, recentemente, pelo Estatuto do Idoso que reforça no Artigo 3º, as diretrizes que devem garantir às pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, proteção à vida e à saúde:

é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, uma vez que apresenta a integralidade das ações estabelecidas (BRASIL, 2003).

No entanto, na nossa realidade, há evidências de que as ações não têm respondido satisfatoriamente às normas legais, a se julgar pelo sistema de saúde brasileiro, que foi concebido para atender a demanda materno-infantil, portanto, não atende as exigências do

manejo das doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANTs) e de incapacidades que acompanham o envelhecimento da população (VERAS et al., 2005; RAMOS, 2003).

Até porque na fase da velhice essas situações-problemas têm uma expressiva manifestação, e, caso não sejam manejadas no curso do envelhecimento podem comprometer a qualidade de vida dos idosos (LEBRÃO; DUARTE, 2007; BRASIL, MS, 2006c).

Tal afirmação encontra respaldo na definição da OPAS que compreende o envelhecimento como

um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, MS, 2006b; 2006c; WHO, 2005).

Ficam claro que agravos e, ou doenças crônicas não são privilégios de pessoas idosas. Ao contrário, podem ser evidenciados no curso do envelhecimento e requerem, portanto, investimentos dos agentes políticos na saúde pública, de forma que este conjunto de ações previstas nas políticas públicas possa de fato ser efetivado.

Concordamos com VERAS et al. (2005) quando atestam que se gasta muito e mal em hospitalizações e internações de longa permanência e que é preciso substituir o paradigma biomédico por um paradigma ampliado, que incorpore os princípios da gerontologia e possibilite a inserção da avaliação da capacidade funcional, portanto, que integre a reabilitação, a prevenção, a promoção da saúde e quiçá a inclusão social do idoso.

Os argumentos estão postos e dão conta dos desafios que o setor saúde terá que enfrentar para a condução de uma atenção a esse público baseada na avaliação multidimensional da capacidade funcional. Considerando que o modelo atual de gestão dos serviços tem focalizado mais os aspectos do tratamento e da reabilitação do que os de prevenção e da promoção de saúde. Por essa razão defendo que esta lógica não possibilita proteção ao envelhecimento ativo e saudável e as garantias sociais ao público idoso.

Apesar dessas dificuldades, como expressei antes, há uma ampla divulgação e cobertura legal ao envelhecimento na contemporaneidade, e isso, tem despertado interesses

sócio-políticos e acadêmicos para uma melhor compreensão do fenômeno do envelhecimento para possíveis enfrentamentos, seja no campo da gestão e atenção, seja no campo da pesquisa.

Consideramos que a análise de situações concretas de vivências dos atores engajados nesse nível da assistência poderá contribuir para a discussão de aspectos importantes da construção da atenção ao idoso no município investigado.

Por isso, nossa proposta embasou-se nos marcos teórico, conceitual, metodológico e ético discutidos no próximo capítulo para abarcar os pressupostos das políticas sociais que anteparam o envelhecimento e as vivências dos agentes da saúde da família com a população idosa.

“O desafio do envelhecimento será longo e difícil de empreender. A atenção à pessoa idosa na saúde da família não será suficiente diante das diferentes formas de viver e envelhecer nas desigualdades sociais, de gênero e educacionais. A busca de respostas a esses dilemas me induziu nesse empreendimento...”

(A autora).

CAPÍTULO II

O OBJETO: AS AÇÕES DA SAÚDE DA FAMÍLIA COM A PESSOA IDOSA - MARCOS TEÓRICO-CONCEITUAL, METODOLÓGICO E ÉTICO

“Se alguém julga saber alguma coisa, com efeito, não aprendeu ainda como convém saber”.

(1 Co 8:2).

2.1 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

As ações da saúde da família com a pessoa idosa fazem parte do arcabouço das políticas públicas que anteparam o envelhecimento e, por conseguinte, a pessoa idosa. A Estratégia de Saúde da Família é a política social que se responsabiliza pela condução desse processo nas UBS. Por essa caracterização situa-se numa dinâmica que abarca princípios e conceitos operacionais que apresentam contradições de natureza político-ideológica ou conceitual.

Desse modo, a ESF pode ser entendida como uma política que se baseia nos modelos dos organismos internacionais financiadores dos programas sociais que prioriza a racionalização e a focalização das práticas de saúde em termos territoriais, populacionais e das ações desenvolvidas nesses territórios.

Ressalte-se que a saúde da família e da comunidade, como especialidade, ainda é relativamente recente na formação dos profissionais em nosso país. Por isso tem como base as experiências estrangeiras, como o National Health System (NHS), o sistema britânico de saúde, além das experiências de Cuba, Canadá, Espanha e Portugal.

Apesar disso, Campos et al. (2002) afirmam que a proposta brasileira, embora seja baseada nas idéias de atenção primária, prevenção de doenças e promoção de saúde internacionais, é considerada original e inédita em sua concepção, não havendo registro de modelos semelhantes em outros países.

De outro lado, a experiência brasileira da saúde da família vem se constituindo na estratégia para a reorganização da atenção básica à saúde, que se define a partir do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas (BRASIL, MS, 2006a; 2001a).

Na proposta da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o foco é o trabalho interdisciplinar, que considere o sujeito na singularidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural, buscando com isso, a promoção de saúde, a prevenção e tratamento de doenças, e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer o modo de vida saudável da população (BRASIL, MS, 2006a; 2001a).

Nos dizeres de Sousa e Hamann (2009, p.1326) “a ESF constitui, ainda, uma das resultantes das mobilizações da sociedade brasileira para a construção do direito à saúde ao

longo das últimas quatro décadas”, ou seja, o direito a saúde foi uma das grandes conquistas do movimento social brasileiro pela democratização, como um componente constituinte do SUS, com seus princípios de integralidade, equidade e universalidade, de acordo com a Constituição Cidadã de 1988.

Segundo Junges (2009, p.286) “a visão que orientava as pautas deste movimento sobre esse direito eram respaldadas pelos determinantes sociais da saúde, resultante das lutas de movimentos que propunham uma nova compreensão e organização do sistema de saúde”. Sendo o mais propalado e consistente destes movimentos a “Reforma Sanitária” que apesar das contradições políticas e ideológicas trouxe alguns desdobramentos para se discutir a questão do direito à saúde.

Nesse contexto, a saúde da família, arquétipo dos direitos sociais, pode ser questionada como uma política de cunho paliativo, burocrático, imediatista, que responde tão somente às metas predeterminadas nos aspectos operacionais. É, portanto, incapaz de ir além da atenção centrada no tratamento das doenças. Mas, ao mesmo tempo, a definição anterior, pode ser vista como um elemento para possíveis mudanças estruturais no modelo tecno-assistencial, ao incorporar aspectos de um novo paradigma, de recorte sanitário-epidemiológico.

Apesar desse vislumbre, a conjuntura dos anos 1990, marco das políticas neoliberais na América Latina e no Brasil, ao tempo que propiciou a emergência de novas formas de reorganização dos serviços, como o surgimento do PSF em 1994, também propiciou o desmonte dos direitos constitucionais. Por tal razão, é alvo de severas críticas por parte dos especialistas do campo social e da saúde coletiva. Para eles, o programa é visto como um pacote básico, pontual e seletivo, centrado no médico e no tratamento, direcionado a clientela específica e focalizado em regiões pobres (SOUSA; HAMANN, 2009; LEFEVRE; LEFEVRE, 2007; PEREIRA, 2007; FACCHINI et al., 2006; SOUZA; GRUNDY, 2004; AROUCA, 2003; ALMEIDA, 2002; SILVA et al., 2001; LUZ, 2001).

Nesse cenário de antagonismos, a saúde da família é a resultante do movimento social da saúde pela democratização desse direito, tendo como pano de fundo as influências sociais, políticas e culturais. Na sua idealização abarcou elementos conflituosos, cujo substrato para a formação e formulação política são os contextos simultaneamente globais e locais, societários e institucionais, além de técnicos e políticos (FELISBERTO et al, 2010; SILVA; CALDEIRA, 2010).

Desde seu início foi concebida como uma política de governo, normativa, prescritiva, com seus embates e dinâmicas que facilitam discussões em torno do modelo. Estas discussões têm dado maior ênfase às questões de financiamento, descentralização e participação (KALACHE, 2008; MARQUES; MENDES, 2004; NEGRI, 2002; MINAYO, 2001).

Portanto, esse conjunto de elementos até então colocados sobre o objeto, as ações da saúde da família com a pessoa idosa, realça a complexidade do processo de envelhecimento como uma questão social, multifacetada, que diz respeito ao conjunto da sociedade brasileira e, ao mesmo tempo, essas construções situam o objeto de estudo e de investigação na categoria do direito social, como direito de cidadania a uma saúde pública, após a criação do SUS.

Em tese essa dimensão social da cidadania no campo da saúde encontra explicação em Marshall (1988), que define o século XX como o momento onde a discussão da mesma como garantia da educação e de mínimos sociais ganha expressão no Estado de direito. Apesar das críticas à conquista dos direitos civis, políticos e sociais em termos de estruturação cronológica e dimensional, Faleiros (2007) realça que “a dinâmica de construção da cidadania para as pessoas idosas no Brasil, de fato, passa pelo reconhecimento de direitos do ponto de vista jurídico, implicando, no entanto, uma dinâmica contraditória de lutas e de forças entre a estruturação legal e a vida social real” (p.154).

Essas tensões dialéticas sobre o entendimento da cidadania como ampliação e efetivação de direitos sociais caracteriza o debate sobre o marco legal que assegura o direito à saúde como proteção ao envelhecimento ativo, saudável e autônomo, discutido no capítulo anterior, e tem sua organização garantida pela Constituição de 1988.

Em sendo assim, retoma-se nesta seção a reflexão sobre alguns conceitos que podem servir de norte para os agentes sociais envolvidos na atenção à saúde da pessoa idosa, na rede básica de saúde. Pelo aporte da PNSPI, a saúde da pessoa idosa como modo de vida saudável passa a ser entendida como o resultado do investimento em promoção, manutenção e melhoria, ao máximo, da sua capacidade funcional.

Além de investimentos em prevenção e tratamento de doenças; reabilitação daqueles que venham a ter sua funcionalidade restringida; em redução de agravos ou de sofrimentos, de modo que o envelhecimento possa ser encarado como processo normal, natural, dinâmico, e não como doença, para que a pessoa idosa permaneça no meio em que vive, exercendo de

forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, MS, 2006b; 2006c; RAMOS, 2003; 1993).

Os dois grandes eixos dessa política são as ações junto ao grupo de idosos independentes e junto ao grupo de idosos frágeis ou em processo de fragilização, sendo o último o elemento-chave da principal ação dessa política, que é o cadastramento destes idosos pelas equipes de saúde da família, para a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa-CSPI⁷ (BRASIL, MS, 2006b; 2006c; 2006d).

Em outros termos, a PNSPI enfatiza que o processo de implantação da CSPI consiste em uma estratégia para o acompanhamento da saúde da população idosa e, por sua vez, o registro deste acompanhamento pode subsidiar os profissionais na tomada de decisões sobre quais ações devem ser deflagradas, para possibilitar um envelhecimento condigno (BRASIL, 2006b).

Nessa perspectiva, dois pontos fundamentais dessa política carecem de melhor aprofundamento, pela importância que eles assumem no contexto político-institucional para as rotinas programáticas das equipes. São eles: a avaliação funcional e da fragilidade de pessoas idosas.

A avaliação funcional consiste em analisar de forma objetiva os parâmetros que permitem à pessoa idosa realizar suas habilidades em várias áreas. Significa, portanto, entender se uma pessoa é capaz de desempenhar suas atividades de vida diária (AVDs) no seu próprio cuidado ou as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). E, ainda, averiguar se há necessidade de ajuda parcial, em maior ou menor grau, ou total (BRASIL, MS, 2006c).



Documento que deve ser preenchido no momento da realização da visita domiciliar ou na unidade de saúde durante a consulta, tendo como função propiciar levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir no seu bem-estar. Comporta itens como identificação, hábitos de vida, problemas de saúde, medicamentos em uso, internações, ocorrências de quedas, alergias ou intolerâncias a medicamentos, alimentos ou agentes ambientais, vacinações, agendas de consultas, controle de pressão arterial, glicemia e de peso corporal (BRASIL, MS, 2008).

As AVDs que se relacionam com o autocuidado são: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, e manter controle sobre suas necessidades fisiológicas (BRASIL, MS, 2006c; FRIED et al., 2005).

Já as AIVDs ou do cotidiano (da participação independente do idoso no seu grupo social) são: utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições e cuidar das próprias finanças. Na prática utilizam-se como instrumentos avaliativos dessas atividades as Escalas de Katz e de Lawton [Anexo A] (LAWTON; BRODY, 1969; KATZ et al., 1963).

A avaliação da capacidade funcional, como dito antes, constitui a principal diretriz da PNSPI para guiar as ações na atenção básica, com vistas ao envelhecimento ativo e saudável e a partir dessas, propiciar a independência e a autonomia da pessoa idosa no seu dia-a-dia, respeitando-se, inclusive, as singularidades de cada uma. O suporte familiar e social é indispensável para que a ESF possa viabilizar tais ações nesse nível da assistência.

Por isso, a equipe de saúde da família funciona como auxílio aos integrantes da família, no sentido de discutir papéis e funções que possibilite a construção de um sistema familiar, que reconheça o envelhecimento como um processo natural e a velhice como uma fase de acúmulo de experiências.

Quanto ao segundo ponto, a fragilidade dos idosos, esta se relaciona com as demandas dos mais frágeis dentre a população em maior risco de vulnerabilidade. Segundo Lima-Costa et al. (2003), Caldas (2003), Ramos (2003; 1993) e Silvestre; Costa-Neto (2003) esse grupo apresenta mais de uma doença crônica que podem ou não levar à incapacidade funcional quando comparado aos demais grupos populacionais.

Nesse sentido, a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida, devido a um problema físico ou de saúde (VERBRUGGE; JETTE, 1994). Pode, ainda, ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais disponíveis para superá-la (HÉBERT, 1997).

Diante disso, a fragilidade ou fragilização no processo de envelhecimento destaca-se. Para os estudiosos, o termo fragilidade não possui uma definição consensual. Consideram-na como uma síndrome multidimensional a partir de uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais durante a vida, podendo inclusive alcançar maior

vulnerabilidade e maior risco de ocorrências, como: declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte (BRASIL, MS, 2006c; 2006d).

Estima-se que 10 a 25% das pessoas com 65 anos e 46% das acima de 85 anos sejam frágeis, com possibilidade de sofrer ocorrências como as mencionadas acima. Dos anos 1990 em diante, os estudos têm questionado a associação entre incapacidade e fragilidade, a partir de três perspectivas (BRASIL, MS, 2006d; FRIED et al., 2005; HÉBERT, 1997):

- (1) nem todas as pessoas com declínio funcional são frágeis;
- (2) nem todas as pessoas frágeis apresentam declínio funcional;
- (3) medidas preventivas parecem interferir na instalação dessa síndrome.

No âmbito da saúde, esse conhecimento é importante e os profissionais devem estar preparados para a identificação desses aspectos nas suas rotinas.

Em suma, como descrevemos no capítulo precedente a finalidade da PNPSI consiste em recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos nos diferentes contextos, tendo como base medidas coletivas e individuais de saúde. Para tanto, a ESF é a política responsável para desenvolver, nesse nível da assistência, a atenção básica.

As justificativas para tal diretriz são os seguintes argumentos: o crescimento do envelhecimento entre os brasileiros; os avanços na gestão e atenção em saúde; as pesquisas científicas; o conceito de envelhecimento saudável; a necessidade de um novo paradigma de promoção de saúde; compromissos com o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento (PAME) e a falta de qualificação em gerontologia social.

Por isso, as diretrizes da PNSPI se embasam nos preceitos do SUS, tendo na integralidade das ações voltadas às subjetividades da pessoa idosa, o estímulo para que os diferentes setores da sociedade e do sistema de saúde atendam suas demandas no serviço público, privado e domiciliar, a partir de acolhimento preferencial e humanizado, de práticas promocionais de hábitos saudáveis e de educação em saúde, da avaliação da capacidade funcional e da fragilidade, além das orientações sobre seus direitos.

No âmbito da gestão do SUS, aos gestores federal, estadual e municipal cabe provê os recursos para garantir a qualidade desta atenção, fortalecer a participação, formar e educar permanentemente os profissionais na temática do envelhecimento e saúde, publicizar esta

política, agenciar a cooperação nacional e internacional de experiências exitosas, como também, apoiar investigações científicas nessa área.

Todos esses aspectos, de certa forma, têm estimulado os gestores dos serviços públicos de saúde para a adequação de suas estratégias às demandas dos idosos, apesar de saber que o enfrentamento de uma questão dessa ordem deflagra inúmeros desafios para a gestão da atenção básica de saúde. E, uma das dificuldades enfrentadas pelos sistemas nacionais de saúde, no que tange aos problemas de saúde entre os idosos, certamente é transformar os novos avanços das pesquisas médicas e tecnológicas (que permeiam o cuidado das doenças crônicas) em práticas efetivas e acessíveis à grande parcela idosa que se soma aos outros segmentos do ciclo de vida (conforme abordamos no capítulo I desta Tese).

Norteadas por tais desafios servimo-nos da interrogação abaixo, para desvendar o objeto (considerando nesse processo o recorte metodológico adotado para a base empírica investigada):

- As ações de atenção básica para o cuidado da pessoa idosa, ora realizadas pelas equipes de saúde da família, podem se constituir em estratégias coletivas e políticas para o enfrentamento do processo de envelhecimento e, por conseguinte, em elementos garantidores de cidadania para esta população?

Isso significa:

- (a) Compreender que o envelhecimento da população constitui uma tendência atual e é acompanhado por condições de desigualdades socioeconômicas e educacionais e por alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) ou doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) (LEBRÃO; DUARTE, 2007; MOTA; AGUIAR, 2007; RAMOS, 2003; 2002).
- (b) Entender que o envelhecimento é um fenômeno multidimensional, que apresenta semelhanças e diferenças em termos etários e de gênero, em relação à incapacidade funcional, limitações físicas, cognitivas e sensoriais; requerendo, portanto, demanda maior de recursos para as internações hospitalares e as ações do SUS;
- (c) Entender a organização histórico-estrutural do sistema de saúde brasileiro, tomando como aporte o cenário político da institucionalização do SUS e das leis orgânicas da saúde, que levaram à descentralização da gestão e dos serviços, situando nesse espaço as demandas dos idosos e do envelhecimento.

Isto posto, se desdobram outros questionamentos, dentre os quais destacamos:

Embora se reconheçam os avanços político-institucionais da saúde com a implementação do SUS, quando consideramos a atenção básica da saúde da família, como o modelo oficial (com seus pressupostos de contradição político-ideológica), advindo de uma gestão pública, do contexto das políticas neoliberais, nos perguntamos:

1. Teria esse modelo tecno-assistencial condições de contribuir para o alcance do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas que demandam o serviço local?
2. Qual a situação do perfil das práticas da equipe de saúde da família com a população idosa nesse contexto?
3. Considerando a formação técnico-assistencial dos profissionais, estaria a equipe multiprofissional da ESF preparada para lidar com as questões de envelhecimento, em especial, com as dimensões subjetivas da pessoa idosa?
4. As ações realizadas pela equipe de saúde da família, com a população idosa, que demanda o serviço, buscam romper com a fragmentação do processo de trabalho e com a interação precária da equipe multiprofissional?

Para a análise, foram consideradas aquelas atividades desenvolvidas pela equipe, nas unidades mistas, unidades básicas e unidades de saúde da família, cujas diretrizes são as práticas de promoção e proteção à saúde, referendadas nas três dimensões das esferas do SUS: pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa do SUS, tendo em vista o alcance de um modo de vida saudável e a conquista e efetivação dos direitos de cidadania das pessoas idosas (BRASIL, MS, 2006a; 2006b; 2006c; 2006e).

Nesse contexto, as questões de análise foram as ações desenvolvidas no âmbito do HIPERDIA e o processo de implantação da CSPI, considerando que são etapas sistematizadas pelo plano de ação da Fundação Municipal de Saúde (FMS), através da Gerência de Atenção Básica (GEAB), no que tange à atenção da pessoa idosa.

No âmbito oficial, o HIPERDIA faz parte do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Este plano, em curso no país, foi instituído pela portaria GM/MS n. 371, de 04/03/2002 com o objetivo, como o próprio nome diz, de reorganizar os serviços aos segmentos populacionais expostos aos fatores de risco para

hipertensão arterial e diabetes mellitus e aos portadores dessas doenças. Além de investir na prevenção como um elemento decisivo não só para garantir a qualidade de vida, como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente, quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da Medicina moderna. Por isso, se é possível prevenir e evitar danos à saúde desses usuários, este é o caminho a ser seguido (BRASIL, MS, 2004b).

Desta forma, o Ministério da Saúde, em articulação com as sociedades científicas (Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia), as federações nacionais dos portadores de diabetes e de hipertensão, as secretarias estaduais de saúde, através do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), e as secretarias municipais de saúde, através do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), estruturaram o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (LEBRÃO; DUARTE, 2007; BRASIL, MS, 2006g; 2006h; 2004b).

Tendo como propósito a vinculação das pessoas com esses agravos às unidades de saúde, com o fim de garantir-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços.

De uma forma geral, os objetivos desse plano estão aglutinados nas seguintes dimensões:

- Instrumentalizar e estimular os profissionais envolvidos na atenção básica para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular e DM;
- Orientar e sistematizar medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos hipertensos e diabéticos inseridos na atenção básica;
- Reconhecer as situações que requerem atendimento nas redes secundária e/ou terciária;
- Reconhecer as complicações da HA e do DM, possibilitando as reabilitações psicológica, física e social dos portadores dessas enfermidades (BRASIL, MS, 2004b).

As atividades previstas nesses programas seguem os protocolos nacionais para o atendimento clínico das referidas patologias, que incluem consultas, diagnósticos e exames.

Acreditamos que esse, seja um aspecto relevante no conjunto das práticas de atenção à pessoa idosa, considerando o impacto dos desdobramentos biopsicossociais do processo de envelhecimento sobre o sistema de saúde. Por outro lado, sua importância se dá em razão de ser essa a lógica de acesso à rede SUS do município investigado, para as pessoas adultas com 60 anos e mais.

De acordo com achados atuais, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é, sem dúvida, o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas. É responsável por pelo menos 40% das mortes por Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 25% das mortes por doença arterial coronariana, esses têm origem a partir da HAS não controlada. Em combinação com o diabetes mellitus, representa 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise (BRASIL, MS, 2006g; IBGE, 2005).

Lebrão e Duarte (2007) acrescentam que a HAS “é um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas quando adequadamente controlada reduz significativamente as limitações funcionais e incapacidades entre idosos. A hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento” (p.196).

Quanto ao Diabetes Mellitus (DM), além de ser um problema de saúde pública em razão da progressiva incidência, elevada prevalência e letalidade, também é uma doença que acarreta grandes custos ao sistema de saúde. Por essa razão, se constitui numa das principais causas de cegueira, amputações de membros inferiores, insuficiência renal e doenças cardiovasculares. Informes da OMS dão conta que para as próximas décadas, o DM estará no *ranking* das principais causas de mortes e de incapacidades, se medidas de controle e de monitoramento não sejam implementadas (BRASIL, MS, 2006h; 2004b).

No estudo anterior, a prevalência do DM na população idosa de 60 a 69 anos era de 17,4%. As autoras retratam que projeções já indicam que na América Latina e Caribe os percentuais da doença na população idosa acima de 65 anos sofrerá um incremento de cerca de 194%, bem superior ao projetado para a população total (40%) (LEBRÃO; DUARTE, 2007).

Por outro lado, estudos têm demonstrado que as doenças cardiovasculares (DC) são responsáveis por 16,6 milhões de mortes no mundo inteiro. A OMS estimou a proporção de mortes que poderiam ser atribuídas com base nessas doenças a diferentes fatores de risco, sendo que, no Brasil, sete deles seriam responsáveis por aproximadamente 50% do total de

óbitos. São estes: pressão arterial alta, obesidade, uso de fumo e álcool, colesterol alto, baixa ingestão de frutas e vegetais, e sedentarismo (BRASIL, MS, 2006g; 2004b).

No Brasil, as doenças cardiovasculares constituem as causas de morte de 28,2% da população e, de 1960 aos dias atuais, são mais evidentes do que as doenças infecciosas e parasitárias. Entre as DC, o acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio são os mais prevalentes. As mortes decorrentes destas doenças elevam-se com o aumento da idade, em especial, a partir dos cinquenta anos (MORAES, 2008; LEBRÃO; DUARTE, 2007; VERAS et al., 2005; BRASIL, MS, 2004b).

Tais ocorrências podem comprometer o sistema de saúde, pela sobrecarga dos custos, que hoje já representam cerca de 50% da totalidade dos custos das internações hospitalares, com tendência de elevar-se, ainda mais, nesse novo cenário da saúde e do envelhecimento populacional (KALACHE 2008; LEBRÃO; DUATE, 2007; BRASIL, MS, 2006g; 2004b).

No entanto, concordamos com as críticas dos autores do campo da saúde coletiva e da gerontologia de que a abordagem do HIPERDIA no centro da ESF, de forma predominante e isolada, como vem acontecendo no primeiro nível da assistência à saúde, constitui-se numa contradição aos objetivos expressos nesse plano de reorganização, porque tem deixado de fora a intersectorialidade de ações que possibilite, também, abordagens promocionais e preventivas para o cuidado desses agravos.

Como atesta Kalache (2008), embora haja adesão dos idosos aos procedimentos oferecidos pelos programas governamentais, há também um paradoxo na atenção básica de saúde, na medida em que se trata a hipertensão, o diabetes ou outro problema crônico como se fossem episódios agudos e simples, sem levar em conta um espectro mais amplo de estratégias preventivas. Segundo ele, a ampliação do paradigma de atenção com medidas de prevenção pode “gerar um aumento no prolongamento da vida com maior qualidade e também à redução da carga financeira da doença crônica” (p.1109).

Observa-se que esse paradoxo tem exacerbado as iniquidades, além de legitimar o modelo biomédico de atenção, calcado em concepções pretéritas sobre o processo saúde e doença. As acepções sobre doença crônica como uma série de episódios agudos preservam o anacronismo dos modelos assistenciais para as pessoas idosas, tanto do sistema público quanto dos subsistemas privados.

No primeiro caso, as restrições e a forma de organização das práticas de oferta têm comprometido, cada vez mais, o provimento de uma atenção integral e humanizada e, no segundo, pelo oportunismo gerado pela “desatenção pública”. Nos estabelecimentos privados de saúde suplementar há um investimento crescente na modernização da capacidade instalada hospitalar e de diagnóstico e de terapia especializada.

Urge, portanto, transformações na ESF como a ordenadora da rede a partir de medidas intersetoriais que possam conjugar os princípios políticos e reafirmar os valores de justiça distributiva envolvendo as atuais e futuras gerações.

2.2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

“A pesquisa qualitativa não se pratica segundo um modelo único; ao contrário, seus ‘praticantes’ têm recorrido a diversas técnicas ou abordagens e também demandado diferentes modelos de análise, que podem variar de acordo com as situações. **Em meio à abundância de práticas e técnicas como invocá-la?**” (grifo nosso).

(Jean Poupart et al., 2008).

Este estudo se constitui em uma pesquisa de caráter qualitativo, com seus fundamentos teóricos e empíricos respaldados no procedimento de estudo de caso e nas técnicas de entrevistas, levantamento de dados qualitativos e quantitativos, análise documental, observações *in situ* e anotações de campo.

A ênfase quanto à abordagem qualitativa se justifica pelos propósitos da investigação, no objeto de estudo e na perspectiva teórica utilizada para a análise de políticas sociais.

Em razão disso, abordamos no seguimento, algumas questões imprescindíveis em um processo de pesquisa, que envolve fenômenos sociais e suas nuances contextuais de vivências, que perpassa atitudes, sentidos, significados e visões de mundo dos sujeitos investigados.

Goldenberg (2004, p.13) diz que “a pesquisa científica não se reduz a certos procedimentos metodológicos; exige criatividade, disciplina, organização e modéstia, baseando-se no confronto permanente entre o possível e o impossível, entre o conhecimento e a ignorância”. Entendo, portanto, ser a pesquisa que envolve fenômenos sociais, um processo

complexo, não controlável e muito dinâmico, sendo difícil organizá-la como algo neutro e linear.

As etapas aqui delineadas não seguiram, necessariamente, a mesma ordem, uma vez que, o nosso objeto é uma questão em vias de construção no município investigado, é do campo social, por isso, não controlável e o conhecimento sobre o mesmo é parcial e limitado, ou seja, é o possível para este momento. Embora se reconheça que esse conhecimento pode fundamentar o diálogo com profissionais da atenção básica à pessoa idosa, quer nos serviços quer na gestão.

No processo de construção existe uma relação entre a pesquisadora e o objeto de estudo, a partir do momento em que me coloco como profissional de saúde que conhece a dinâmica da atenção à população idosa na saúde da família, e como docente que lida no dia-a-dia com idosos, de um programa de extensão, de uma IES. Isso contribuiu para estreitar o diálogo entre o objeto de estudo, os objetivos traçados e o arcabouço teórico consultado.

Por isso, a pesquisa situa-se no campo da pesquisa social e o objeto de estudo pertence ao campo de avaliação de políticas de saúde, tendo na base empírica as práticas dos profissionais da equipe de saúde da família, suas experiências vivenciadas, suas complexidades e a lógica que move esses agentes no próprio contexto em que elas estão acontecendo.

Minayo (2008) acolhe a pesquisa social em saúde sob a visão qualitativa como parte do legado das Ciências Sociais, com sua tríade de correntes de pensamento que tem guiado a produção do conhecimento e visões de mundo neste campo. Especialmente, quando ela adverte “que nenhuma teoria da sociedade é neutra e que qualquer estudo tem implicitamente ou explicitamente suas marcas teóricas norteadoras” (p.78).

Ainda de acordo com Minayo (2008, p.95) “essas visões têm influenciado os estudos das relações entre saúde e sociedade, porque privilegiam a compreensão e inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais”. Daí objetos de estudo como o nosso, que se constituem em acontecimentos sociais e suas problemáticas, carecem de discussão que os validem a partir de uma dinâmica entre seus pressupostos e as informações colhidas no contexto pesquisado.

Com essa perspectiva, o objeto teve como ancoragem as conceituações de autores do campo social (cujos trabalhos dão ênfase às políticas de promoção e proteção social); do

campo da saúde coletiva e do campo da gerontologia social⁸, complementados pela vasta documentação oficial da área de envelhecimento e saúde. Estes foram fundamentais para a apreensão do nosso objeto de estudo e decisivos para a discussão sobre as ações da saúde da família.

No dizer de Minayo (2008, p.106), as ações da saúde da família “tem seu foco no pequeno grupo e suas relações primárias e interativas, alvo das abordagens compreensivas, tornou-se a proposta para mudar o modelo biomédico, hegemônico, burocrático, caro, ineficiente e individual”.

Por isso, o estudo sobre ações da ESF com a pessoa idosa, tendo na base os discursos e práticas no cotidiano dessas unidades de análise possibilitaram a localização de elementos objetivos e subjetivos, por meio dos quais os agentes constroem suas percepções referentes à vida social, extensiva à vida institucional. Na contextura das instituições de saúde, as vivências cotidianas dos profissionais da equipe significam um espaço de disputas, de exercício de poder, e por assim dizer de uma prática social que é influenciada pelas ações sanitárias e políticas.

Autores que discutem a importância das vivências dos agentes na contextura dos serviços básicos creem que essas podem contribuir para um fértil debate que perpassa o direito à saúde. Defendem que a visão exclusiva dos processos políticos, sociais e institucionais no nível macroestrutural não basta para dar conta de uma questão tão abrangente como a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Para esses autores, nessa discussão do objeto saúde do idoso devem estar associados os processos (discursos oficiais) e as vivências dos agentes que compõem o sistema de saúde local, considerando que se trata de uma prática multiprofissional, na qual se destaca a dimensão política (JUNGES, 2009; FALEIROS, 2007; SIQUEIRA, 2007; SOUSA; GRUNDY, 2004; COBURN, 2004; 2000; RAMOS, 2003).

⁸ O campo da Gerontologia Social aqui empregado relaciona-se ao conjunto de saberes e práticas de diversas especialidades que trabalham as questões da velhice, que se apóiam menos nos fundamentos científicos reconhecidos como tais pelo conjunto dos cientistas do que numa necessidade de uma nova crença coletiva relativa à constituição da gestão da velhice, para a qual estes especialistas têm contribuído (LOPES, 2000, p.29). No campo científico do envelhecimento, encontram-se hoje muitas expressões semelhantes: gerontologia social, gerontologia biomédica, geriatria, gerogogia, gerontogogia, gerontopsicologia, gerontossociologia. Nesse mosaico conceitual e de nomenclatura que tem gerado dificuldades na compreensão, a construção do campo científico da gerontologia caracteriza-se pelo estudo do processo de envelhecimento, tendo na velhice a última fase deste processo, seja na interdisciplinaridade, seja na multidisciplinaridade, mas que requer pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade (DOLL, 2004).

É nessa perspectiva que esses achados contribuíram, também, para a compreensão da estruturação do sistema de saúde brasileiro com suas políticas e programas sociais, advindos de uma tardia reforma sanitária, no que tange à implementação dos princípios democráticos racionalizadores do SUS numa conjuntura neoliberal.

Ou seja, esta perspectiva permitiu detectar a cadeia causal de vários fatores que remontam à estruturação deste sistema, dentre as quais: seu viés de prevenção e promoção de saúde; as dificuldades para adequação do modelo assistencial aos seus princípios reformadores com maior integralidade das práticas e equidade no acesso, assim como as mudanças que o sistema vem sofrendo, após a Constituição de 1988 (FALEIROS, 2007; CORDEIRO 2004; 2001; BORGES, 2003; CARVALHO, 2003; MENDES, 2001; MINAYO, 2001).

Esses aportes subsidiaram o capítulo teórico da tese que, por sua vez, permitiu uma maior objetividade da investigação quanto às análises do atual perfil das ações e serviços de saúde do campo da atenção básica voltada para a pessoa idosa.

Em síntese, a análise da atenção à saúde da pessoa idosa na ESF no município de Teresina-Piauí, por caracterizar-se como um objeto do campo da avaliação de políticas sociais, acha na abordagem qualitativa um requisito capaz de apreender na sua totalidade limites e possibilidades encontrados, pelos agentes sociais no seu cotidiano em equipe multiprofissional, para trabalhar a demanda da pessoa idosa.

Deslauriers e Kérisit (2008) reforçam a utilização da abordagem qualitativa na pesquisa avaliativa, seja de políticas sociais ou organizacionais, por ser um campo bastante diversificado que comporta várias práticas.

Acrescentam que os pesquisadores que analisam as políticas sociais encontraram nessa abordagem mais vantagens pelo fato dela dar conta das diversas facetas e particularidades que este tipo de pesquisa requer, ou seja, “na análise de uma política social o objeto de estudo é multidimensional; tem orientação empírico-indutiva; se reporta ao futuro, bem como ao passado; é sensível aos utilizadores dos resultados, além de se reconhecer explicitamente os valores que veicula” (p. 132).

Na nossa pesquisa a sua utilização assumiu superioridade porque o objetivo foi compreender e explicar como a atenção à saúde da pessoa idosa vem acontecendo nas práticas das unidades de saúde. Conhecer mais para apreender e aprofundar o fenômeno investigado,

explorando em que momentos as ações políticas aconteciam, portanto, convergem para o âmbito das subjetividades do fenômeno estudado, enquanto acontecimento contemporâneo inserido no movimento social, político e cultural.

Corroborando as idéias precedentes Turato (2005, p.509) diz que na pesquisa qualitativa em saúde, não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender os sentidos, os significados que este tem para a saúde individual ou coletiva.

O autor serve-se da visão dos sociólogos Denzin e Lincoln para enfatizar que de forma geral “os pesquisadores qualitativos investigam os fenômenos em seu *setting* natural, tendo em vista valorizar ou interpretar estes fenômenos em relação às significações que as pessoas trazem para estes” (TURATO, 2005, p.509).

E, portanto, “o caminho-método da pesquisa qualitativa é aquele que aborda mais adequadamente o objeto, e tudo aquilo que nos ajuda na abordagem deve ser respeitado” (TURATO 2003, p.29).

O pesquisador da Ciência Social que observa fenômenos, a partir de seu vértice de observação, ou seja, os fatos sociais, acontecimentos históricos, políticos, tudo aquilo que ocorre no espaço analítico, lida com variáveis rebeldes que escapam à quantificação. Como afirma Turato, (2003 p.30) “num estudo qualitativo, o observador se constitui no instrumento de captação do fenômeno”

Em palavras semelhantes, Minayo et al. (2007, p. 22) aponta a pesquisa qualitativa como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tornadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Por seu lado, a centralidade da análise das ações de atenção básica, tendo como eixo as diretrizes da PNAB e da PNSPI, confere à pesquisa uma avaliação das estratégias qualitativas e quantitativas de promoção, de prevenção e de educação em saúde dirigidas à pessoa idosa, por intermédio das intervenções da ESF, neste município.

A idéia se apóia em Aguilar; Ander-Egg (1994), que afirmam que a avaliação na pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida pode trazer subsídios ou mesmo, nortear a tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou solucionar problemas e promover conhecimento.

Isso no caso da proposição ter como objetivos: identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável, dados e informações suficientes e relevantes capazes de apoiar juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa, seja na fase de diagnóstico, programação e execução; ou de um conjunto de atividades específicas em curso ou realizadas ou que se realizarão, objetivando produzir efeitos e resultados concretos; além de comprovar a extensão e o grau em que se deram essas conquistas (p. 31).

Essa orientação teórica, quanto aos princípios da pesquisa social, nos permitiu compreender melhor o nosso problema de investigação, quando eles inferem que a avaliação abarca diferentes dimensões de um mesmo processo: o diagnóstico, a programação e a execução. Nossos objetivos, nesse recorte do objeto de estudo, perpassam pelas três dimensões. No entanto, o processo discursivo deu maior ênfase às dimensões da programação e da execução, uma vez que abrangeu as atividades que já vinham sendo implementadas no HIPERDIA e as que estão sendo implantadas e implementadas pela CSPI, no dia-a-dia das unidades de saúde, tendo em vista a promoção do envelhecimento condigno e ativo.

2.2.1 O CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

O contexto abrangeu a rede de serviços assistenciais da Fundação Municipal de Saúde em Teresina-Piauí, com sua estrutura territorial composta pelas Coordenadorias: CRS-centro/norte; CRS-sul; e CRS-leste-sudeste, no campo da atenção básica/saúde da família (fig. 5).

As unidades mistas, as unidades básicas e as unidades de saúde da família congregam equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar de consultório odontológico e 6 agentes comunitários de saúde, sendo que cada agente é responsável por uma microárea, dentro da área adscrita à unidade de saúde.

A ESF, de acordo com dados do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB (2009) atingiu em 2009, neste município, cobertura populacional de 94%, sendo que 7,2% referem-se à atenção à saúde das pessoas idosas. Ressalte-se, ainda, que a rede é composta por duzentos e trinta e uma (231) equipes de saúde da família e, neste universo, cento e setenta

(170) já iniciaram o cadastro de pessoas idosas nas suas microáreas, por meio da CSPI, instrumento que possibilita a identificação de idosos frágeis ou em risco de fragilização, um dos eixos para a implementação da PNSPI.

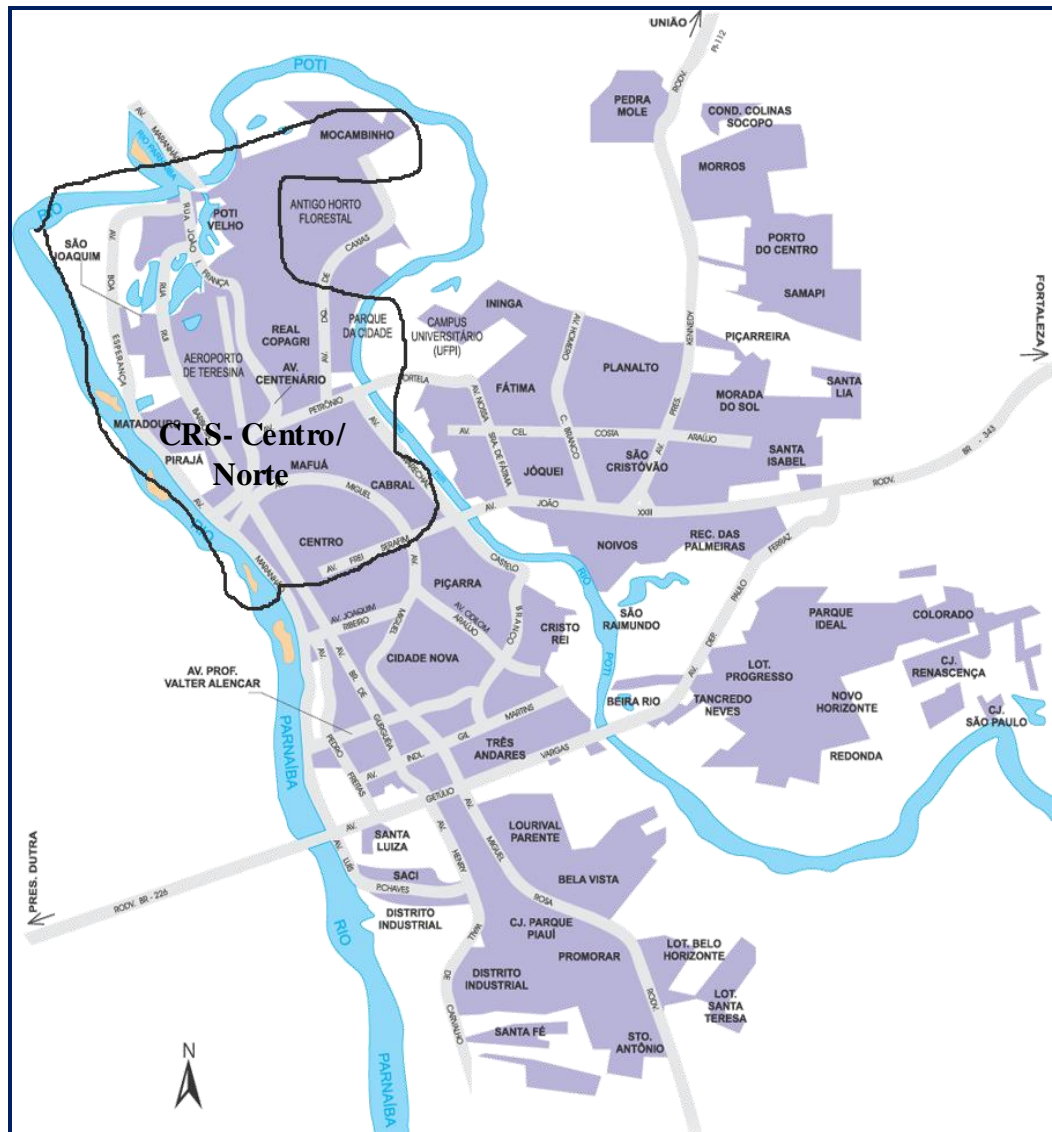


Figura 5

Mapa de Teresina-Pi - Regional de Saúde Centro/Norte (área demarcada).

Neste contexto, a pesquisa empírica foi desenvolvida durante um (1) ano abrangendo o segundo semestre de 2009 e o primeiro semestre de 2010, na rede de serviços da Coordenadoria Regional centro/ norte que atualmente comporta setenta (70) equipes na zona

urbana e seis (6) na zona rural, distribuídas nas vinte e cinco (25) unidades mistas, unidades básicas e unidades de saúde da família municipais. Vale salientar que, além dessas unidades municipais, a região concentra, ainda, cento e vinte sete (127) unidades de atenção secundária [com consultas médicas em trinta e seis (36) especialidades] e, por isso, é conhecida como “Polígono da Saúde”.

Antes de iniciar a pesquisa de campo, fomos à Gerência de Atenção Básica (GEAB) e à CRS centro/ norte para apresentarmos a carta de aprovação dos Comitês de ética da FMS e da UFPI e fazermos os primeiros contatos.

Nestes encontros, dialogamos com técnicos e gerentes sobre a situação atual da atenção aos idosos na ESF. Conhecemos a rotina da gerência e da coordenação, o organograma da instituição, as atribuições e competências. Lemos os relatórios de dados de cobertura da ESF e delineamento do atendimento aos adultos com sessenta anos e mais, por regional. Estes foram determinantes para a seleção do universo de análise⁹ e da amostra de meio institucional¹⁰.

Para buscar as informações subjetivas sobre o cotidiano das práticas (as vivências dos profissionais) e as atividades realizadas pelas equipes, utilizamos, neste estudo, as unidades mistas, as unidades básicas e as unidades de saúde da família da zona urbana. Selecionamos cinco (5) delas, considerando-se o número de idosos cadastrados, além da caracterização da área em termos de abrangência dos serviços, para a realização de entrevistas e efetuarmos o levantamento quantitativo de alguns indicadores (que serão abordados mais adiante).

Realizamos um total de dezessete (17) entrevistas, das quais quatorze (14) com integrantes de dez (10) equipes do universo de análise: Unidade de Saúde da Família (USF-1); Unidade Mista de Saúde (UMS-2); Unidade Básica de Saúde (UBS-3); Unidade Básica de Saúde (UBS-4); e Unidade Básica de Saúde (UBS-5).

⁹ Poupart (2008, p.166), citando Sjoberg e Nett (1968) e Rose (1982), diz que a noção de universo de análise proposta pelos primeiros autores e desenvolvida pela segunda autora, corresponde à noção clássica de população no campo empírico. Acrescenta que o pesquisador deve usar a noção de universo de análise ao pé da letra, ou seja, o universo real no qual ele investiga.

¹⁰ Baseado em Poupart (2008, p.177), “escolhe-se o meio como universo de análise para constituir o *corpus* empírico do estudo, não exigindo, necessariamente, que todas as observações ou coletas sejam feitas em um único local, mas tão simplesmente que elas sejam trabalhadas como se referindo a totalidade de um mesmo meio”. No nosso caso as unidades de saúde municipais foram o universo de análise e o meio para as observações, acompanhamento e entrevistas foram os profissionais das equipes saúde da família. Sem, no entanto, desconsiderar as peculiaridades de cada unidade de saúde.

Entrevistamos, ainda, um técnico da GEAB que atua na implantação da CSPI, desde 2008, um técnico da CRS centro/ norte e a gestora responsável pela Gerência de Atenção Básica (GEAB).

Participamos, também, de visitas domiciliares e de reuniões com as equipes e os usuários do HIPERDIA (Apêndices 1 e 2).

Além disso, observamos os atendimentos realizados, por meio de consultas médicas e de enfermagem, às pessoas idosas cadastradas nas Áreas A2 e C1, de acordo com a agenda das equipes dessas áreas (Apêndices 2, 3).

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora com apoio de um gravador marca Panasonic (cassete recorder RQ-L11). O cronograma das mesmas obedeceu à agenda dos profissionais, além de suas sugestões quanto ao local de realização e horário.

As características das unidades de análise podem ser assim listadas (Apêndice 4):

- a) A Unidade de Saúde da Família (USF-1). Nesta, atuam quatro (4) equipes de saúde da família, das quais duas (2) fizeram parte deste estudo;
- b) A Unidade Mista de Saúde (UMS-2). Tem esta caracterização pelo perfil de atividades desempenhadas: assistência ambulatorial e hospitalar. Nela trabalham cinco (5) equipes, dentre elas três (3) são parte do trabalho de campo;
- c) A Unidade Básica de Saúde (USB-3). Apresenta as características determinadas pela PNAB de que as ações de saúde da família sejam em área adscrita à comunidade. Lá funcionam quatro (4) equipes. Duas delas participaram da pesquisa.
- d) A Unidade Básica de Saúde (UBS-4). Com características semelhantes à anterior tem seis (6) equipes. Duas delas compuseram a amostra do estudo.
- e) A Unidade Básica de Saúde (UBS-5). Configura-se de acordo com as duas últimas e possui quatro (4) equipes, das quais uma delas participou da pesquisa.

Apesar dessas caracterizações, procuramos preservar a identidade desses locais e manter o anonimato das equipes (conforme atestado no TCLE). Adotamos a seguinte nomenclatura, para designar as equipes e suas áreas adscritas: A1, A2, B1, B2, assim sucessivamente (Apêndice 5).

2.2.2 OS SUJEITOS ENTREVISTADOS NA PESQUISA DE CAMPO

Como mencionado no item anterior, o estudo abrangeu dezessete (17) profissionais, escolhidos mediante amostra de meio institucional, pertencentes às seguintes áreas de formação: Médicos 3 (17,65%), Enfermeiros 6 (35,29%), Dentistas 2 (11,76%), Nutricionista 1 (5,88%), Especialista em Saúde Pública 1 (5,88%), Agente Comunitário de Saúde 3 (17,65%) e Técnico de Enfermagem 1 (5,88%). Destes, 2 (11,76%) eram do sexo masculino e 15 (88,24%) do sexo feminino (Apêndice 6).

Com o intuito de preservar o anonimato dos mesmos, apesar de eles terem firmado seu consentimento livre e esclarecido (apêndice 5), sua identificação nos depoimentos deste texto foi feita com as siglas S1, S2, S3 e assim por diante, para caracterizar o termo Sujeito seguido do número correspondente à entrevista.

2.2.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

2.2.3.1 O ESTUDO DE CASO COMO ESTRATÉGIA DA PESQUISA DE CAMPO

O estudo de caso foi a estratégia utilizada para a coleta de informações. A escolha se deveu ao fato de estarmos estudando um acontecimento contemporâneo multidimensional, impossível de ser isolado do contexto social onde as práticas acontecem, uma vez que estamos analisando as ações de atenção básica à pessoa idosa, ou seja, o processo de implantação e implementação da caderneta de saúde e, ao mesmo tempo, as ações programáticas do HIPERDIA.

Portanto, estudamos uma questão que envolve a avaliação de políticas como a PNAB, a PNSPI e a PNS, com ênfase nas ações desenvolvidas pela ESF. Em outras palavras, levamos em consideração não apenas o planejamento ideológico do objeto, mas sobretudo as circunstâncias que estavam em jogo.

O estudo de caso, para Yin (2005), é uma forma distintiva de investigação empírica que estuda o fenômeno no seu próprio contexto, que exige planejamento acurado da questão central a ser investigada e procedimentos sistemáticos para a coleta das informações, como

observação direta e entrevistas das pessoas nele envolvidas, além de outras complementares, como: pesquisa documental, levantamentos, manipulação informal, entre outros.

É, pois, “uma estratégia exploratória utilizada nas ciências sociais, que se define a partir das questões como e porque sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos, sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle” (p.28-29).

O autor adverte ainda que “isso se deve ao fato de que tais questões lidam com ligações construídas ao longo do tempo, ao invés de serem encaradas como meras repetições ou incidências” (p.25).

Na investigação de estudo de caso, há muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados; baseia-se em várias fontes de evidências que convergem para a triangulação das informações. Por isso, necessitou da elaboração de proposições prévias para conduzir a coleta de informações e sua análise (POUPART et al, 2008).

Este pressuposto nos auxiliou na compreensão mais acurada dos eventos comportamentais efetivos dos agentes sociais que atualmente lidam com a questão neste espaço, bem como norteou o acesso aos mesmos, inclusive a afirmar que o nosso estudo apresenta caracterizações mais próprias de um estudo de caso, pelos procedimentos (entrevista, observações, anotações, análise de documentos, reuniões e visitas), do que de um estudo experimental ou de uma pesquisa histórica (YIN, 2005; POUPART et al, 2008).

Em suma, todas estas facetas e os princípios metodológicos já abordados definiram o estudo de caso, neste estudo, como a estratégia para a pesquisa de campo, no sentido de dar maior credibilidade à pesquisadora quanto à obtenção das informações.

Desse modo, a pesquisa abarcou três fases: fase exploratória, fase da pesquisa empírica e fase de análise das informações, aportes para a nossa pesquisa exploratória e interpretativa. Nessa construção, foram imprescindíveis os aportes das disciplinas cursadas: Formulação e Implementação e Avaliação de Políticas Públicas; Metodologia de Avaliação de Programas e Políticas Sociais; Políticas Sociais, Descentralização, Participação e Controle Social; Teoria Política e Laboratório de Pesquisa.

A fase exploratória iniciou com as leituras e reflexões sobre o tema, ancoradas em fontes secundárias como: estudos (teses e dissertações), publicações, documentos e legislação sobre o envelhecimento e as políticas públicas para a pessoa idosa que se constituíram nos

momentos para a problematização e recorte histórico-espacial do objeto, justificativa e relevância, formulação dos objetivos e indicação metodológica do estudo.

Quanto à fase da pesquisa empírica, as informações foram coletadas de fontes primárias: procedimentos de observação direta e sistematizada das atividades das equipes de saúde da família nas unidades de saúde; da entrevista semidirigida com os profissionais de saúde responsáveis pela execução das ações de atenção básica aos idosos; da entrevista com técnico e gerente da GEAB, e técnico da CRS centro/ norte; das anotações de campo; do levantamento quantitativo de alguns indicadores.

Foram também utilizadas fontes secundárias: coleta intencional de informações em documentos oficiais, no nível local e nacional, sobre a PNAB e desempenho da ESF em relação à atenção ao público idoso, dados demográficos sobre o envelhecimento e de pesquisas na área.

A observação *in situ* aconteceu durante o acompanhamento da rotina das equipes de saúde da família aos usuários idosos, nas unidades de saúde. Para tanto, utilizamos o diário de campo (um caderno de capa dura) para as anotações sobre a vivência dos atendimentos junto às equipes escolhidas, tais como: procedimentos, condutas, diálogos, além das expressões e posturas dos sujeitos da pesquisa durante a consulta, reuniões, atividades de educação em saúde e em visitas domiciliares.

Nas palavras de Minayo et al. (2007), a importância da técnica reside no fato de podermos “captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, os atores sociais, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (MINAYO et al., 2007, p. 59-60).

A entrevista semidirigida com seu tópico-guia de questões foi aplicada com os sujeitos da pesquisa. Esta modalidade de entrevista é vista por Trivinos (1994, p.146) como aquela que parte “de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, oferecendo amplo campo de interrogativas que desdobram novas hipóteses à medida que se recebem respostas do informante”, ou seja, nesta dinâmica o informante começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.

Entendemos assim que esta idéia metodológica contribuiu para melhor avaliação do processo da política pública em questão, uma vez que os fundamentos dessa política

pressupõem o acesso universal a serviços de atenção básica à saúde qualificada e resolutive, a partir de ações integradas, contínuas e longitudinais do cuidado, visando estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 1990; 1988; BRASIL, Ministério da Saúde, 2006a; 2001a).

Quanto aos instrumentos, elaboramos o instrumento A para quantificar as atividades das equipes de saúde da família, com os seguintes itens: área de abrangência; nº de famílias cadastradas; nº de pessoas idosas por faixa etária (60 – 64 anos; 65 – 69; 70 – 74 anos e 75 anos e mais), além de ações da equipe de saúde da família: consultas médicas; consultas de enfermagem; atividades de promoção de hábitos saudáveis; avaliação do cuidado em relação à capacidade funcional e fragilidade dos idosos; visitas domiciliares; e trabalhos em grupo (Apêndice 7).

Ressaltamos que não foi possível a captação desses dados de acordo com o elenco acima, considerando-se o estágio em que a implantação e implementação das atividades se encontravam. Por isso, os dados apresentados por meio de figuras, no capítulo IV, refletem a realidade das práticas naquele momento.

As equipes disponibilizaram apenas alguns indicadores referentes aos idosos usuários do HIPERDIA, dentre os quais se destacam: classificação dos idosos por faixa etária (60-64 anos; 65 anos e mais); classificação por indicador de fragilidade acamados (nomenclatura utilizada pela equipe para designar a incapacidade do idoso para a realização de AVDs) e presença de doença crônica (hipertensão ou diabetes mellitus), com exceção da área A1, a qual apresentou o perfil mensal das atividades: nº de famílias acompanhadas/ visitadas, nº de consultas médicas/ de enfermagem e nº de visitas domiciliares.

Assim, aquele instrumento elaborado poderá se constituir, a começar deste estudo, em uma proposta para nortear as atividades das equipes e técnicos da GEAB.

Utilizamos o instrumento B para conhecermos o perfil dos profissionais de saúde e suas percepções sobre a atenção básica à pessoa idosa, composto de duas (2) partes: a primeira com dados sobre: sexo; data de nascimento; naturalidade; procedência; grau de escolaridade; estado civil; profissão/ocupação e tempo de serviço; a segunda, composta por questões abertas no tocante às ações de atenção básica ao idoso e sua relação com o sistema de saúde, ou seja, estudamos aquelas ações preconizadas na PNAB que possibilitem um modo de vida saudável e a conquista e efetivação dos direitos de cidadania dos idosos (Apêndice 8).

Antes de iniciarmos a pesquisa de campo propriamente dita, testamos os instrumentos de coleta de informações por meio de estudo piloto junto aos profissionais de saúde, com o fim de corrigir as imperfeições e limitações das questões propostas.

2.2.4 PROCESSO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A fase de análise das informações consistiu no diálogo da pesquisadora com as categorias de informações das fontes primárias e secundárias que balizaram suas conclusões e recomendações, conforme abordado no seguimento.

Analizamos os dados quantitativos (indicadores de classificação dos idosos por faixa etária, presença de doenças, fragilidade etc.) com base na classificação da OMS, nos parâmetros da CSPI e no Caderno de Atenção Básica nº19. Os dados obtidos foram expostos em figuras com frequência simples e percentual (Capítulo IV).

Trabalhamos os dados qualitativos do material das entrevistas a partir de leituras e releituras dos conteúdos, no sentido de identificarmos os limites e as possibilidades relativas à execução das atividades, ou seja, os entraves relativos às questões político-institucionais e à estruturação da atenção. Após esses procedimentos, organizamos os resultados em categorias temáticas, tomando-se como orientação a análise de conteúdo para, em seguida, proceder à discussão das mesmas.

A análise de conteúdo, baseada na conceituação de Bardin (1997), significa “um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 1997, p.33).

Essa perspectiva de análise nos possibilitou adentrar nos momentos particulares dos agentes sociais (os discursos das vivências / os documentos oficiais), para entender o sentido que eles dão à atenção ao público idoso e às formas de enfrentamento às demandas geradas pelo envelhecimento para o sistema de saúde local.

A categorização das informações, no entendimento de Berelson (1952) e Bardin (1997), consiste em uma classificação dos elementos que constituem o conjunto das ideias,

com suas diferenciações, para, em seguida, serem agrupadas segundo a analogia, tendo como parâmetro os critérios antes definidos.

Côncio desta fundamentação, Bardin (1997, p.145) assevera que “as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos: unidades de registro, sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos”.

Corroborando Bardin, Minayo et al. (2007, p.86) defende que a técnica de enunciação “costuma ser usada para se analisar entrevistas com questões abertas ou semi-estruturadas”, uma vez que esse procedimento de análise permite a organização dos componentes das mensagens por relevância teórica ou reiteração das informações dos sujeitos sobre o problema investigado.

Em outras palavras, o procedimento para qualificar os depoimentos se deu em decorrência do desvelamento do fenômeno, na medida em que os conhecimentos sobre o objeto de estudo começaram a se repetir. Esse processo de organização ocorreu simultaneamente, ou seja, na medida em que as concepções dos sujeitos se corporificavam, fizemos o confronto das mesmas com as categorias teóricas do campo da política social, na perspectiva de proteção e da promoção de saúde.

Em síntese, o processo de análise compreendeu três momentos: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Figura 6). Na pré-análise, fizemos a organização dos conteúdos das entrevistas por meio de leituras e releituras com base nas quais geramos as primeiras intuições e sistematizações das ideias.

Na fase de exploração do material, aprofundamos o processo e, na fase de tratamento, analisamos minuciosamente todas as informações advindas das entrevistas, dos documentos e dos registros em notas de campo, que resultaram nas seguintes categorias temáticas:

- O cotidiano das práticas de saúde com a pessoa idosa
- Planejamento incipiente para as ações de promoção de saúde;
- As ações atendem as doenças;
- Ações fragmentadas e descontínuas;
- Fragilização para e no trabalho em equipe multiprofissional;

- Falta de capacitação em saúde e envelhecimento.

Esta última etapa, segundo Bardin (1997), é conhecida como procedimento por caixas, decorrente das questões norteadoras da pesquisa descritas no item 2.1 deste capítulo, com base nas dimensões: práticas de saúde ofertadas nas UBS; político-institucional da organização da atenção à saúde da pessoa idosa; do trabalho em equipe multiprofissional (o processo de trabalho e capacitação dos profissionais para lidar com o envelhecimento e as subjetividades da pessoa idosa) (Figura 7):

Estas categorias temáticas constituem a análise do capítulo IV deste texto, onde discutimos os limites e possibilidades que o modelo de gestão e atenção à saúde deste município apresentou para lidar com a demanda da pessoa idosa, ou seja, os pontos de vista dos sujeitos sobre o cotidiano das vivências em equipe multiprofissional, em relação aos entraves que têm impedido a implantação e implementação das ações de promoção da saúde para esse contingente da população, bem como a proteção social ao envelhecimento ativo e saudável.

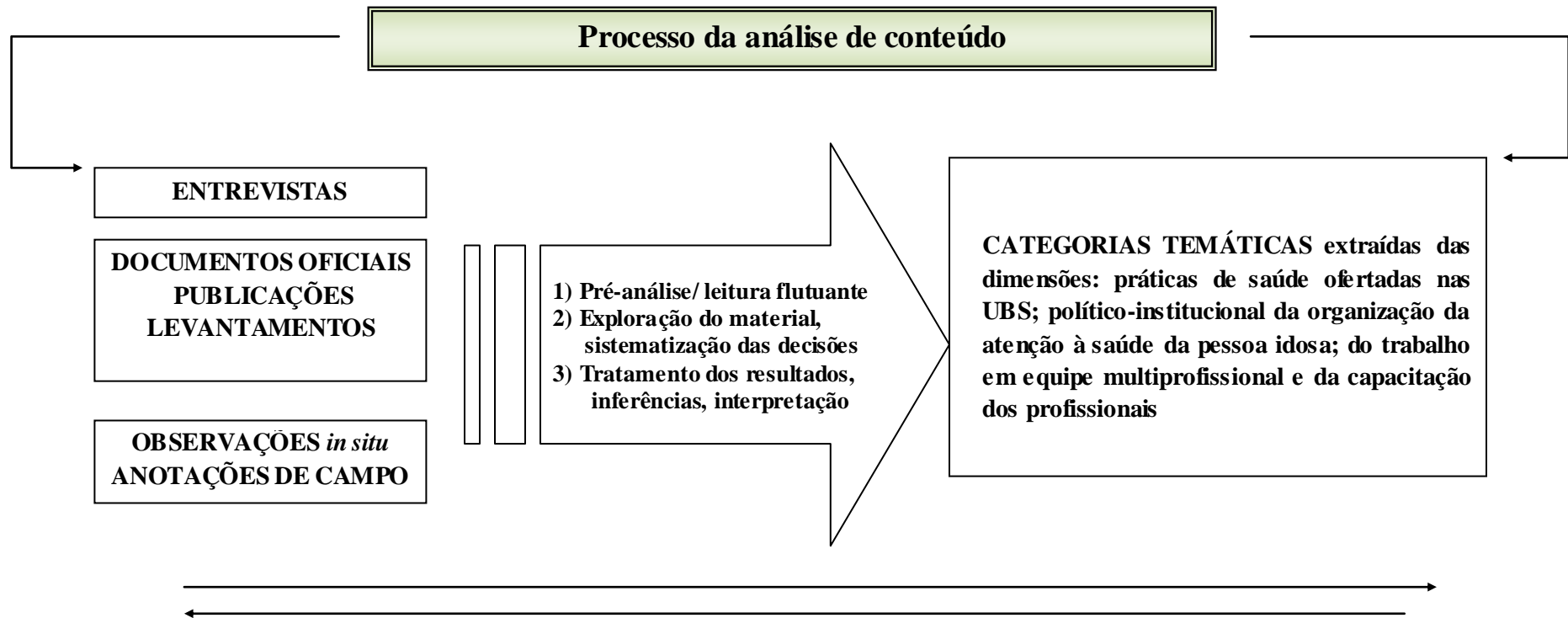


Figura 6

Diagrama utilizado para a organização e análise das categorias temáticas (adaptado de BARDIN, 1997; BERELSON, 1952).

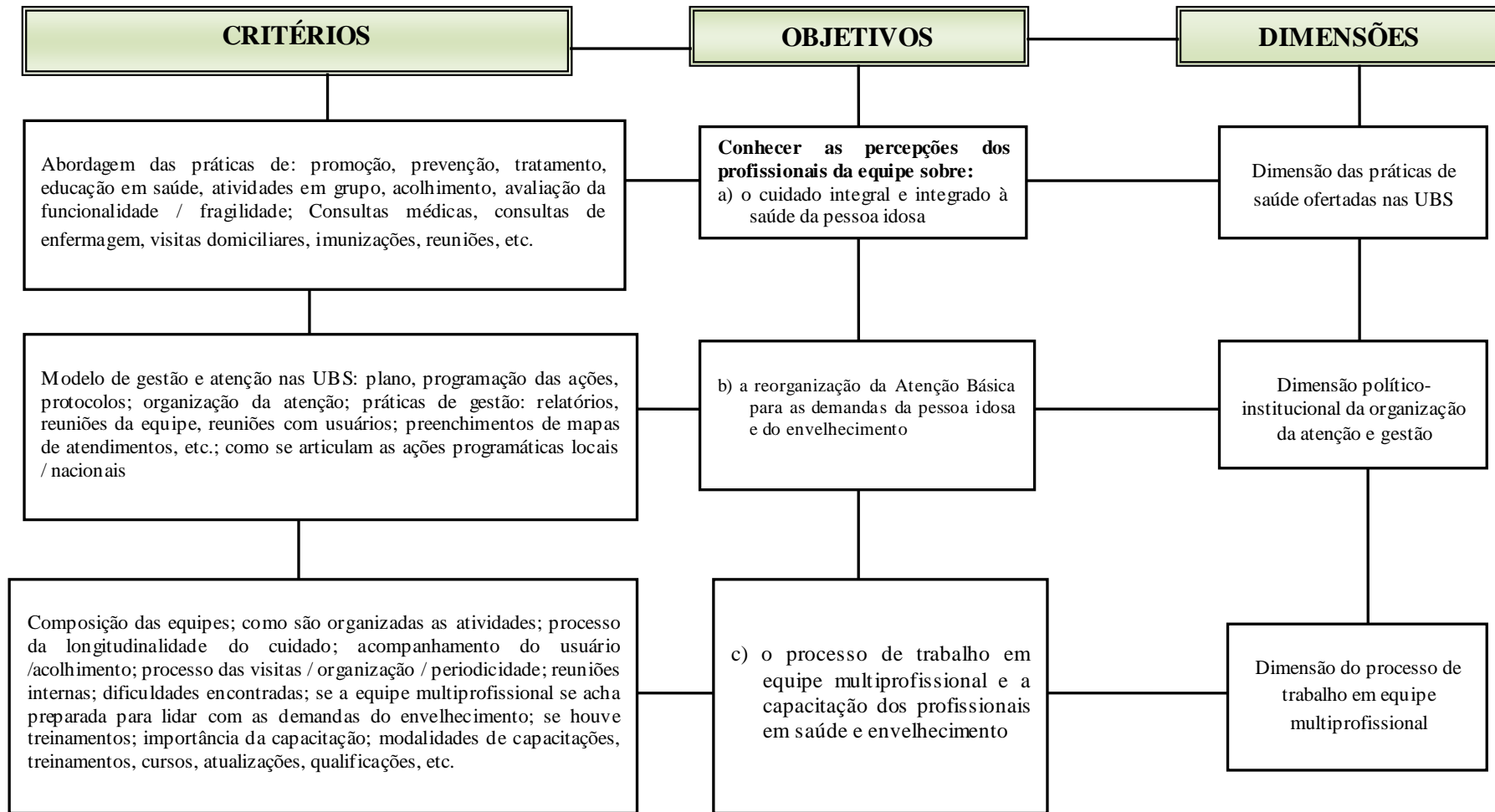


Figura 7

Diagrama para a elegibilidade das categorias temáticas: critérios – objetivos – dimensões analisadas

2.3 PROTOCOLOS ÉTICOS

Antes de iniciar o trabalho de campo propriamente dito, submetemos o projeto de tese à apreciação do Comitê de Ética da Fundação Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa, da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, da Universidade Federal do Piauí. O projeto foi encaminhado por meio de Ofício s/nº da pesquisadora responsável, aluna do curso de doutorado em Políticas Públicas/UFMA, docente do Departamento de Nutrição/CCS/UFPI e, após a apreciação, os comitês aprovaram o início dos trabalhos, conforme memorando-circular e carta de aprovação (Anexos B e C).

Cada entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com os princípios éticos dispostos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, MS, 1996), especificamente no seu Artigo IV, que aborda o respeito à autonomia do participante da pesquisa, garantindo-lhe, entre outros direitos, seu consentimento livre e esclarecido, o sigilo das informações e a privacidade (Apêndice 5).

No seguimento abordamos aspectos organizativos da gestão e atenção da saúde no município investigado, para, em seguida, aprofundarmos, a partir dos resultados encontrados, a discussão sobre os limites e possibilidades para a atenção à saúde da pessoa idosa na Estratégia de Saúde da Família.

CAPÍTULO III

O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA NO
MUNICÍPIO DE TERESINA-PI A PARTIR DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS

3.1 O MUNICÍPIO DE TERESINA: CONTEXTO SOCIOECONÔMICO, POLÍTICO E DEMOGRÁFICO

3.1.1 O MUNICÍPIO

O município de Teresina, capital do Estado do Piauí, ocupa uma área de 1.755,7 km², o que lhe confere uma densidade demográfica de 444,2 hab./km², representando 0,698% do Estado e 0,0207% de todo o território brasileiro. Latitude 5°5'20" ao sul; Longitude 42°48'07" ao oeste; Limita-se ao norte com União e José de Freitas; ao sul com Monsenhor Gil, Palmeirais e Currálinhos; ao leste com Altos, Demerval Lobão e Lagoa do Piauí e a oeste com o Estado do Maranhão [Figura 8] (PIAUI, 2008; IBGE, 2000).

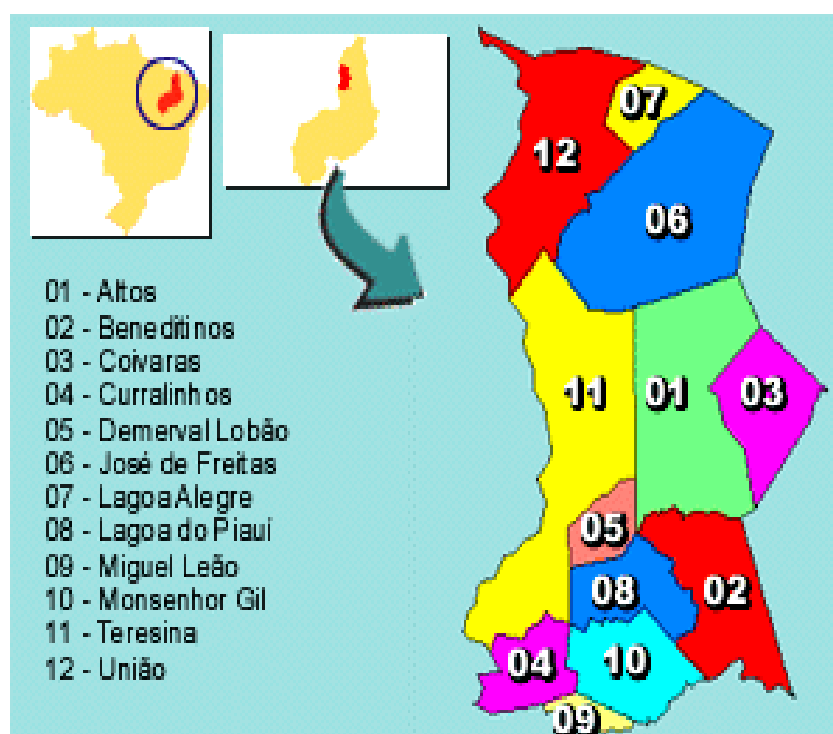


Figura 8

Mapa Regional de Teresina

Erguida na confluência dos rios Poty e Parnaíba, Teresina é a única capital da Região Nordeste que não se localiza no litoral. Sua origem advém do nome de um dos rios que corta a

cidade, o Rio Poty, o qual nomeou a Vila Nova do Poty, depois denominada Teresina, uma homenagem à Imperatriz Tereza Cristina, esposa de Dom Pedro II. Constituiu-se como capital do Estado desde 1852, quando o Conselheiro José Saraiva transferiu a sede administrativa da Província da cidade de Oeiras (primeira capital do Estado) para Teresina (PIAUÍ, 2008).

Sendo, então, a primeira capital do Brasil a ser planejada. Foi alcunhada de Cidade Verde pelo poeta maranhense Coelho Neto. Encontram-se preservados em diversos bairros da cidade parques ambientais e reservas ecológicas.

Em razão de sua proximidade com a linha do Equador tem baixa altitude, fato que lhe confere temperaturas que variam de 26° a 38° durante o ano inteiro, com as menores temperaturas ocorrendo durante os primeiros cinco meses do ano.

Presentemente, Teresina tem se destacado no valhacouto de congressos e convenções de grande porte nas diversas áreas do conhecimento. As atividades ligadas ao atendimento de saúde são importantes para a economia da urbe, que é considerada um centro de referência médica na região Nordeste. O município possui, de acordo com estatísticas da Prefeitura, 634 estabelecimentos de saúde, empregando mais de quinze mil pessoas. Informação disponível em: Teresina Agenda 2015, Polo Saúde – <http://www.teresina.pi.gov.br/portalpmt>

3.1.2 POPULAÇÃO

Conta com uma população em torno de 815.061 habitantes, sendo assim a maior do Estado e a 22ª cidade no Brasil. Essa população está distribuída espacialmente pelos 117 bairros da cidade (IBGE, 2009; 2007).

O *boom* populacional ocorreu, principalmente, a partir da década de 50, época de construção das grandes rodovias no Piauí. Em quase 60 anos, a capital saiu dos 90 mil para os atuais 800 mil. Tal fato é uma das marcas da centralização dos serviços do estado na capital, que levou a multiplicação das vilas e favelas na periferia do município. Teresina possui o maior IDH do Piauí, e um dos maiores níveis de desigualdade e concentração de riqueza do Brasil. Representa cerca de 46% do PIB do Piauí (IBGE, 2007).

Nesse contingente populacional, os idosos (pessoas com 60 anos e mais) correspondem a 52.069 (cinquenta e dois mil e sessenta e nove) habitantes, ou seja, 6,5% da população total, com maior concentração na faixa etária de 60 a 69 anos (IBGE, 2009).

3.2 CONTEXTO ORGANIZACIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TERESINA: MODELO DE ATENÇÃO E GESTÃO

No tocante à dimensão organizacional da atenção, as práticas de gestão consistem na coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação, regulação e auditoria, de acordo com a Norma Operativa Básica – NOB/ 1996. Esta norma instituiu as gestões plenas do sistema municipal e da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados. Para dar seguimento a estas normas foram instituídos os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos, além da introdução da noção de redes de assistência (ROCHA et al., 2010; BRASIL, MS, 2006e).

No ano de 2006, estes instrumentos normativos são mudados para um acordo interfederativo denominado de Pacto pela Saúde a partir de suas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Com isso, foi introduzido o movimento pela gestão pública por resultados, articulada à responsabilidade sanitária (BRASIL, MS, 2006e).

Entendemos, com base nestes instrumentos normativos, que o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde se operacionaliza de modo compartilhado entre Estados e municípios, onde as responsabilidades da gestão e do financiamento são equacionadas entre os gestores das três esferas de governo. Por isso, compete às Secretarias Estaduais de Saúde, a coordenação do processo de implantação e funcionamento do SUS, sendo este articulado com as duas outras esferas de gestão, a federal e a municipal, além do controle social, pelos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde (ROCHA et al., 2010).

Em decorrência disso, no município de Teresina-PI, o atendimento público em saúde integra a Rede SUS com gestão plena, habilitado pela NOAS/SUS 01/02, em dezembro de 2002, de acordo com a Portaria n. 1.020/02, do Ministério da Saúde (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2003).

Essa caracterização no que tange à modalidade de gestão foi reafirmada por Facchini et al. (2006), quando comparou o desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil e detectou que sessenta e cinco por cento (65%) dos municípios nordestinos têm gestão plena do sistema municipal de saúde dentro da perspectiva de descentralização do SUS, sendo significativamente superior aos trinta e três por cento (33%) dos municípios da região sul.

Desse modo, cabe à Prefeitura Municipal de Teresina (PMT) o comando único do sistema local, tendo a Fundação Municipal de Saúde (FMS) como o órgão responsável pela gestão dos recursos financeiros disponíveis, e pelo modelo de atenção e gerência da rede de serviços assistenciais, na qual a atenção básica se caracteriza como o primeiro nível do atendimento à população (porta de entrada).

A rede SUS local tem estrutura territorial e regionalizada composta pelas Coordenadorias Regionais de Saúde: a centro/norte (CRS centro-norte); a sul (CRS sul); e a leste/sudeste (CRS leste-sudeste) (FUNDAÇÃO MUNICIPAL SAÚDE, 2010).

Essa configuração do sistema de saúde se articula com o disposto no Art. 198 da Constituição Federal que determina que “as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

A rede assistencial SUS Teresina é composta por diversos hospitais, clínicas, policlínicas, unidades mistas, unidades básicas, unidades de saúde da família, centros e postos de saúde, pertencentes ao Estado, ao Município à iniciativa privada e à filantropia, o que torna a capital um importante centro de atendimento médico nas mais diversas especializações, considerado um dos melhores do Nordeste (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

Por essas características, aliadas à sua localização geográfica, para Teresina se deslocam pessoas vindas de diversos Estados do Norte e Nordeste em busca de serviços de saúde, chegando a representar 40% do atendimento médico dos hospitais públicos da capital.

Essa rede está integrada por oitenta e nove (89) unidades de saúde, das quais 74 (83,14) pertencem a Prefeitura Municipal de Teresina; 7 (7,86) ao Governo do Estado; 6 (6,74) ao setor privado e 2 (2,24) ao setor filantrópico. Das pertencentes à Prefeitura, 9 são unidades com internação (quadros 1; 2); 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 13

Unidades Saúde da Família (USF); 6 Centro Apoio Psicossocial e 1 Centro Integrado (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

As unidades com caráter de internação, pertencente ao Estado, correspondem a sete (7) hospitais públicos, destes cinco (5) são de referência e ensino (1 maternidade; 1 infantil; 1 de doenças tropicais; 1 de saúde mental e 1 geral com especialidades e urgências).

Além disso, a rede SUS conta com o Serviço Móvel de Urgência – SAMU; centrais de marcação de consultas e exames especializados; controle e regulação da assistência hospitalar e de regulação de alta complexidade.

REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE – UNIDADES DE SAÚDE/ FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Quadro 1				
Unidades de saúde com internação, que atendem a pacientes do SUS, pertencentes à Prefeitura Municipal de Teresina. Teresina-Pi, 2010.				
Unidade de saúde	Coordenadoria Regional de Saúde Centro-norte (CRS Centro-norte)	Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul)	Coordenadoria Regional de Saúde Leste-sudeste (CRS Leste-sudeste)	Total
Hospital geral/maternidade	1	1	1	3
Hospital geral			1	1
Maternidade			1	1
Unidade mista	2	2		4
Total	3	3	3	9

Fonte: Fundação Municipal de Saúde - O SUS e Você, 2010.

Quadro 2		
Distribuição das unidades de saúde com internação, que atendem a pacientes do SUS, por Regionais. Teresina-Pi, 2010.		
Coordenadoria Regional de Saúde Centro-norte (CRS Centro-norte)	Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul)	Coordenadoria Regional de Saúde Leste-sudeste (CRS Leste-sudeste)
Hospital Geral/ Maternidade do Buenos Aires Unidade Mista de Saúde do Matadouro Unidade Mista de Saúde Primavera	Hospital Geral / Maternidade do Promorar Unidade Mista de Saúde Monte Castelo Unidade Mista de Saúde Parque Piauí	Hospital Alberto Neto – Dirceu Arcoverde II Hospital Geral / Maternidade do Satélite Maternidade Wall Ferraz

Fonte: Fundação Municipal de Saúde - O SUS e Você, 2010.

No tocante aos serviços de atenção básica, compete à Gerência de Atenção Básica (GEAB) gerenciar todas as ações de assistência no primeiro nível de atenção aos integrantes do ciclo vital. A população alvo desta atenção são crianças, adolescentes, adultos e idosos.

O planejamento dessas ações ocorre mediante a realização de reuniões com as coordenações regionais, gerentes e equipes de saúde da família, as oficinas de trabalho, cursos de capacitação e atividades de educação permanente, além das reuniões com o Conselho Municipal de Saúde e as coordenações estaduais.

Há ainda a produção de relatórios periódicos, mensais ou trimestrais, das ações desenvolvidas pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que apontam também as limitações de recursos materiais, financeiros e humanos que são divulgados pela Fundação Municipal de Saúde.

Cabem aos técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde a supervisão das atividades das equipes nas UBS, no caso, os técnicos da CRS centro/ norte se responsabilizam pelas UBS desta região, onde realizamos a pesquisa de campo.

Atualmente, a Coordenadoria Regional de Saúde centro-norte (unidade de análise deste estudo) é composta por setenta (70) equipes saúde da família na zona urbana e seis (6)

na zona rural, distribuídas nas 25 unidades mistas, unidades básicas e unidades de saúde da família.

O quadro de pessoal das equipes das três (3) regionais, a época contava com duzentos e trinta e um (231) médicos; duzentos e trinta e um (231) enfermeiros; cento e sessenta e seis (166) dentistas; duzentos e trinta e um (231) auxiliares de enfermagem; mil quatrocentos e trinta e cinco (1.435) agentes comunitários de saúde e cento e sessenta e seis (166) auxiliares de saúde bucal (informações obtidas a partir da entrevista S12).

3.2.1 AS BASES PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE

Em Teresina, o marco político-institucional para o atendimento à saúde das pessoas de 60 anos e mais, com vistas à implantação e implementação de ações previstas na PNSPI, no âmbito da ESF, começou a ser desenhado em 2007. Esse desenho aconteceu em reuniões entre os Coordenadores das Regionais de Saúde, membros técnicos da GEAB e os profissionais das equipes.

As referências legais para tal mobilização, além das determinações infraconstitucionais das políticas da saúde e do envelhecimento, foram os dados demográficos que mostram que a longevidade dos brasileiros está aumentando.

No âmbito da sociedade, os movimentos das Associações de Geriatria e Gerontologia, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia também foram protagonistas das questões sobre o envelhecimento, pois essas mobilizações descortinaram debates técnico-científicos e políticos acerca da temática em nível nacional.

Logicamente, estas tendências serviram de parâmetros para que os agentes de saúde local começassem a despertar novos olhares e fomentar ações que possam fazer frente ao envelhecimento dos usuários atendidos na rede SUS de Teresina, nos espaços das UBS.

Apesar dessa mobilização, o município de Teresina ainda não tem um projeto definido para trabalhar as ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável. Atualmente, o que a Estratégia de Saúde da Família oferece aos idosos são as ações dos Programas de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

3.2.1.1 ATIVIDADES SETORIAIS

As atividades abordadas no seguimento foram àquelas desenvolvidas pela Fundação Municipal de Saúde a partir da Coordenação do HIPERDIA local e da Gerência de Atenção Básica (GEAB) no período da pesquisa de campo, entre o segundo semestre de 2009 e o primeiro semestre de 2010. Ressaltamos ainda, que a Coordenação do HIPERDIA local constitui-se no órgão responsável pelos programas de Controle de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus já implantados na rede SUS, sendo estes programas o acesso oficial à população idosa que demanda as Unidades de Saúde, e a Gerência de Atenção Básica (GEAB), o setor que vem trabalhando o processo de implantação das ações da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no município de Teresina-PI.

3.2.1.1.1 PROGRAMAS DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DE CONTROLE DE DIABETES MELLITUS (HIPERDIA)

Em Teresina, a Fundação Municipal de Saúde tem desenvolvido um conjunto de estratégias para aprimorar a atenção aos usuários dos Programas de controle de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus (HIPERDIA). Dentre elas, pode-se destacar o cadastramento e o acompanhamento dos diabéticos e dos hipertensos pelas Equipes de Saúde da Família. Na tabela 3, encontram-se os dados referentes ao cadastrado dos usuários de sessenta anos e mais no HIPERDIA por faixa etária e sexo.

O processo de implantação desses programas foi iniciado em 2002, quando houve a adesão do município, por meio do Termo de Adesão, firmado em 05/04/2002. Àquela época, a Coordenação do HIPERDIA em nível local, utilizou-se de dados obtidos em campanhas de vacinação e de outras fontes de pesquisas para fazer a estimativa do número de usuários hipertensos, diabéticos e hipertensos com diabetes, neste município.

De par dessas informações, a fase seguinte consistiu na realização de treinamentos com os profissionais das equipes de saúde da família sobre a dinâmica de funcionamento dos programas, além da importância do cadastramento e acompanhamento dos usuários portadores dessas doenças. A partir destes registros, as equipes de saúde da família elaboram os relatórios mensais e encaminham à Coordenação do HIPERDIA, na Fundação Municipal

de Saúde, para que esta envie os dados dos relatórios ao Sistema de Informações HIPERDIA do DATASUS.

O HIPERDIA, no espaço da ESF deste município, até então, tem se configurado como a porta de acesso ao atendimento de adultos e idosos aos serviços desenvolvidos nas unidades de saúde, seja por demanda espontânea, seja por busca ativa, identificada a partir das visitas domiciliares (Tabela 3).

Esse atendimento é realizado mediante as consultas médicas, de enfermagem, de saúde bucal; do encaminhamento a outras especialidades; de solicitações de exames laboratoriais que caracterizam a dimensão do tratamento e da reabilitação; e das visitas domiciliares, fundamentos pela longitudinalidade do cuidado, conforme prevê as políticas.

a) Consulta Médica

São atividades de rotina nas Unidades Básicas de Saúde, as quais são agendadas no Serviço de Arquivo Médico (SAME), que ocorrem por demanda espontânea ou podem ocorrer também, por busca ativa por meio das visitas domiciliares, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As consultas são procedimentos previstos nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e no âmbito da ESF seguem ao protocolo “Classificação de Risco para Diabéticos e Hipertensos” (Anexo D).

No qual é cadastrado a identificação do usuário e os dados antropométricos; fatores de risco para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; presença de lesões no órgão de risco; níveis pressóricos; avaliação laboratorial; diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e, ou, de hipertensão arterial; classificação final de risco pelo score de Framingham, além do agendamento de retorno para o acompanhamento (informação acessada da entrevista S3).

b) Consulta de Enfermagem

Neste procedimento é feito todo o acompanhamento de enfermagem aos usuários hipertensos e diabéticos mediante marcação no SAME ou pela busca ativa, por meio das visitas em domicílio. Este acompanhamento procede após o diagnóstico clínico para as referidas doenças, e para aqueles casos que requerem uma atenção mais especializada é feito o encaminhamento. A consulta de enfermagem, de modo geral, consiste na aferição dos níveis pressóricos e verificação de glicemia capilar, no acompanhamento da medicação e da avaliação laboratorial, além de orientações educativas sobre alimentação saudável e atividade física.

Na assistência de enfermagem, dentro da equipe de saúde da família, também se incluem as reuniões com os grupos de hipertensos e diabéticos, o planejamento e a realização da campanha de vacinação dos idosos (informação acessada da entrevista S7).

c) Saúde bucal

O acompanhamento da saúde bucal da pessoa idosa, na atenção básica, ocorre mediante orientações sobre higiene bucal; verificação de possíveis neoplasias existentes em toda a cavidade oral, se houver, é feito o encaminhamento para os centros especializados; tratamento de dentística restauradora, quando há presença de cárie dentária; remoção de raiz residual; exame de próteses totais ou parciais, além de orientações para melhorar o sistema mastigatório e, por conseguinte, melhorar a alimentação, a estética, a comunicação e a auto-estima do usuário idoso.

Na odontologia, em razão das alterações dos níveis pressóricos e glicêmicos dos usuários do HIPERDIA, as condições bucais mais relevantes são: cárie de raiz, xerostomia, lesão de tecidos moles, doença periodontal, edentulismo, abrasão, erosão dentária, halitose, dificuldade de higienização, mastigação e deglutição, necessidade de prótese ou uso de prótese mal adaptada (informação acessada da entrevista S1).

d) Visitas domiciliares

Esta atividade é realizada, semanalmente, por toda a equipe de saúde da família, de acordo com a agenda de cada área. No entanto, compete ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) o acompanhamento diário das famílias em cada microárea para averiguar as questões sobre a saúde das mesmas e repassar aos outros membros da equipe. Pode-se dizer com base no nosso acompanhamento de campo, que o ACS é um elemento funcional para as visitas domiciliares, pois além da busca ativa aos hipertensos e diabéticos, no serviço local, eles são os responsáveis pela entrega da medicação no domicílio e pelas orientações sobre o uso das mesmas (informação acessada dos diários de campo nº 3 e nº 6).

Tabela 3. Cadastrados no HIPERDIA por sexo e faixas etárias. Teresina-PI, 2010.

Faixa etária	Feminino	Masculino	Total
60 – 64	3.355	1.903	5.258
65 – 69	3.031	1.688	4.719
70 – 74	2.345	1.389	3.734
75 – 79	1.676	924	2.600
80 e +	1.547	785	2.332
Total	11.954	6.689	18.643

Fonte : <http://hiperdia.datasus.gov.br>

De acordo com a publicação da Secretaria do Estado de Saúde do Piauí (SESAPI) sobre os indicadores de saúde do Piauí, na série histórica 2002-2009, a média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas variou de 1,6 a 1,0 consulta/habitante. No documento da SESAPI, a proporção da população cadastrada pela Estratégia apresentou tendência ascensional, fato que pode ser visto como uma prioridade para atenção básica no Estado, pois, nesse período, 93,3% da população piauiense foi atendida pela ESF (quadro 3). Vale ressaltar que estes indicadores são relativos à população em geral, inclusive a idosa. Essa informação pode ser acessada em DATASUS/SIAB – <http://www.datasus.gov.br>

Quadro 3									
Indicadores de Atenção Básica de 2002 a 2009 do Estado do Piauí.									
Indicadores	Unidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Quantidade	1,6	1,6	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,0
Proporção da população cadastrada pela ESF	%	61,0	70,8	76,3	83,6	81,0	91,8	91,7	93,3
Média mensal de visitas domiciliares realizadas por ACS	Quantidade	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	1,4	1,3
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	Quantidade	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,9	0,5	0,5

Fonte: DATASUS/SIAB/IBGE

Quanto às visitas domiciliares, observou-se que a média mensal de visitas por família, realizada pelos ACS, é um indicador que tem se mantido ao longo da série histórica, abaixo do valor pactuado, que é de 1,5 visita/família. Esse achado encontra respaldo na pesquisa Idosos no Brasil, onde se detectou que 51% da população idosa nunca receberam visitas dos ACS e 88% desse mesmo público nunca recebeu visita do médico do PSF (NERI et al., 2007).

Dentre os procedimentos odontológicos básicos por indivíduo estão às restaurações, as exodontias, a tartorectomia e as profilaxias. Esses são indicadores que facilitam a mensuração da média dos procedimentos por pessoa em uma determinada população por ano. Pode-se observar que os resultados deste indicador no período apresentaram tendência praticamente constante. O destaque ficou para o ano de 2007 que apresentou elevação para além dos outros anos, em torno de 0,9 procedimentos/ indivíduo.

e) Promoção de hábitos saudáveis aos usuários do HIPERDIA

Quanto à dimensão da promoção de hábitos saudáveis no campo da educação em saúde, o incentivo ao consumo de alimentos saudáveis e à prática de atividade física, em algumas áreas, as equipes o fazem a partir de reuniões, encontros ou palestras. Algumas equipes trabalham estas atividades em parcerias com Instituições de Ensino Superior pública

e, ou, privada.

De acordo com o Relatório anual de atividades de atenção à pessoa idosa, da Gerência de Atenção Básica, foram realizadas pelas equipes de saúde da família das três Regionais de Saúde, no ano de 2010, as seguintes: Evento alusivo ao Dia Mundial da Saúde; Eventos alusivos ao Dia Internacional do Idoso intitulados “Amor e Solidariedade”, “IV Encontro da Maior Idade do Sacy”, Roda de conversa sobre direito à alimentação com ênfase no Estatuto do Idoso e Palestra sobre Alimentação Saudável para a pessoa idosa.

Em relação às atividades de prevenção, estas são feitas por meio das campanhas de vacinação, e das datas comemorativas, como: dia nacional de saúde; dia nacional de hipertensão arterial; dia nacional de diabetes mellitus; semana do idoso; dia internacional da pessoa idosa; dia mundial da alimentação e nutrição, dentre outras.

A Prefeitura dispõe ainda dos programas DST/AIDS, Ostomizados, Hanseníase e Tuberculose, Alimentação e Nutrição, Saúde Bucal e Saúde Mental (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

3.2.1.1.2 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (CSPI) A PARTIR DA ESF

A relevância da CSPI como elemento para aplicabilidade de ações à pessoa idosa foi abordado no Capítulo II deste texto. Retomo neste item, alguns aspectos desse instrumento: ele é considerado pelos formuladores da política como estratégia capaz de dar suporte aos profissionais da atenção básica na condução das atividades dirigidas aos idosos independentes e aos frágeis ou em processo de fragilização, ou seja, para aqueles, os agentes sociais terão em mãos informações para classificar os idosos de acordo com os indicadores deste instrumento e, com isso, deflagrar mecanismos para promover o envelhecimento condigno e ativo.

No município estudado, o processo de implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi nortado por algumas particularidades. Dentre as quais, salientamos:

- A Gerência de Atenção Básica/FMS/PMT até o momento da coleta das informações desta pesquisa, não dispunha de um sistema de informações completo, que fosse capaz de consolidar todas as ações desenvolvidas pelas equipes, com as pessoas de sessenta

anos e mais. Mas é importante ressaltar que, de acordo com as entrevistas do Gerente e Membro Técnico da GEAB, este sistema de informações encontrava-se em processo de construção. Esta questão será retomada adiante.

- A Gerência de Atenção Básica (GEAB) à época era o setor responsável pelo processo de implantação da CSPI, embora não houvesse determinação oficial por parte da FMS, uma vez que a GEAB dentro do organograma deste órgão, tem como principal competência gerenciar todas as ações de assistência à população em geral, no primeiro nível de atenção. E, no entendimento da gestão, a implantação de ações direcionadas a saúde da pessoa idosa, de acordo com as Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Saúde da Pessoa Idosa, deveriam ser de competência de uma área técnica específica.

Por tal razão, a descrição do processo de implantação da CSPI, tomou por base as informações coletadas em entrevistas com a Gerente e membro Técnico da GEAB. A lógica do trabalho das equipes de saúde da família com os idosos, segundo S14, ocorre da seguinte maneira:

1. Temos na Gerência de Atenção Básica (GEAB) dois (2) técnicos responsáveis pelo trabalho com a pessoa idosa. Em nível de Regional de Saúde a GEAB têm os grupos apoiadores de saúde da família. Em razão disso, o fluxo de trabalho é o seguinte: os técnicos da gestão da atenção, no nível central, entram em contato com a supervisora da equipe de saúde da família e agendam com as equipes. Nas Unidades de Saúde, os técnicos, supervisores e equipes se reúnem para discutir o processo de trabalho em relação à atenção à saúde da pessoa idosa. Nesse sentido, os técnicos da gerência responsáveis pela atenção ao idoso, levam as orientações do Ministério da Saúde e pactuam com as equipes. Conversam e orientam as equipes, além de ouvir as dificuldades encontradas pelas equipes para desenvolver o trabalho. A partir dessas reuniões, nós tentamos suprir essas dificuldades. Ou seja, como nós não fazemos a gestão da Unidade de Saúde, as discussões sobre os problemas levantados nas reuniões são encaminhados aos Coordenadores das Regionais, para que sejam incluídas no Plano de ação das Regionais, e feitas às adequações de acordo com as solicitações. Por exemplo, numa dessas reuniões, uma das dificuldades apontadas, foi à falta de material educativo. Por isso, em função dessa dificuldade, nós elaboramos materiais educativos sobre “os dez passos

para a alimentação saudável das pessoas idosas”. Esse material foi distribuído à população idosa pelas equipes.

2. Porque nesse tipo de trabalho, as atividades acontecem passo a passo [...] o Ministério da Saúde quando orientou a primeira vez a atenção à saúde do idoso, foi em relação ao indicador - distribuição da Caderneta. Então, nós fizemos essa ação: distribuíram-se as cadernetas para 70% dessa população de acordo com a estimativa do Ministério. Apesar da estimativa de 70%, quando as cadernetas chegaram de fato, não cobriram nem 60% da população idosa. Mesmo assim, nós fizemos priorização de 100%. Então, o próprio Município se planejou para confeccionar a caderneta, no sentido de cobrir 100% dos nossos idosos atendidos pelas equipes de saúde da família.
3. Outra proposta de trabalho para esse ano era a questão da queda. Mas, isso ainda, não foi possível. Desde 2009, que a gente quer fazer um manual que é o de Quedas e trabalhar uma capacitação com os Agentes Comunitários de Saúde, no que tange a esse indicador, o qual está diretamente ligado com a questão da Fragilidade que a caderneta preconiza. Agora esse ano, particularmente Socorro, eu vou te dizer: é um ano muito difícil, porque a gente faz muita coisa, mas as coisas não estão saindo do lugar [...].

A distribuição das cadernetas de saúde, uma das ações referentes à implantação deste instrumento no município (de acordo com a abordagem do S12) aconteceu a partir de reuniões para capacitar as equipes de saúde da família, tendo em vista a sensibilização dos profissionais quanto às questões do envelhecimento e as medidas de enfrentamento previstas nas diretrizes da PNSPI (BRASIL, MS, 2006b).

Nesse sentido, a supracitada capacitação sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa utilizando a metodologia da “roda de conversa”¹¹, com no máximo duas (2) equipes, objetivava falar a respeito da importância, normas de preenchimento, sua aplicabilidade e distribuição.

¹¹A roda de conversa é uma técnica de ensino-aprendizagem que se espelha na pedagogia crítico-reflexivo de Paulo Freire. A educação popular em saúde vem se constituindo em uma estratégia para trabalhar com os usuários e a comunidade. Nessa opção pedagógica se usa o diálogo para a construção da autonomia e emancipação dos grupos populacionais que historicamente foram excluídos em seu modo de entender a vida, em seus saberes e nas oportunidades de participar dos rumos da sociedade brasileira (FREIRE, 2005).

Segundo dados da GEAB, se distribuíram no ano de 2009, vinte cinco mil e vinte cinco (25.025) unidades, total que corresponde a uma cobertura de 51,5% da população idosa cadastrada nas três regionais de saúde, deste município (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, Gerência de Atenção Básica, 2009).

Dentre estas, seis mil trezentos e setenta e oito (6.378) foram para a CRS/ leste-sudeste (47,9%); cinco mil duzentos e trinta e nove (5.239) para a CRS/centro-norte (30,1%); treze mil quatrocentos e oito (13.408) para a CRS/sul (74,8%) (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, Gerência de Atenção Básica, 2009).

Outra atividade da gerência foi à elaboração do formulário intitulado “Consolidado de dados da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa” composto por variáveis de identificação, sociodemográficas, antropométricas, patológicas, de internações, de quedas, dentre outras. Este instrumento foi utilizado pelas equipes de saúde da família para fazer os registros dessas variáveis e, a partir delas, criar o perfil dos idosos cadastrados nas unidades de saúde das Coordenadorias Regionais (Anexo E).

Além de capacitar as equipes, os técnicos da GEAB fizeram também o monitoramento do preenchimento e da distribuição das cadernetas junto às mesmas.

No tocante as minúcias do monitoramento, a metodologia foi a mesma utilizada no processo de capacitação, ou seja, baseou-se na técnica roda de conversas com quatro equipes ao invés de duas. Segundo S12, “o monitoramento do trabalho das equipes ocorreu com quatro equipes e não apenas com duas, como no procedimento de capacitação. Neste processo foram coletadas, por meio de um questionário, as críticas e sugestões sobre a própria capacitação e o processo de distribuição das cadernetas” (Anexo F).

Aliado a isso, a GEAB criou um sistema de informações a partir de um programa *online* que gerou dados para o Relatório Geral do Idoso (Anexo G). Além desses dados, nesse programa, houve também, a alimentação das informações levantadas junto às equipes em relação às críticas e sugestões sobre os procedimentos relatados acima. Estas últimas geraram um relatório sobre a própria gestão.

Esse relatório objetivou não apenas corrigir as imperfeições, mas contribuiu para traçar novas estratégias capazes de auxiliar as equipes. Essas críticas e sugestões foram também, encaminhadas ao Departamento do Idoso no Ministério da Saúde.

Em suma, as principais atividades da Gerência de Atenção Básica, em relação à saúde da pessoa idosa, no ano de 2010, foram às seguintes: treinamento em serviço para o preenchimento e distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, monitoramento do preenchimento e distribuição da mesma e divulgação junto às Regionais de Saúde sobre a capacitação dos profissionais de nível médio, em relação à atenção a saúde da pessoa idosa na ESF.

Outro aspecto referente à atenção a saúde da pessoa idosa, segundo informações do depoente S12, relaciona-se com a Política de Humanização da atenção na rede básica de saúde. Nesse sentido, a GEAB desenvolveu, no primeiro semestre de 2009, um trabalho com as equipes, a partir das seguintes perspectivas: valorização dos trabalhadores, co-gestão e articulação com todas as equipes de acordo com suas demandas. Este trabalho da gestão teve como objetivo a implantação de um modelo, dentro da Política de Humanização, para o setor saúde, e já foi feito com aproximadamente cento e setenta (170) equipes das duzentas e trinta e uma (231) existentes no município.

Dessa experiência resultou o trabalho intitulado “Humanização na atenção à saúde do Idoso: experiência no município de Teresina-Pi”, o qual foi apresentado no 2º Seminário Nacional de Humanização – Trocando experiências, Humanizando o SUS, realizado em agosto de 2009, em Brasília. O objetivo desta experiência era refletir em conjunto com as Equipes de Saúde da Família à atenção a pessoa idosa no município de Teresina, tomando por base as capacitações já realizadas com os profissionais em relação a esse cuidado. Este dado está disponível no site Rede Humaniza SUS – <http://www.redehumanizasus.net>

Foi relatada, pelo depoente S14, outra questão sobre os atendimentos dos idosos nas UBS. Esta tem relação com o percentual de consultas médicas que deve ser garantido à população idosa que demanda as Unidades de Saúde. O sujeito depõe: “temos que garantir pelo menos 20% das consultas médicas para essa faixa etária. Essa orientação já foi repassada às equipes”. Ou seja, foi solicitado às equipes que, dentre aquelas faixas etárias que elas trabalham, reservem 20% das consultas médicas, para essa população.

Ainda de acordo com o depoente:

- Esta informação quem consolida é o SIA. Entretanto, como eles também informam os atendimentos realizados com as pessoas da faixa etária maior de 60 anos no Sistema de Informação de Atenção Básica, tem-se o acompanhamento. “Estávamos apenas

esperando fechar o primeiro semestre de 2010, porque pelo SIAB as competências fecham dia 20 de cada mês. Agora que fechou, vamos nos reunir com os técnicos responsáveis pelo Idoso, para ver se foi alcançado esse indicador de 20% de consultas médicas com a população dessa faixa etária”.

3.2.1.2 OUTRAS ATIVIDADES

Registramos com base na entrevista (S14) outras atividades desenvolvidas por Instituições Municipais e Estaduais em parceria com a Gerência de Atenção Básica no tocante a atenção à saúde dos idosos. Estas foram denominadas pelo entrevistado de atividades intersetoriais.

a) Academias Abertas

Nas Academias Abertas são desenvolvidas atividades do campo da promoção de hábitos saudáveis relativos aos exercícios de flexibilidade, equilíbrio e força muscular. Dentre as modalidades de prática corporal/atividade física se destacam: ginástica aeróbica, caminhadas, hidroginástica, biodança, Tai Chi Chuan e capoterapia. Estas modalidades são desenvolvidas nos Centros de Convivência da Pessoa Idosa, as quais são direcionadas aos idosos em geral, não exclusivamente, mas prioritariamente, ou seja, podem envolver outras gerações. Essa iniciativa é um projeto da Secretaria Municipal de Esportes e Lazer (SEMEL), órgão responsável pela aquisição das academias e gestão dessa ação. A parceria ocorre mediante o encaminhamento da pessoa idosa pela equipe de saúde da família.

b) Cuidado oftalmológico

O cuidado oftalmológico é uma ação da GEAB em parceria com a Fundação Oftalmológica do Piauí, a qual é direcionada para os idosos de setenta e cinco anos e mais. Esse trabalho é desenvolvido no Centro de Saúde Lineu Araújo por meio do encaminhamento dessas pessoas pelas equipes. De acordo com o depoente o procedimento ocorre da seguinte maneira:

1. Todas as equipes receberam um convite a ser transmitido aos idosos da faixa etária de 75 anos e mais, para eles comparecerem no Centro de Saúde Lineu Araújo, para realizar a visita oftalmológica de prevenção. Nesse procedimento, se for detectado

a necessidade de tratamento ou de procedimento cirúrgico, deve ser feito o encaminhamento a partir da consulta.

2. Então, pra fazer isso, foi feito reuniões com as equipes. Nas reuniões foram feitas as seguintes orientações: identificar os idosos de setenta e cinco anos e mais; distribuir o convite para cada um deles, que é o próprio encaminhamento; no convite a equipe identificava a área e a Unidade de Saúde; Para facilitar o procedimento, a equipe faz diretamente, para que o idoso não passe pela Gerência.

Pelo exposto podemos ter uma visão de como a Fundação Municipal de Saúde a partir da Gerência de Atenção Básica tem conduzido o processo de atenção à saúde da pessoa idosa no que concerne às ações de gerência. Mas como nosso objetivo foi compreender e analisar essas ações realizadas no bojo da ESF, fomos ao campo para conhecer de perto essa realidade. No próximo capítulo, abalizado nas argumentações teóricas dos capítulos precedentes e no material empírico coletado durante a fase de campo, foram feitas as ponderações sobre esse processo.

CAPÍTULO IV

AS PERCEPÇÕES DOS AGENTES SOCIAIS ENVOLVIDOS NA
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A
ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Analisamos os limites e possibilidades para a atenção à saúde da pessoa idosa com base no cotidiano das vivências da equipe multiprofissional da Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde, mediante as ações já implementadas e as que estavam em fase de implantação. De um lado, consideramos os pontos de vista dos profissionais das equipes, por outro lado, as diretrizes das políticas de atenção básica e das que protegem o envelhecimento dos brasileiros, dentre as quais, PNAB, PNSPI, PNI e Estatuto do Idoso (BRASIL, MS, 2006a; 2006b; 2006c; BRASIL, 2003; 1996; 1994).

Além disso, ancoramos a análise em produções técnico-científicas publicadas em teses e dissertações, periódicos indexados no nível internacional e nacional, matérias de jornais impressos, em documentos *online* e relatórios impressos de autores interessados no tema objeto desta tese. Procuramos grifar os pontos críticos de cada autor-pesquisador num processo de exaustivas leituras e releituras tentando apreender as filigranas de cada produção e suas contribuições para esse debate.

Nesse sentido, norteamos a discussão pelo confronto entre as determinações infraconstitucionais para a atenção à saúde da pessoa idosa e as ações concretas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, no município estudado, tendo em vista analisarmos o estágio de implementação em que essas ações se encontravam. Apesar da ênfase aos limites e possibilidades que havia nessa vivência para a efetivação das ações, os ângulos e as categorias tratadas neste trabalho não esgotam todas as possibilidades oferecidas pelas informações.

Antes de iniciarmos o debate sobre os limites e possibilidades para a atenção à saúde da pessoa idosa, por intermédio dos achados da base empírica, retomamos alguns elementos abordados na introdução deste texto, para, em seguida, apresentarmos a discussão das categorias temáticas advindas desse material (descritas no item 2.2.4 processo de análise e interpretação das informações no Capítulo II).

As leis infraconstitucionais que garantem os direitos das pessoas idosas no Brasil para proteger e promover o envelhecimento ativo e saudável apregoam como princípio basilar a preservação e manutenção da capacidade funcional do sujeito idoso. Neste aspecto, os estudiosos da área de geriatria e gerontologia social concordam que isto só poderá acontecer se as ações de saúde realizadas nos serviços e nas comunidades com os idosos forem capazes de contribuir para a autonomia - capacidade de autodeterminação e independência - capacidade de executar as atividades de vida diária sem ajuda (MOTA; AGUIAR, 2007; BRASIL, MS, 2006b; 2006c; RAMOS, 2003; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Como advertem Lefevre; Lefevre (2007), o conceito de envelhecimento ativo carece de uma análise mais aprofundada, para que este seja apreendido de acordo com as peculiaridades de cada ser, e não apenas pela ótica dos estudos que tendem a homogeneizar as pessoas idosas e a “transformar a velhice (concebida como fase de doenças e improdutividade) em vitalidade e saúde eternas, e, deste modo, criar-se uma visão contrária ao declínio biológico característico deste período da vida” (p.103). O envelhecimento visto sob esta ótica poderá contribuir para a negação da velhice, última etapa do ciclo de vida, e, sobretudo, inviabilizar as garantias de direitos sociais à população que alcança esta fase.

Ademais, carece também, por parte de toda a sociedade brasileira, de aceitação da própria condição do ser velho na contemporaneidade. A visibilidade da velhice e dos velhos não se resume apenas às mudanças na pirâmide etária e, projeções estatísticas de crescimento populacional, mas já é uma experiência cotidiana dos habitantes das cidades brasileiras, seja no âmbito da vida privada, seja em diferentes espaços públicos. Significando dizer que, pouco a pouco, a velhice burla os limites da vida pessoal e familiar, para juntar-se a outras inúmeras questões sociais (BARROS 2003; BOSI, 1994). Como endossa Barros (2003, p.9), “de diferentes perspectivas, debate-se a urgência de implementação de políticas sociais que responda as necessidades desse segmento da população em um país que sempre se percebeu como jovem”.

Diante dessas mudanças geradas pela maior expectativa de vida, o envelhecimento e suas demandas estão presentes nas análises de diferentes áreas do conhecimento e de intervenção, nas quais a interlocução interdisciplinar tem sido a tônica desses debates.

Por isso, entendemos que o envelhecimento ativo e saudável requer atitudes que atentem para aquelas peculiaridades do sujeito idoso, nos distintos contextos sociais, políticos e culturais, onde a promoção de saúde seja atrelada aos determinantes do processo saúde-doença e não somente como uma condição isenta ou evitável de doenças (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007; RAMOS, 2003).

Lembremos o que enfatiza Ramos (2003, p.794): “apesar da maioria dos idosos portarem, pelo menos, uma doença crônica, isso não se caracteriza como fator que o impede na realização das suas atividades cotidianas e instrumentais de vida diária”.

E, ainda, como adverte WHO (2005): as proposições para a atenção ao idoso devem pensar e agir com o enfoque dos seis eixos básicos (descritos no capítulo I, p.48-49), dentre os

quais, destacamos: “pelo prisma biopsicossocial há maior heterogeneidade entre as gerações mais idosas do que entre as jovens”, ou seja, a velhice pode ser vivida de diferentes ângulos.

Ao mesmo tempo, observamos que, nos últimos trinta anos, aconteceram importantes transformações científicas e tecnológicas no campo da saúde que, por sua vez, favoreceram condições básicas de sobrevivência para milhões de brasileiros. Apesar de este cenário ter apresentado complexos desajustes sociais, produziu também paradoxos indicadores do estado de saúde, com resultados negativos para a persistência e o agravamento das doenças crônicas, concomitante à alteração positiva em alguns desses indicadores, pois, registrou-se, no Brasil, de 1980-2003, elevação média de 8,8 anos na esperança de vida ao nascer; os homens ganharam 7,9 anos e as mulheres, 9,5 (IBGE, 2009).

Para além dos indicadores sanitários, observamos, nesse cenário, a constituição de um movimento social na saúde pública brasileira para reconstruir as práticas do cuidado em saúde. Este movimento sanitário tem buscado relativa autonomia do Estado e da racionalidade econômica e ideológica dominante na conjuntura nacional. O sistema nacional de saúde, o SUS, para reconstruir o paradigma da saúde pública, tem, na Estratégia Saúde da Família, o projeto político responsável para atender às demandas da população no primeiro eixo da atenção, além de ser o guia para a gestão do sistema e do trabalho em saúde.

Desse modo, promover uma saúde pública para dar qualidade de vida aos idosos brasileiros tem amplo apoio no arcabouço legislativo e na institucionalização de políticas e programas do campo da saúde que perpassa pelo Relatório Lalonde, Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento (no nível internacional), pelos fundamentos do SUS com seus princípios de integralidade da atenção à saúde e participação comunitária (no nível nacional), os quais são suportes para a Política Nacional do Idoso e seus desdobramentos (BRASIL, 2003; 1996; 1994; 1990; WHO, 1986; UNITED NATIONS, 1982; DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; LALONDE, 1974).

Assim, tomando por base a análise de conteúdo dos depoimentos dos sujeitos e do procedimento estudo de caso com suas técnicas e instrumentos que foram os suportes para a validação deste estudo, ou seja, para a análise por triangulação das informações, abordamos o presente capítulo.

4.1 CARACTERIZAÇÕES E DEMANDAS DOS IDOSOS ATENDIDOS PELAS EQUIPES DA CRS-CENTRO/NORTE

Na CRS – centro/norte trabalham setenta (70) equipes de saúde da família, na zona urbana, que assistem dezoito mil, quinhentos e quarenta e três (18.543) idosos, cadastrados na área, correspondendo a uma cobertura de 37% da população idosa do município. No quadro 4, pode ser verificado o grau de cobertura desta Regional, ou seja, apresenta 94% do total de equipes, suas áreas adscritas e a população idosa coberta pela ESF. Os achados são indicativos de uma adequada cobertura a essa população (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009).

Antes de adentrarmos nas particularidades da dimensão das práticas de saúde ofertadas nas UBS, apresentaremos alguns indicadores quantitativos referentes à classificação dos usuários por faixa etária; tipo de doença crônica e fragilidade (Figs. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 e 20). Essa classificação elaborada pela equipe de saúde da família leva em conta as especificidades de sua área de abrangência, ou seja, de cada unidade de análise deste estudo. Somente em um dos locais investigados obtivemos o número de famílias acompanhadas, visitadas, consultas médicas, consultas de enfermagem e de visitas domiciliares (Fig. 9). Nas outras áreas inquiridas, por falta de registros, os dados não foram disponibilizados.

Estes dados quantitativos estão discutidos no decorrer deste capítulo, mas quero frisar que, apesar de eles ancorarem as análises que elaboramos, a nossa maior ênfase reside no processo da análise de conteúdo das entrevistas dos sujeitos da pesquisa, sobre as suas vivências no cotidiano das práticas na saúde da família.

Observamos a partir dos dados da área A1 que as consultas médicas, as de enfermagem e as visitas domiciliares ao grupo de hipertensos e diabéticos cadastrados nesta área foram as atividades mais referidas pelos entrevistados (Fig. 9).

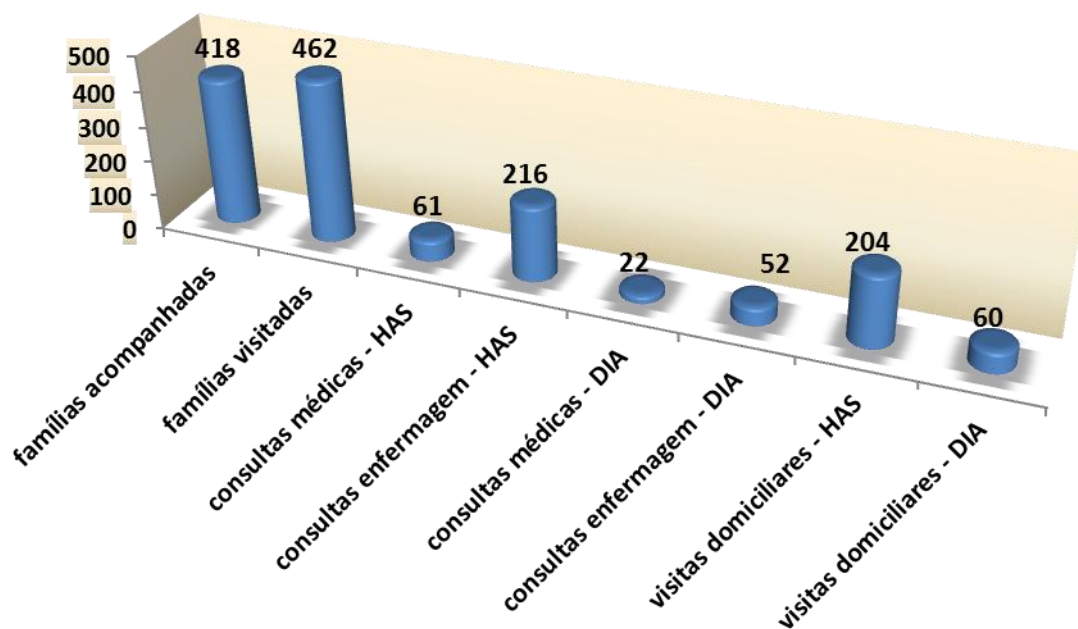
O número de consultas médicas apresentou-se inferior ao de consultas de enfermagem, isso, possivelmente, deveu-se ao fato de aquelas do campo da enfermagem serem para os usuários que detêm risco baixo ou médio para Hipertensão e ou glicemia normal no caso do Diabetes. Pois, nesta consulta, os procedimentos se baseavam na aferição da pressão arterial, levantamento antropométrico e entrega da medicação usual. Além disso,

se o idoso referisse alguma intercorrência, fazia-se o encaminhamento do mesmo para a devida especialidade (Fig. 9).

Essa classificação do risco para Diabéticos e Hipertensos é feita mediante a observação de critérios específicos para as referidas enfermidades, utilizando-se as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes e as V Diretrizes Brasileiras de HAS/ Escore de Framingham, respectivamente [Anexo D] (BRASIL, MS, 2006g; 2006h).

Quadro 4					
Adultos com 60 anos e mais por Área e Equipe Saúde da Família. Coordenadoria Regional de Saúde Centro/Norte.					
Nº	Área	Nº de adultos acima de 60 anos	Nº	Área	Nº de adultos acima de 60 anos
1	05	179	34	175	351
2	06	395	35	176	384
3	07	166	36	177	239
4	08	180	37	178	400
5	23	202	38	179	430
6	24	201	39	180	343
7	25	373	40	181	590
8	26	163	41	182	307
9	27	282	42	183	402
10	28	251	43	184	300
11	34	217	44	185	272
12	35	189	45	186	359
13	41	102	46	187	281
14	42	157	47	188	438
15	100	86	48	189	202
16	107	79	49	190	270
17	156	179	50	191	219
18	157	467	51	192	193
19	158	590	52	193	344
20	159	268	53	194	267
21	160	414	54	197	106
22	161	343	55	203	258
23	162	437	56	212	95
24	163	555	57	220	69
25	164	429	58	221	71
26	165	393	59	231	104
27	166	378	60	232	120
28	167	402	61	233	208
29	168	195	62	236	109
30	169	772	63	237	221
31	170	291	64	238	171
32	171	266	65	239	313
33	174	240	66	249	266
TOTAL	-	-	-	-	18.543 (37%)

Fonte: Fundação Municipal de Saúde - GEAB, 2009.



Relatório da área A1, 2009.

Figura 9

Famílias acompanhadas/ visitadas, consultas do HIPERDIA e visitas domiciliares entre Idosos da área (A1), mensalmente. Teresina-PI, 2010.

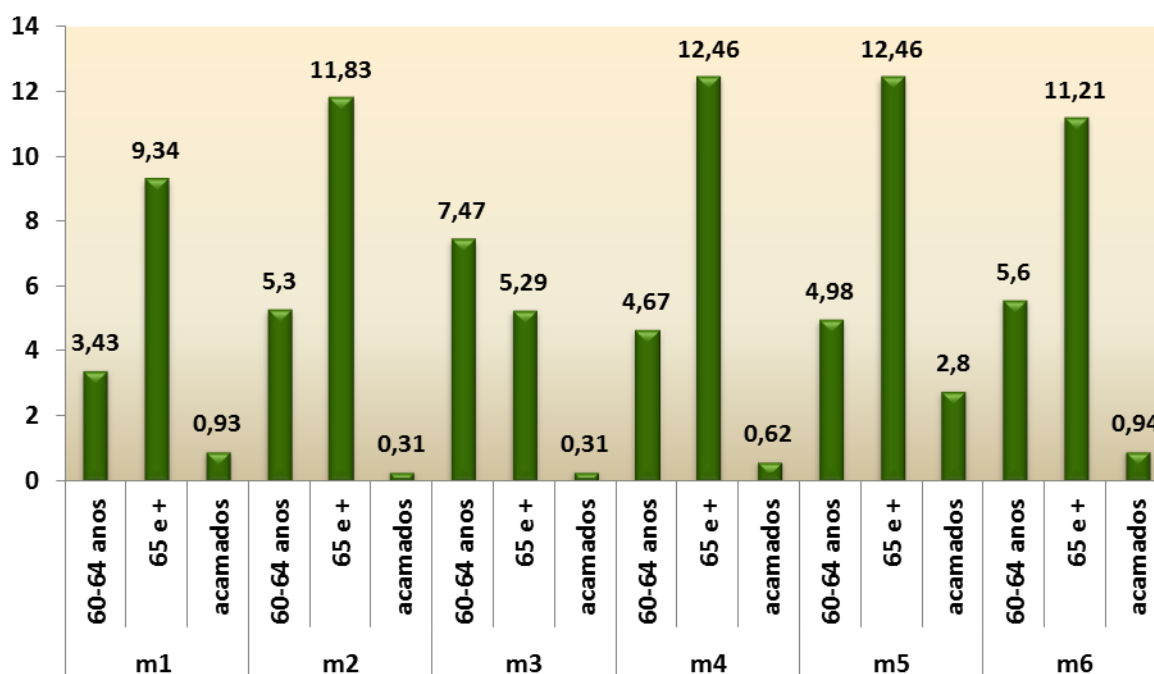
Na Figura 10, são identificados os idosos cadastrados na área A2, de acordo com as microáreas. Do total ($n=321$), 31,46% encontram-se na faixa etária de 60-64 anos, classificados como idosos jovens, e 62,61% na faixa de 65 anos e mais que inclui os mais velhos e os em idade avançada (85 anos e mais).

Essa classificação é uma determinação do Ministério da Saúde/ Brasil, com base na recomendação da OMS/OPAS para os países em desenvolvimento e na PNI, que considera como ponto de corte para a população idosa a idade de 60 anos e mais. A base dessa recomendação são os critérios adotados pela Organização Pan-Americana da Saúde, desde 1997, os quais consideram como idosos jovens aqueles com idade entre 65-84 anos e os muito idosos acima de 85 anos (WHO, 2005).

Observamos, ainda, que 5,92% dos idosos de 65 anos e mais foram classificados como “acamados”. O termo “acamado” é utilizado pela equipe de saúde da família para denominar o idoso que tinha necessidade de um cuidador para auxiliá-lo nas atividades de vida diária (AVDs), ou seja, aquele que apresentava algum grau de dependência ou fragilidade.

O indicador de fragilidade relativo à idade é considerado a partir do ponto de corte 65 anos e mais, onde se estima que 10 a 25% das pessoas nessa faixa etária e 46% acima dos 85 anos podem apresentar eventos biopsicossociais de maior vulnerabilidade para ocorrência de declínio funcional, quedas, hospitalizações, institucionalizações e morte (BRASIL, MS, 2006c; FRIED et al., 2005; HÉBERT, 1997; VERBRUGGE; JETTE, 1994).

Nessa população, o percentual de idosos “acamados” inferior ao estimado pode sugerir que a maioria dos idosos da área ainda estava independente, portanto, com adequadas condições de saúde.



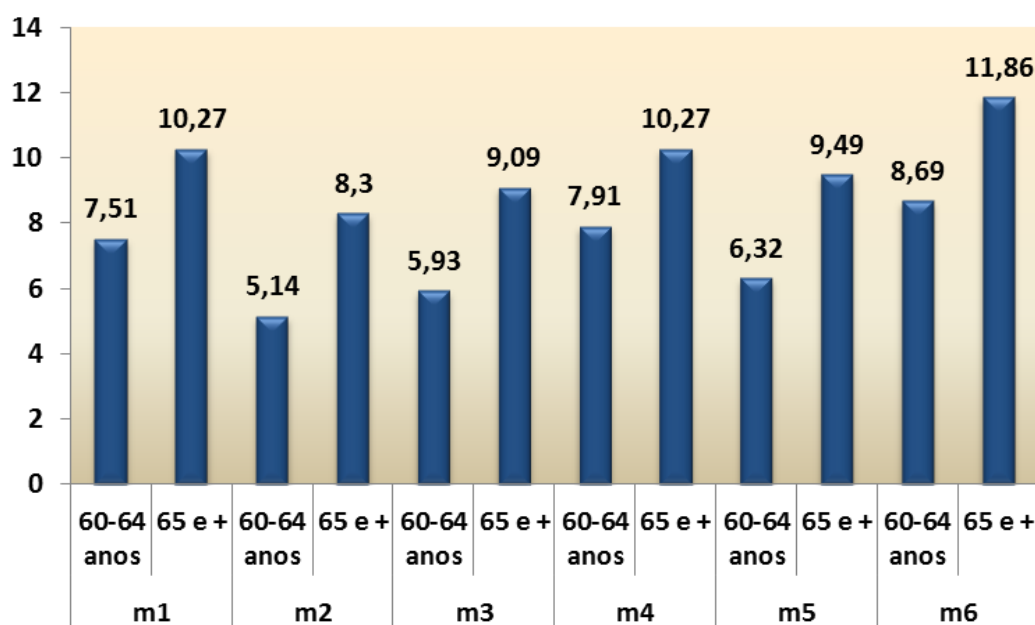
N = 321⁽¹⁾; 60-64: 101 (31,46%); 65 e mais: 201 (62,61%) - Acamados: 19 (5,92%);

⁽¹⁾ Dados colhidos no dia da entrevista com profissional da área A2.

Figura 10

Idosos cadastrados na área (A2) por faixa etária, indicadores de fragilidade - idade e dependência (acamados), segundo microárea. Teresina-PI, 2010.

Já a Figura 11 traz os dados da área B1 que atende (n=253) idosos distribuídos nas seis microáreas. Os idosos desta área encontravam-se assim classificados: 40,71% na faixa etária de 60 a 64 anos e 59,29% na faixa de 65 anos e mais. Na área em questão ainda não havia registro de pessoas idosas “acamadas”, aquelas que apresentavam algum grau de dependência ou fragilidade, impedindo-os de se deslocarem até a UBS. Mesmo assim, chamou a atenção o percentual de idosos da faixa etária de sessenta e cinco anos e mais, em virtude dessa faixa incluir também os que apresentavam maior vulnerabilidade para desenvolverem o processo de fragilidade e suas possíveis conseqüências.



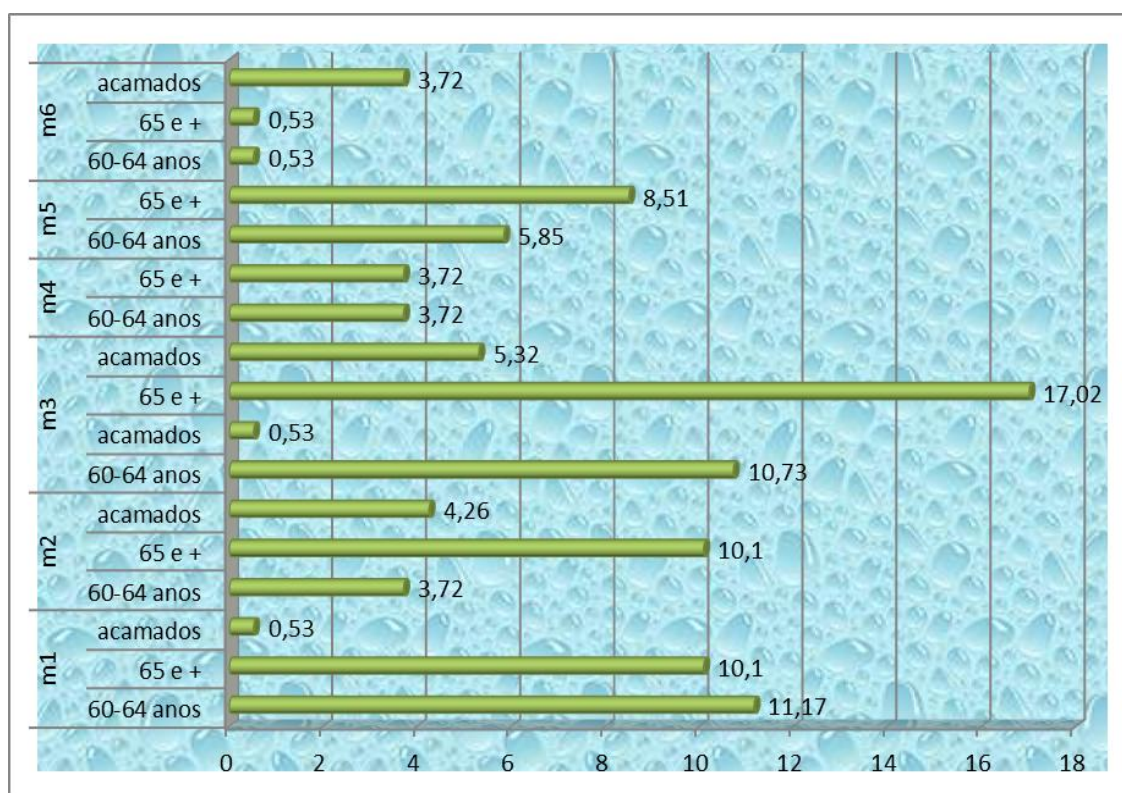
N = 253⁽²⁾; 60-64: 103 (40,71%); 65 e mais: 150 (59,29%).

⁽²⁾ Dados da campanha de vacinação contra influenza, 2009 - Levantamento da população idosa.

Figura 11

Idosos cadastrados na área (B1) por faixa etária, indicador de fragilidade idade, segundo microárea. Teresina-PI, 2010.

A Figura 12 demonstra que, do total (n=188), 35,64% têm idade entre 60 e 64 anos e 50,00% deles têm 65 anos ou mais. Foram registrados, nessa área, 14,36% de idosos “acamados”, portanto, com algum grau de dependência ou fragilidade para a prática das atividades diárias, sendo 13, 83% na faixa etária de 65 anos e mais. Este percentual de fragilidade estava dentro dos parâmetros estimados para essa faixa, que é de 10 a 25% (BRASIL, MS, 2006c). Naquela área, também, os idosos ainda estavam independentes.



N = 188⁽³⁾ 60-64: 67 (35,64%); Acamados: 01 (0,53%); 65 anos e mais: 94 (50%); acamados: 26 (13,83%).

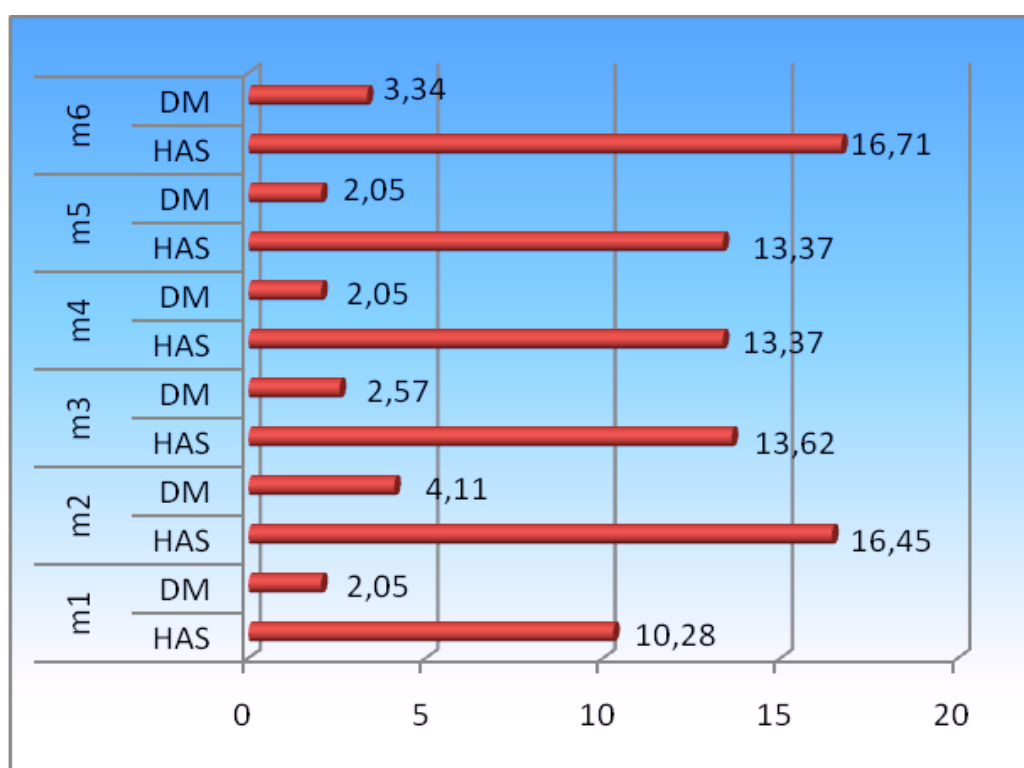
⁽³⁾ Dados da campanha de vacinação contra influenza 2009 - Levantamento da população idosa.

Figura 12

Idosos cadastrados na área B2 por faixa etária, indicadores de fragilidade - idade e dependência (acamados), segundo microárea. Teresina-PI, 2010.

A Figura 13 traz dados sobre a área C1, onde é apresentada a classificação dos idosos cadastrados nas microáreas por indicador de fragilidade: hipertensão arterial ou diabetes mellitus. Do total (n=389), 83,80% são hipertensos e 16,20% diabéticos, usuários do HIPERDIA. As duas microáreas com maior concentração de idosos hipertensos são: m6 (16,71%) e m2 (16,45%), respectivamente.

Segundo Fried et al. (2005), fragilidade, comorbidade e incapacidade são condições clínicas distintas, embora possam acontecer ao mesmo tempo. A comorbidade é a presença simultânea de duas ou mais doenças crônicas identificadas por meio de diagnóstico médico, com base em critérios estabelecidos. No Brasil, os critérios para diagnosticar a HAS e o DM são determinados pelo Ministério da Saúde nos cadernos de atenção básica.



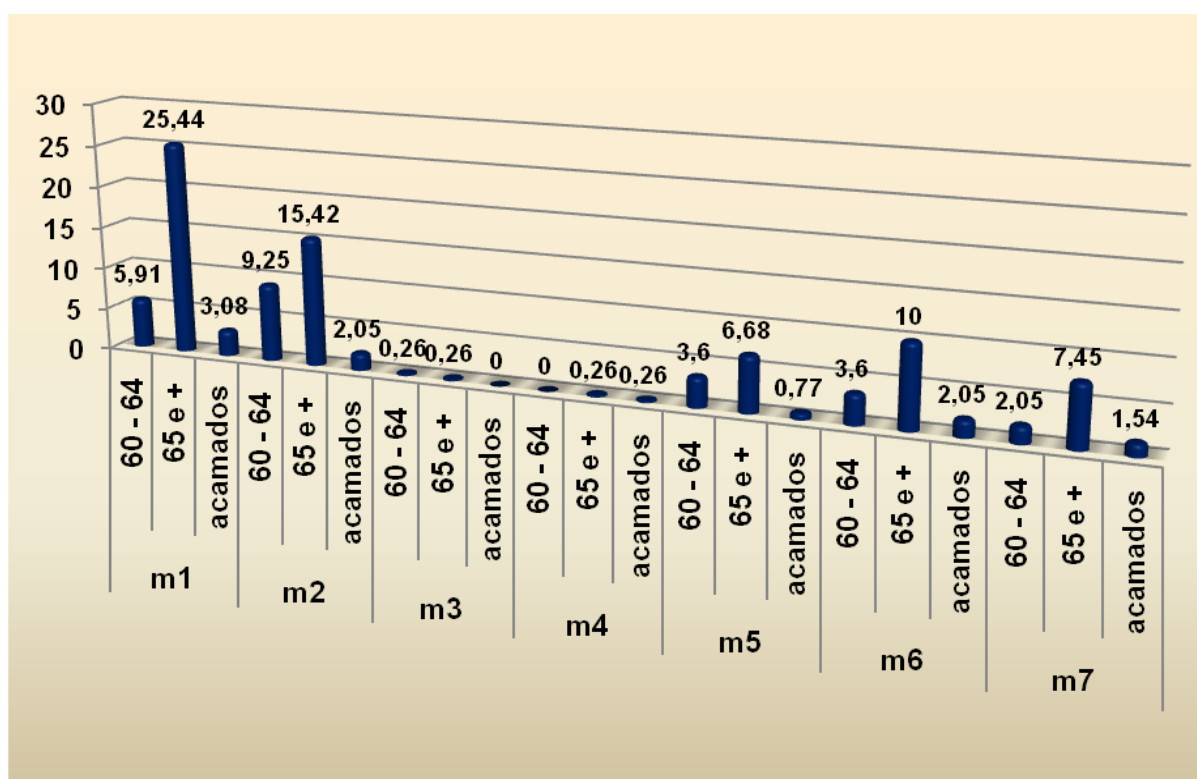
N = 389⁽⁴⁾; Hipertensos: 326 (83,80%); Diabéticos: 63 (16,20%)

⁽⁴⁾Dados obtidos durante a entrevista com profissional da área C1.

Figura 13

Idosos cadastrados na área C1 por indicador de fragilidade hipertensão arterial e diabetes mellitus, segundo microárea. Teresina-PI, 2010.

Na área C2, encontravam-se cadastrados trezentos e oitenta e nove (389) idosos, nas sete microáreas, dos quais 24,67% eram da faixa etária 60-64 anos, 65,55% da faixa de 65 anos e mais. Foram identificados 9,77% de idosos com algum grau de dependência ou fragilidade para as AVDs. A microárea que tem maior concentração de pessoas idosas é a m1 (34,44%) e as de menores concentrações: m3 e m4 (0,52%), respectivamente (Fig. 14). Talvez a distribuição heterogênea dos idosos nas microáreas seja uma consequência da forma como a população foi constituída, pois se trata de uma área marcada por invasões ao território, sendo a maioria dos habitantes adultos, adolescentes e crianças.



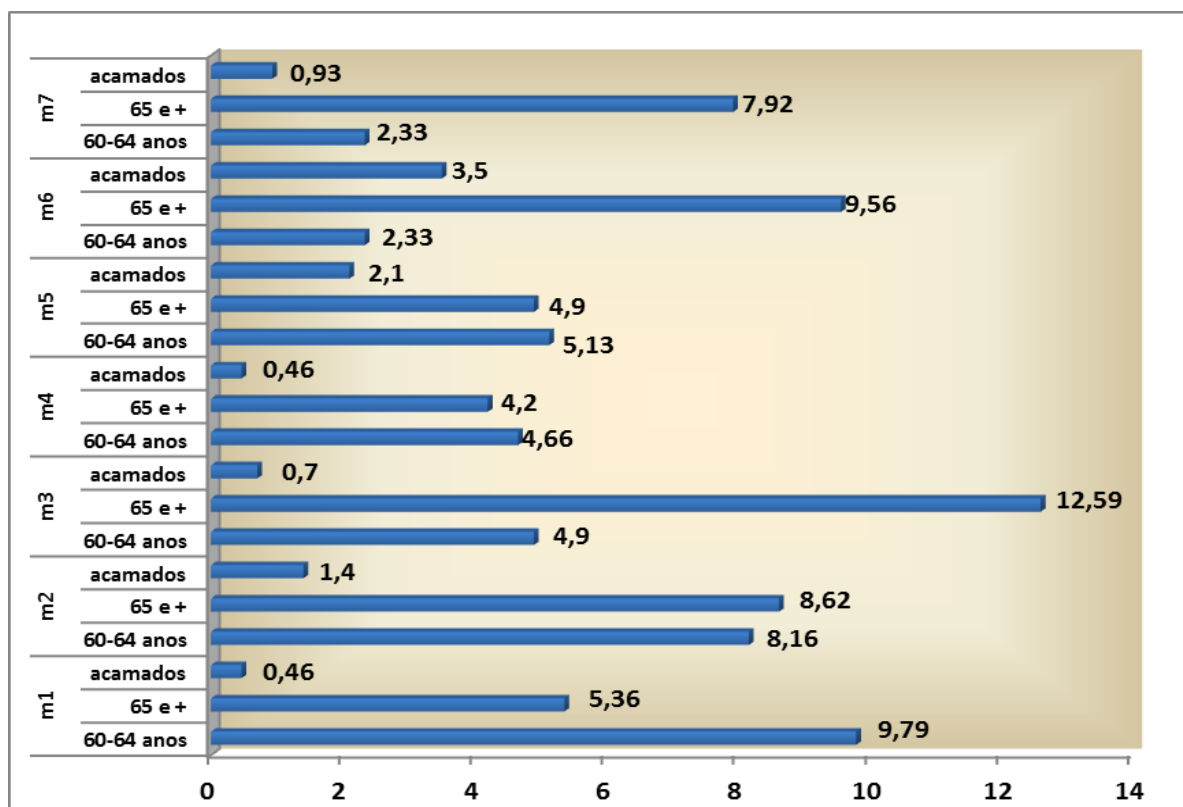
N = 389⁽⁵⁾; 60-64: 96 (24,67%); 65 e mais: 255 (65,55%) - 38 (9,77%) são acamados.

⁽⁵⁾Dados obtidos na Unidade de Saúde – relatório da equipe.

Figura 14

Idosos cadastrados na área C2 por faixa etária, indicadores de fragilidade - idade e dependência (acamados), segundo microárea. Teresina-PI, 2010.

A seguir, expomos a classificação dos idosos por faixa etária e acamados da Área C3 (Fig. 15). Entre os idosos com 60-64 anos, tem-se 160 (37,30%), e com 65 anos e mais 228 (53,15%); dos últimos, 41 (9,55%) são classificados como acamados.



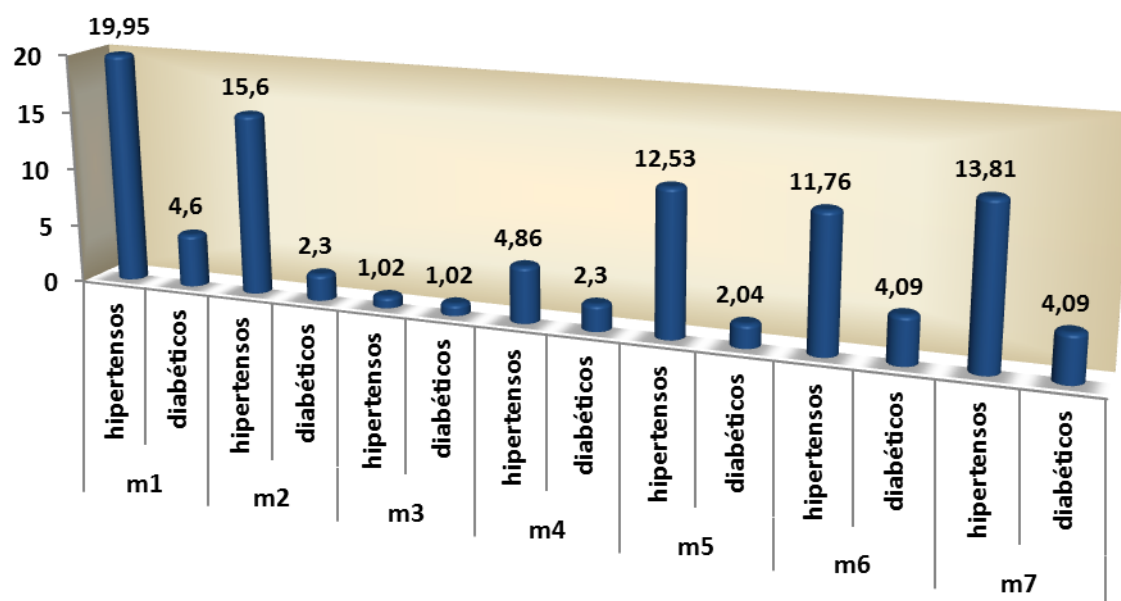
N = 429; 60-64 anos: 160 (37,30%); 65 anos e mais: 228 (53,15%) - 41 (9,55%) são acamados.

Figura 15

Idosos cadastrados na área C3 por faixa etária, indicadores de fragilidade - idade e dependência (acamados), segundo microárea. Teresina-PI, 2010.

Na figura 16, é possível verificar os dados referentes à área D1 no que tange ao mapeamento dos usuários idosos que possuem algum tipo de doença crônica, de acordo com a microárea. Do total (n = 391) foram classificados pela equipe dessa área como hipertensos 79,54% (311) e como diabéticos, 20,46% (80). Percebemos, ainda, que as microáreas com maior percentual de hipertensos por ordem decrescente são m1 (19,95%), m2 (15,6%), m7

(13,81%) e m5 (12,53%). Quanto aos diabéticos, foram as microáreas m1 (4,6%), m6 (4,09%) e m7 (4,09%).



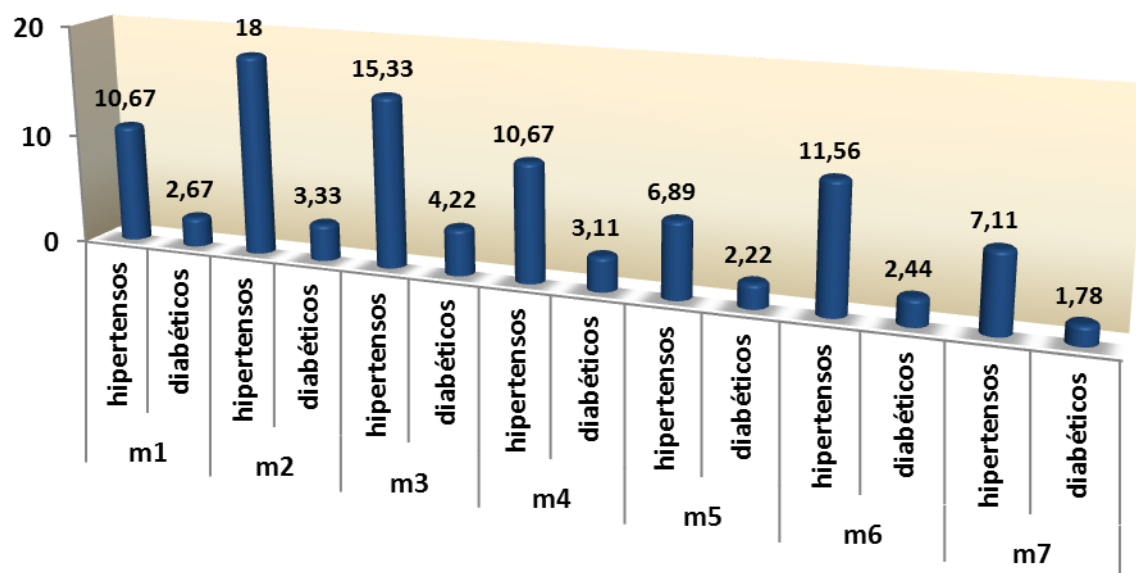
N = 391⁽⁶⁾; Hipertensos: 311 (79,54%); Diabéticos: 80 (20,46%)

⁽⁶⁾ dados obtidos durante a entrevista com profissional da área D1.

Figura 16

Idosos cadastrados na área D1 por indicador de fragilidade hipertensão arterial e diabetes mellitus, segundo microárea. Teresina-PI, 2010.

Na próxima figura, encontram-se as informações da Área D2 no que tange à classificação das pessoas idosas cadastradas por patologia apresentada. Do total de usuários, 361 (80,22%) são hipertensos e 89 (19,78%), diabéticos. Ressaltamos que esta área apresentou maior percentual de idosos com HAS (Fig. 17).

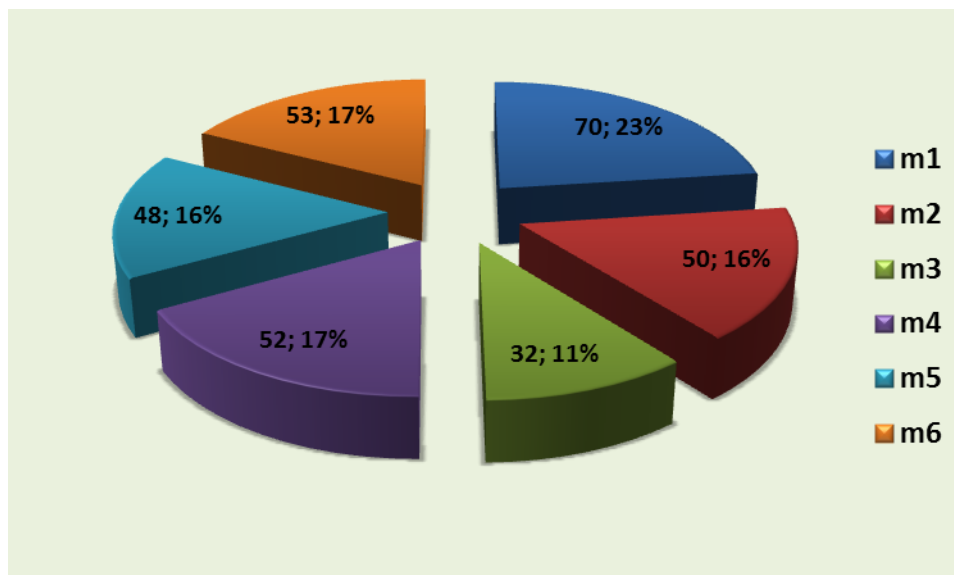


N= 450; hipertensos: 361 (80,22%); diabéticos: 89 (19,78%).

Figura 17

Idosos cadastrados na área D2 por indicador de fragilidade hipertensão arterial e diabetes mellitus, segundo microárea. Teresina-PI, 2010.

Na figura 18, é possível observar a frequência das pessoas com sessenta anos e mais atendidas na área E1. Do total (n=305), a distribuição por microáreas ocorre da seguinte maneira: temos uma maior concentração na m1 (23%) e menor concentração na m3 (11%), as demais apresentam percentuais de concentração semelhantes.



N=305

Dados obtidos no dia da entrevista com profissionais da área E1

Figura 18

Idosos cadastrados na área E1 por microárea. Teresina-PI, 2010.

Nas figuras 19 e 20, tem-se o total de idosos por indicadores: idade, acamados e presença de doença crônica, de 80% das áreas deste estudo, ou seja, as exposições desses indicadores referem-se aos dados disponibilizados por oito (8) equipes das dez (10) que participaram da pesquisa de campo. A figura 19 demonstra a classificação dos usuários por faixa etária e grau de dependência acamados das Áreas A2, B1, B2, C2 e C3. Do total, 59% encontravam-se na faixa etária de 65 anos e mais; 33% entre 60-64 anos e 8% acamados. Já a figura 20 apresenta o indicador de fragilidade - presença de doença crônica das Áreas C1, D1 e D2. Deste total, 81% eram hipertensos e 19% diabéticos.

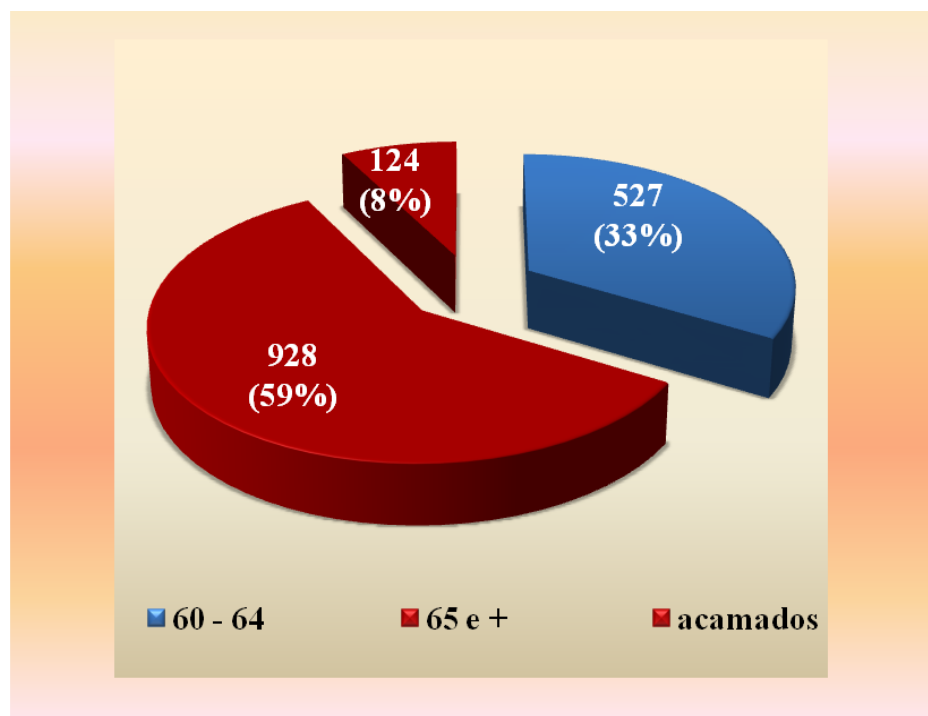


Figura 19

Total de idosos por faixa etária e grau de dependência (acamados) das Áreas A2, B1, B2, C2 e C3. Teresina-PI, 2010.

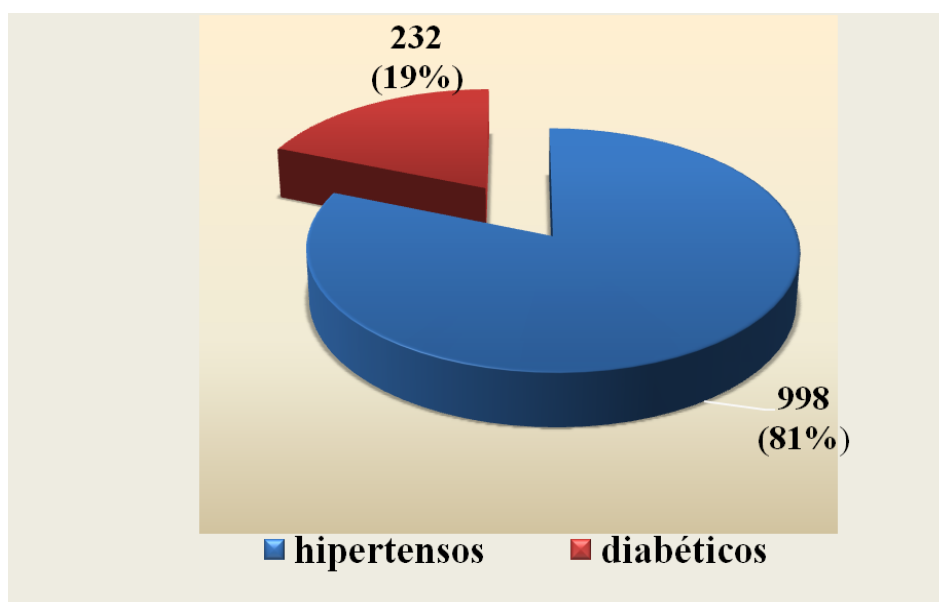


Figura 20

Total de idosos Hipertensos e Diabéticos das Áreas C1, D1 e D2. Teresina-PI, 2010.

4.2 O COTIDIANO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE COM A PESSOA IDOSA

Tomando por base as caracterizações e demandas dos idosos nas unidades de saúde, demonstradas nas figuras acima, no seguimento abordamos alguns trechos do diário de campo n.2, que de certa maneira, endossa a análise sobre o cotidiano das práticas de saúde que eram realizadas pela equipe de saúde da família com a população idosa:

(D2): Neste dia, visitei o Centro de Saúde – área C1. O centro integra a CRS-centro/norte da FMS da PMT e comporta 4 equipes saúde da família, das quais 2 funcionam pela manhã e duas à tarde. A direção do centro está sob a responsabilidade de (S3), que é membro da equipe saúde da família - área C1. S3 falou-me sobre o funcionamento do centro e destacou as ações da equipe saúde da família em relação ao idoso na atenção básica **“o acesso do idoso ao centro ocorre após o cadastramento das famílias pelo ACS; em seguida, é feita uma classificação do risco para Diabéticos e Hipertensos”** (Anexo D), mediante o escore de risco de Framingham-ERF (BRASIL, MS, 2006g). Outra atividade destacada pelo informante diz respeito às mudanças na entrega da medicação que **“a partir deste mês, será entregue em domicílio pelos ACS às segundas-feiras, porque antes a medicação era entregue no próprio centro”**. Diário de campo nº 2. Teresina (PI), 05/08/2009, turno da tarde.

Além disso, destacamos os registros das equipes investigadas:

(S8): “[...] a partir do momento que eu estou botando esse idoso para diminuir o sedentarismo, para ser mais ativo [...], em todas as reuniões, a gente trabalha atividade física (alongamento, caminhadas); a questão da alimentação encaminha-se para o nutricionista, faz-se dia da alimentação alternativa [...] orienta-se a questão dos direitos deles [...] eu acho que de certa forma já existe...”.

(S10): “[...] de atividade física é alguma coisa esporádica, uma vez ou outra que a gente desenvolve [...] então, as vezes que o idoso vem aqui, é tentar a conscientização para o tipo de vida que ele deve ter; a forma que ele tem que se

conduzir para ter uma saúde, envelhecimento com qualidade de vida, isso se faz no ato da consulta”.

(S3): “[...] realizar ações de prevenção à saúde do idoso através de palestras, de orientações, de consultas ambulatoriais aos hipertensos; e outros que apresentam doenças osteoarticulares, artroses, demências etc.”.

(S11): “a atividade física, não tem assim uma atividade de rotina voltada para o idoso, à gente orienta para aqueles que podem fazer caminhada, que façam; sempre se orienta hábitos alimentares, uma alimentação saudável; atividades em grupo, dentro das reuniões de hipertensos e diabéticos”.

No registro seguinte, podemos visualizar o contexto em que e como elas estão sendo desenvolvidas:

(S9): “[...] inclusive a gente tem até uma atividade na área, no projeto do pessoal de uma Instituição de Ensino Superior, de Fisioterapia, que eles fazem, parece-me que 2 vezes na semana, educação física com eles, com os hipertensos e diabéticos. E, já está com mais de 2 anos que eles estão nessa área, e sempre eles não faltam [...]”.

(S10): “[...] às vezes, a gente faz na creche, às vezes, com o idoso [...] tem vários públicos, não é direcionado só para o idoso, mensalmente, não tem atividades com idosos [...] teve no semestre passado aquele neurologista do programa Pense bem AVC em nossa área para dar uma palestra [...]”.

Apesar de os depoentes terem mencionado algumas práticas com os grupos de hipertensos e diabéticos sobre os hábitos de vida, como atividade física e alimentação alternativa, ou de cuidados preventivos, como sendo estratégias utilizadas nessas áreas, percebemos que havia limitações quanto à oferta e continuidade dessas atividades.

Pode ser depreendido desse contexto que as práticas ofertadas à geração idosa são aquelas ações programáticas já institucionalizadas para o controle das doenças crônicas. Enquanto as atividades do campo da educação em saúde, além de muito incipientes, têm sido pontuais e desarmônicas. Não há periodicidade para a realização das mesmas, como também

ainda não há, no setor sanitário, percepção da sua importância como direito, que pode contribuir para o cuidado de saúde integral e integrado à saúde da pessoa idosa.

Percebemos, ainda, que, da totalidade dos discursos apreendidos, houve poucos registros para as atividades previstas para o envelhecimento e saúde da pessoa idosa envolvendo trabalhos em grupo, encontros, cursos, bem como orientações para hábitos saudáveis, alimentação, atividade física, terapia comunitária, lazer e cultura. Nas áreas em que elas foram realizadas, não se observou o engajamento da equipe como um todo. Os responsáveis foram os enfermeiros junto com os agentes comunitários e, às vezes, também, havia a participação do médico.

Apesar disso, em algumas áreas, as reuniões específicas com o grupo de hipertensos e diabéticos ocorriam mensalmente. Nesses encontros nem sempre é contemplada a atividade de educação em saúde, mas o objetivo consistia em consulta coletiva, com aferição de pressão e antropometria; outros relataram as atividades de campanhas de vacinação como elemento contributivo para a saúde e longevidade do usuário idoso.

Como destaca o depoente:

(S5): “A gente está atuando mais é com relação à campanha de vacinação; com o fator idade mesmo, nós não estamos atuando com relação ao idoso. Programa do idoso é mais em relação à vacinação, temos a preocupação de ter a vacina em dia, de influenza, antitetânica, febre amarela, e a partir dos 70 anos, em atualizar a influenza, a antitetânica e a pneumococos nos acamados...”.

Essa prática, como dita por (S5), tem sido garantida pelo gestor federal e já está incorporada à ação programática das equipes e, anualmente, nas campanhas de vacinação. Para tanto, na CSPI, o indicador em relação às vacinas é um parâmetro que deve ser observado em cada consulta pelo profissional, no sentido de orientar a pessoa idosa e ou ao cuidador sobre a sua importância como fator preventivo. Segundo o inquérito “Idosos no Brasil”, divulgado pela Fundação Perseu Abramo, em 2007, a adesão da população idosa aos procedimentos ofertados pelos programas governamentais de vacinação mostrou-se elevada: 71% recorreram à rede pública de saúde para vacinação (NERI et al., 2007).

De acordo com os últimos informes do Ministério da Saúde/ Brasil, os benefícios decorrentes de tal prática para os idosos institucionalizados são: efetividade de aproximadamente 30% a 40% contra a *influenza*; 50% a 60% na prevenção de hospitalizações

e *pneumonias*; e de 80% na prevenção de óbitos. Quanto aos idosos não institucionalizados, os benefícios são: efetividade de 58% contra a *influenza*; e 30% a 70% na prevenção de hospitalizações e de *pneumonias* (BRASIL, MS, 2006d).

Constatamos, a partir desses argumentos, da exposição das figuras e das observações *in situ*, que as práticas ofertadas nas unidades de saúde têm dado maior ênfase às ações de tratamento relativas ao controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus do que às do campo da promoção e prevenção, considerando que a maioria dos atendimentos realizados com os idosos cadastrados nesses programas são consultas médicas, de enfermagem e alguns procedimentos odontológicos (saúde bucal).

Há de se enfatizar, ainda, o fato de serem a hipertensão arterial e o diabetes mellitus as principais causas de demanda dos idosos cadastrados nas unidades mistas, unidades básicas e unidades de saúde da família daquela coordenadoria, situação amplamente abordada nos depoimentos de outros sujeitos desta pesquisa. Encontram-se cadastrados no SISHIPERDIA dezoito mil, seiscentos e quarenta e três (18.643) pessoas acima de sessenta anos deste município (Tab. 3).

Silvestre; Costa Neto (2003), alegaram que os estudos populacionais já realizados no Brasil detectaram pelo menos uma doença crônica em cerca de 85% da população idosa, e cinco dessas doenças foram encontradas em 10% dessa população. Os autores encontraram prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica de 20-25%, da Hipertensão Sistólica isolada 35-40% e de Diabetes mellitus 10-20% entre os idosos que demandavam à atenção básica de saúde.

Por isso, os autores, mesmo reconhecendo que o impacto dessa demanda desafia os gestores de saúde para buscar mudanças efetivas e resolutivas da prática da atenção básica à saúde do público idoso, acreditam que a atuação da ESF possa ter um impacto favorável sobre essa demanda, desde que os profissionais que nela agem tenham uma visão sistêmica e integral da pessoa idosa e da família, bem como de suas reais necessidades para intervir com práticas técnicas, competentes e humanizadas, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Ramos (2003), estudando idosos do centro urbano de São Paulo, constatou que eles apresentavam uma alta prevalência de doenças crônicas, onde cerca de 90% dos idosos

atendidos no projeto Epidoso relatou uma doença crônica não transmissível, a mais referida foi a hipertensão arterial.

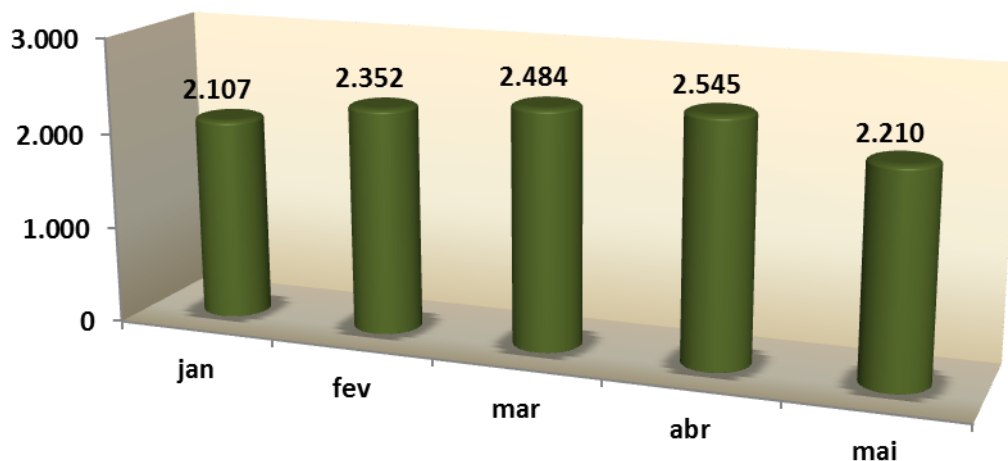
Os dados do Ministério da Saúde corroboram que a HAS prevalece entre as pessoas idosas, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas desta faixa etária (BRASIL, MS, 2006g).

Já os dados da pesquisa “Idosos no Brasil...”, realizada por Lebrão e Duarte (2007), reafirmam e atualizam as características das demandas dessa população, na qual “81% referiram ter alguma doença, sinal, sintoma ou agravo e 19% relataram não ter doença. A HAS foi referida por 32% dos homens e 51% das mulheres, enquanto o DM teve relato de 9% e 15% de homens e mulheres, respectivamente (LEBRÃO; DUARTE, 2007, p.195).

Essas causas de demandas dos idosos devem ser vistas como aportes para planejar a atenção desses usuários e fundamentos para organizar o trabalho em equipe.

Também é oportuno destacar que já havia no serviço de saúde local, uma recomendação da Fundação Municipal de Saúde (FMS), por meio da Gerência de Atenção Básica (GEAB), em relação ao atendimento da pessoa idosa nas consultas médicas. Como destacou o depoente S14, a GEAB pactuou com as equipes de saúde da família para que elas destinem 20% do total de atendimentos realizados nas UBS para as consultas médicas com as pessoas de sessenta anos e mais que procuram a rede básica do SUS.

Em relação a essa recomendação, observamos, a partir da base de dados do SIAB, que entre os meses de janeiro a maio de 2010, o indicador consultas médicas 60 anos e mais atingiu 11.698 consultas totais, com média mensal de 2.340 consultas. Quando consideramos a população idosa estimada para o município, em 2008, em torno de 52.807 habitantes (tabela 2), verificamos que a cobertura desse indicador alcançou a cifra de 4,43%, portanto, um valor aquém dos 20% recomendados pela GEAB (Figura 21). Essa informação pode ser acessada em DATASUS - <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABPpi.def>



DATASUS/ SIAB, 2010.

Figura 21

Consultas médicas 60 anos e mais. Equipes de Saúde da Família. Teresina-Pi, 2010.

Nesse mesmo contexto, marcado pelas ações de controle das doenças crônicas dos usuários da rede básica, ressaltamos que as possibilidades da equipe de saúde da família deflagrar ações para a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, ainda são muito tênues. A oferta de uma atenção integral, holística e humanizada, com vistas à qualificação da assistência na saúde da família consiste no processo de trabalho em que o diálogo entre saúde e educação, além da interação entre serviços e instituições formadoras, são prerrogativas. Entendemos que esse cuidado de saúde deve se pautar pelas relações interpessoais entre profissionais de saúde, famílias e comunidade.

Estes aspectos são sustentados nas ações previstas para o “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, pelo MS, Brasil, a saber: (i) alimentação saudável para pessoas idosas; (ii) prática corporal/ atividade física; (iii) trabalho em grupo com idosos. Importante frisar que estas devem estar inseridas no conjunto das práticas já desenvolvidas pelas equipes de saúde da família (BRASIL, MS, 2006c).

O contexto para a alimentação saudável deve ser possibilitado por cuidados específicos, com orientações adequadas às condições de saúde, mediante os dez passos para a alimentação saudável, guia alimentar para a população brasileira, além dos cadernos de

atenção básica para obesidade, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, dentre outros (BRASIL, MS, 2006c; 2006f; 2006g; 2006h).

Quanto ao segundo item, faz-se necessário lembrar que a inatividade física é assumida pelos estudiosos como um dos fatores de risco para as doenças crônicas associadas à dieta inadequada e ao uso do fumo. Para tanto, a prática corporal/ atividade física encontra respaldo no que se discute hoje sobre promoção de estilos de vida saudáveis (WELLMAN; KAMP, 2010; BÓS, 2007; BRASIL, MS, 2006c; FREITAS, 2004; RAMOS, 2003).

Como lembra Okuma (1998), a atividade física pode contribuir para a manutenção da capacidade funcional do idoso e também para a prevenção e o tratamento das doenças crônicas que cursam com o envelhecimento, podendo, inclusive, reduzir comorbidades e morte precoce.

Já o trabalho grupal permite a interação social entre os participantes, desde que funcione como um espaço para fomentar discussões de situações em comum vivenciadas no dia-a-dia, além de privilegiar a construção de uma rede de apoio. Como estratégia, poderá provocar as potencialidades e trabalhar as vulnerabilidades e, por último, elevar a autoestima da pessoa idosa (ECKERDT et al 2008; WHO, 2005; CERVATO, 2005).

Como o trabalho em grupo já faz parte do cotidiano das vivências das equipes a partir do grupo de hipertensos, diabéticos, dentre outros, esse deveria ser visto como um espaço para a socialização e não apenas para reforçar o tratamento do envelhecimento como doença, mas sobretudo para novas perspectivas para a pessoa idosa e novas reflexões e incursões dos profissionais de saúde no campo da atenção básica.

4.3 DIMENSÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ESF

Como desdobramento da seção anterior, as próximas seções assumem destaque no processo de análise da atenção aos idosos, por se tratar de um momento onde a vivência dos agentes sociais engajados na ESF traz à tona, a partir das suas falas, as minudências do processo organizacional-operativo e a dimensão do processo de trabalho em equipe multiprofissional, incluindo-se a capacitação dos profissionais para lidar com a demanda da

pessoa idosa. Neste procedimento, são confrontados os aspectos conceituais, metodológicos e éticos presentes nas determinações infraconstitucionais para a gestão da atenção na Saúde Pública com as ações do cotidiano das vivências da equipe multiprofissional na rede básica do SUS.

Para tanto, o processo organizacional-operativo dessa atenção se fundamenta no pacto pela saúde. Este pacto visando superar a fragmentação das políticas e programas de saúde preconiza que o município organize sua assistência a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão, referendados nas três dimensões das esferas do SUS: pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa do SUS (BRASIL, MS, 2006e).

Para tal, estabeleceram-se metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, sendo que as prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

Isso é reafirmado no texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisto e atualizado em 2006, quando são ressaltadas as seis prioridades que os estados, as regiões e os municípios devem destacar no momento de pactuar as ações necessárias ao alcance das metas e dos objetivos dessa política: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica (BRASIL, MS, 2006a).

Aos gestores do SUS compete planejar as ações para o enfrentamento do envelhecimento contemporâneo, norteadas na saúde do idoso, na promoção da saúde e no fortalecimento da atenção básica. Compromisso frente à atual situação da saúde da população brasileira, promulgado no pacto em defesa da vida, que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se evidências aos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um (BRASIL, MS, 2006e).

Em vista disso, buscamos entender como vem ocorrendo o processo da organização da gestão da atenção e dos serviços para a população idosa, de acordo com o modelo de saúde local, indagando os entrevistados sobre as bases políticas e institucionais das ações em relação às necessidades das pessoas idosas, sobre o plano de ação da ESF, sobre as contribuições e as

possíveis articulações do modelo de atenção básica com determinações da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

As percepções dos profissionais inseridos na Gerência de Atenção Básica (GEAB) / Coordenadoria Regional de Saúde centro-norte e as percepções da equipe multiprofissional de saúde da família, sobre o atual modelo de gestão da atenção à saúde da pessoa idosa na Rede SUS, do município investigado, foram organizadas nas seguintes categorias temáticas:

4.3.1 PLANEJAMENTO INCIPIENTE PARA AS AÇÕES NORTEADAS PELA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

4.3.1.1 Percepções dos profissionais inseridos na GEAB/ CRS centro-norte

No processo de organização da atenção à saúde da pessoa idosa pela Fundação Municipal de Saúde (FMS), houve uma arguição que se repetiu entre os profissionais da GEAB, que foi a ênfase sobre a proposta de implantação e implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) pelas equipes, iniciada em 2007. A arguição dos sujeitos denota que a atenção à saúde dos idosos se apresenta como uma questão complexa para o serviço municipal, que se desdobra na falta de um plano oficial da FMS para trabalhar as ações norteadas pelas diretrizes da PNSPI na Estratégia Saúde da Família, como também na falta de um órgão/setor nessa instituição que coordene tais ações.

(S13): “o município de Teresina ainda não tem um projeto definido para trabalhar ações preventivas. Em 2007, iniciou-se um processo seletivo das áreas que apresentavam maior número de idosos cadastrados para que fosse implantada a Caderneta de Saúde. A caderneta tem uma série de atividades para garantir esse acompanhamento, mas no momento não tem ainda um protocolo fechado, fica para cada equipe fazer conforme seu planejamento local”.

(S12): “porque a gente não coordena as ações dos idosos no município, a gente é mais um que trabalha a questão dos idosos no município. Mas não existe um setor que coordene esses trabalhos, por isso é que são soltos [...]. Já existe uma comissão que está refazendo o organograma da Instituição, neste organograma vão ser instituídos os núcleos programáticos dos segmentos: idoso, mulher, criança, saúde do homem [...], para se direcionar as ações; não é que a

Gerência de Atenção Básica não vá continuar trabalhando o idoso, mas as equipes vão ter um norte, terão um local que coordene esses trabalhos [...]”.

(S12): “já estamos monitorando as equipes que já foram formadas, que distribuíram as CSPI, a partir daí, nós pactuamos com elas que iríamos fazer um projeto, um planejamento para trabalhar as questões da pessoa idosa, realmente enquanto política, porque a gente apresentou, norteou as ações que devem ser realizadas com o idoso”.

(S14): “a gente quer que, até o final deste ano, se consiga alimentar o sistema com os dados coletados pelas equipes em relação à Caderneta, para a gente ter um relatório de como é que está a nossa gestão em relação à mesma. Agora, assim, eu acho pouca coisa que a gente fez em relação ao idoso, eu não vou mentir, dizer que fizemos muitas coisas”.

Apesar de o S14 ter reconhecido que a proposta foi insuficiente para dar conta das necessidades da pessoa idosa, observamos, também, que esse depoente demonstrou uma preocupação em avaliar a proposta de trabalho da GEAB. Enquanto o depoente S12 manifestou o interesse em dar continuidade ao processo de monitoramento da Caderneta junto às equipes capacitadas, para que essa idéia possa ser transformada em um projeto mais concreto. Podemos refletir por essas colocações, que as ações que estavam sendo conduzidas por esse ente municipal, ainda não faziam parte do projeto oficial de gestão da FMS, mas partiam de iniciativas focalizadas, com atitudes improvisadas e pontuais, marcadas pela lógica do assistencialismo.

4.3.1.2 Percepções da equipe multiprofissional da Saúde da Família

Os posicionamentos dos profissionais do cotidiano das UBS sobre o processo de atenção à saúde dos idosos, a partir da proposta da GEAB para a implantação da CSPI, convergem em parte com os limites apontados no item anterior, mas a ênfase maior recai sobre a desarticulação entre as ações propostas pela Gerência e as ações já implementadas pelas equipes. Essa desarticulação remonta os limites, já apontados em outros estudos, sobre a implementação do sistema nacional de saúde, o SUS, senão vejamos:

(S7): “Eu não acho uma ‘coisa’ assim organizada... essa política foi passada para a gente em novembro, teve uma reunião, onde foram repassadas 10 cartilhas (cartãozinho do idoso) para cada agente de saúde, até hoje não chegou... Essa ‘coisa’ da atenção ao idoso, ela vai mais partir do perfil da equipe, da preocupação da equipe, se a equipe tiver... mas, assim, em termos de organização da atenção, eu penso que não é da forma como deveria ser...”.

(S5): “Eu acho que é para existir um plano de atenção voltado para as demandas da pessoa idosa [...] mas nós não temos uma política para atender essas questões no momento, não existe, tem no papel, mas para nós, não”.

(S8): “[...] mas já está sendo implantada em algumas equipes a caderneta do idoso, na nossa, então, já começou a ser distribuída; os agentes de saúde já estão passando e entregando. Então, a partir daí, eu acredito que vá organizar melhor essas ações específicas para o idoso, porque na caderneta tem toda a história dele; todo o acompanhamento de doenças; todos os dados essenciais para, realmente, fazer um acompanhamento mais de perto, mais organizado”.

(S3): “Na teoria, os princípios do SUS são muito bonitos. Porque a integralidade é dar atenção ao idoso, tanto na promoção, como na prevenção e cura e reabilitação das doenças. É... na equidade é de estar atendendo aos idosos, dar a atenção para aqueles que precisam mais, também é importante se funcionasse direitinho [...] a referência/contrarreferência não está bem articulada, não está bem. Então, se a gente conseguisse já estar com tudo isso aí incrementado, eu diria que seria um grande impacto na promoção do envelhecimento saudável”.

Em algumas das áreas investigadas, notamos que o processo de implantação da caderneta de saúde do idoso já havia iniciado, conforme destacou o depoente (S8). Embora, seja um processo lento e gradual, pois o mesmo ainda não atingiu a totalidade de equipes.

O fragmento extraído do depoimento de (S7) expressou que o modelo da GEAB para a implantação das ações da PNSPI apresentou limites para se trabalhar o indicador - distribuição da Caderneta com as equipes, inclusive no planejamento de cobertura da população idosa. Isso foi relatado pelo depoente, quando ele frisou a quantidade insuficiente de insumos (cadernetas de saúde) recebidos pelas equipes. Para o depoente, o trabalho com o

idoso dependia do perfil da equipe. Este aspecto da capacitação dos profissionais é foco das análises do item 4.4.3 deste capítulo.

O indicador do MS, em 2008, para a atenção da população idosa, consistia em distribuir as cadernetas de saúde para essa população. Em razão disso, o MS estimou para o município uma cobertura de setenta por cento da população idosa atendida pelas equipes de saúde da família. Decorrente disso, em 2009, a GEAB iniciou a implementação desse indicador, mas de acordo com dados dessa Gerência, se constatou que a cobertura foi aquém da estimativa do MS, ou seja, as cadernetas cobriram menos de sessenta por cento dessa população.

De acordo com a GEAB, o planejamento local, fez priorização de cobertura a cem por cento dos idosos atendidos pelo HIPERDIA. Por essa razão, a FMS se responsabilizou em mandar confeccionar o restante das cadernetas para atingir o percentual de cobertura estimado pela GEAB (Esta informação foi obtida em entrevista com a gerente da GEAB, no primeiro semestre de 2010).

Já o posicionamento de (S3) vai além dessa perspectiva. Segundo ele, o cuidado integral para a saúde das famílias e dos idosos requer ações reais que impõem desafios à concretização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde no âmbito do SUS. A hierarquização como sendo a garantia de resolubilidade em cada nível e na totalidade do sistema de saúde. Desse ponto de vista, a suficiência ou insuficiência da capacidade tecnológica de cada nível de atenção vai depender também da capacidade resolutiva do primeiro nível: a rede básica, no qual a eficiência da atenção primária tem no profissional médico o principal articulador das ações na rede SUS local.

Uma dificuldade apontada nesse depoimento sobre sistema de referência e contrarreferência revela uma importante contradição da consolidação da rede SUS local. Essa contradição encontra-se na relação entre profissionais e serviços no funcionamento do sistema de saúde, o que em certa medida refreia a proposta de mudança das práticas sanitárias no interior das instituições de saúde.

Essa constatação é reavivada no estudo de Levcovitz (1997), onde o autor aponta que essas dificuldades são vistas na organização de todo o sistema, apresentando, apesar de todos os avanços de sua construção, restritas mudanças naquilo que a proposta considera essencial: a organização da rede regionalizada e hierarquizada das unidades, capaz de garantir acesso

universal e equitativo da população a todos os níveis de complexidade de serviços e a relação entre esses profissionais e esses serviços e usuários.

Apreendemos do exposto que, mesmo com os esforços da GEAB para capacitar os profissionais para trabalharem com a Caderneta de Saúde, do repasse das mesmas entre as equipes e do monitoramento dessas atividades, além dos indicadores de cobertura da ESF, a partir do seu crescimento e do acréscimo de equipes, que o cenário da institucionalização da PNSPI ainda é muito embrionário e, mesmo assim, não abrange a totalidade do município.

Esse fato tem relação com a complexa estruturação do modelo de atenção básica posto em prática pela ESF, que, por sua vez, emergiu de construções teórico-operacionais que propõem direcionar as ações de saúde no sentido da integralidade, da humanização, da aproximação usuário-serviço e se voltam particularmente para o nível local. Por isso, essa complexidade na condução das ações na Estratégia envolve não somente as facetas da gestão da atenção no planejamento e organização das ações, na oferta dos serviços, mas também as de financiamento e insumos.

4.3.2 AÇÕES ATENDEM ÀS DOENÇAS

Abordamos nos itens anteriores que, nas áreas investigadas, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são as principais causas de demanda dos usuários de 60 anos e mais que procuravam o serviço de atenção básica daquelas áreas.

Em razão disso, as práticas de saúde que já vinham sendo implementadas pela equipe junto à população idosa, como parte do projeto político-institucional da FMS no primeiro nível da assistência, reafirmam o cotidiano das práticas de tratamento das doenças crônicas a partir do HIPERDIA, no qual as ações para o cuidado em saúde tinham como base os diagnósticos clínicos realizados pelo médico, dentista ou enfermeiro durante a consulta de rotina ou a identificação das intercorrências durante a visita domiciliar em equipe, conforme argumentam os entrevistados:

(S13): “O que a ESF oferece são ações para aqueles idosos que já tem algum tipo de agravo (hipertensão ou diabetes), esses são trabalhados, e aqueles que estão acamados, que têm alguma dificuldade de vir ao posto, eles recebem a visita

domiciliar e passam a ter um acompanhamento conforme a necessidade, segundo a avaliação feita pela equipe durante estas visitas”.

(S8): “Na minha equipe, nós não trabalhamos voltados, especificamente, para o idoso. Porque o idoso, ele é trabalhado junto com o grupo de hipertensos e diabéticos; a maioria dos nossos idosos é do grupo de hipertensão ou diabetes, então, as ações são voltadas para o HIPERDIA”.

(S2): “Dentre os clientes do HIPERDIA, a maioria é idosa”.

(S1): “a reorganização da atenção básica em relação às necessidades das pessoas idosas acontece na ESF desde 1996 aqui, em Teresina, em alguns bairros, no momento já atinge mais de 200 equipes assistindo a população adscrita das áreas, com ênfase aos idosos dos programas de hipertensão arterial e diabetes, com reuniões e palestras, além de distribuição de medicamentos”.

(S17): “Na atenção básica, a pessoa idosa é atendida pela sua demanda, ele é um diabético, ele é um hipertenso, um portador de hanseníase [...]. Então, ele está em vários programas ao mesmo tempo”.

(S10): “[...] vai exigir cada vez mais cuidados; a equipe tem desenvolvido algumas atividades, o que é mais efetivo mesmo, no PSF, são o controle das doenças crônicas, principalmente Diabetes e Hipertensão [...] tem que ir além, mas a estratégia é a grande porta de acesso ao cuidado, cria o vínculo, aquele hábito de frequentar a US, mas tem que ir além...”.

(S15): “O primeiro cuidado à saúde do idoso no HIPERDIA pela odontologia é o tratamento das cáries de raiz, remoção de raiz residual, das lesões de tecido mole, doença periodontal, erosão dentária [...]. Outros cuidados são com a halitose, a higienização, a mastigação [...], examinar as próteses”.

Os depoentes realçaram como o modelo de gestão e de atenção básica em saúde se encontrava em termos de organização da Política Nacional de Atenção Básica ao destacar as ações propositivas e as metas a serem alcançadas pelo HIPERDIA, demonstrando assim, em que estágio se encontrava o modelo de gestão e atenção à saúde da pessoa idosa neste município.

Ressaltamos que o HIPERDIA representava, no sistema de saúde do município pesquisado, a estratégia mais consistente em relação à organização da atenção e dos serviços de saúde para esse contingente da população com ações diárias para o controle e de tratamento da hipertensão arterial e de diabetes mellitus, a partir das consultas médicas, das consultas de enfermagem, das consultas odontológicas e das visitas domiciliares, mesmo assim, consideramos um elemento ainda insuficiente no que tange à reorganização da atenção básica para enfrentar as necessidades dessa população.

Como preconiza a PNSPI, a saúde do idoso impõe para os sistemas de saúde locais a estruturação do cuidado de saúde com práticas que abarquem a avaliação multidimensional que inclua, além do tratamento das doenças, outras ações para promover o envelhecimento saudável e ativo. Nesse caso, o HIPERDIA é um dos elementos desse cuidado, mas não o único.

O HIPERDIA para as pessoas idosas nos serviços de atenção básica decorre do Plano de Reorganização da Atenção aos usuários dos Programas de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, tendo em vista a reorientação desses serviços aos segmentos populacionais expostos aos fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes mellitus e aos portadores dessas doenças (BRASIL, MS, 2004c). Neste sentido, a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada é a responsável pelo cadastramento desses usuários e pela atividade de alimentação e análise dos sistemas de informação, conforme atribuído no anexo I da Portaria GM 95/01 [NOAS, SUS, 2001] (BRASIL, MS, 2001a).

Em razão da alta prevalência dessas doenças neste município, a assistência à pessoa idosa usuária do HIPERDIA requer da equipe multiprofissional da ESF habilidades para detectar esses riscos e as consequências em relação à não adesão ao tratamento que exige médio e longo prazo. Nas práticas das unidades de saúde, foi observado que uma das medidas mais frequentes utilizadas pelos profissionais, em relação à HAS, era a aferição da pressão arterial, que, entre os idosos que demandavam as unidades de saúde já era um costume desse segmento da população, especialmente das mulheres. Essa medida exigia do profissional cuidado e preparo técnico quanto à aferição e ao diagnóstico.

Sendo estas características predominantes do modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, baseadas no tripé consultas médicas/diagnósticos/equipamentos e medicamentos, que se utilizam do aparato técnico para cumprir as metas preestabelecidas pelos programas. Reiteramos, aqui, que se trata do clássico modelo tecno-

assistencial baseado em critérios normativos para atender aos interesses dos agentes sociais, responsáveis pelas políticas públicas.

Constatamos, ainda, que apesar de a Estratégia de Saúde da Família, em seu movimento de expansão, ser considerada a política para a conversão do modelo de atenção básica em nível nacional, acolhendo inclusive a saúde do idoso como uma ação efetiva desde 2006, vários fatores são apontados nos estudos nacionais como possíveis limites para a implementação dessas ações que visem ao cuidado integral para a saúde e não apenas à doença.

Os autores assinalam os seguintes: a oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, a predominância da modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a população do seu território, somados aos elevados níveis de exclusão no acesso aos serviços de saúde e os agravos de saúde característicos dos centros urbanos (SOUSA; HAMANN, 2009; PERES, 2007; VIEIRA et al., 2005; ALMEIDA, 2002).

Como ressalta Sousa e Hamann (2009, p. 1329) “a inexistência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência de serviços assistenciais são limites para a oferta de atenção integral” aos usuários destes serviços. Por isso, “não alteram substancialmente a lógica organizativa dos serviços e sistemas locais de saúde”.

A partir das abordagens sobre as práticas de oferta e dos argumentos acima, reafirmamos que o cotidiano das vivências das equipes de saúde da família com os idosos se dava no HIPERDIA. Portanto, percebemos que a atenção a esse segmento da população tinha como parâmetro a doença em vez do fator idade. Isso contraria as determinações da PNSPI em sua diretriz basilar, que objetiva manter a funcionalidade do idoso, apesar das progressivas limitações, por meio da promoção de saúde.

A garantia da atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, norteadas pelos princípios do SUS e na premissa da PNSPI, ainda não faz parte das ações e serviços. Portanto, não respondem, de um lado, às questões relacionadas à saúde do idoso, assumidas pelos gestores do SUS no pacto pela saúde; do outro lado, também não atendem aos argumentos de que a proteção social protege e assiste a coletividade em situações de vulnerabilidade, (o caso específico dos idosos frágeis ou em processo de fragilização), em diferentes momentos de

exposição a riscos decorrentes das transformações socioeconômicas e tecnológicas, como argumentam Lefevre; Lefevre (2007) e Viana; Levcovitz (2005).

Os relatos e as observações do cotidiano desses serviços introduziram questões significativas sobre a reorganização da atenção e seu modelo de gestão que apresentaram uma sintonia com o modo operante das políticas sociais instituídas a partir dos anos 1990.

As políticas setoriais como a da saúde e os ganhos do movimento sanitário para um sistema único de saúde, apesar do arquétipo de ações integrais e integradas à saúde da família e comunidade, vêm se consolidando como uma proteção social a determinados grupos sociais, os mais vulneráveis.

Com isso, as pessoas usuárias dos serviços de saúde pública têm sido contempladas com políticas descontínuas e fragmentadas, que intencionam tão somente corrigir as distorções advindas do sistema econômico, centrado na acumulação de capital. Nesse cenário, percebemos que as iniquidades são cada vez mais ampliadas. Por isso, a crítica de Ferraro (2005) recai sobre o movimento neoliberal, “característico desse cenário, marcado pela crise político-fiscal, levando por isso ao pessimismo, reagindo contra a interferência do Estado, movimento esse reacionário, de cunho fundamentalista que busca a naturalização do social e a legitimação da exclusão” (p.99).

E, por conseguinte, como advertem Silva (2009), Arretche (2001) e Paim; Almeida Filho (2000), nesse mesmo espaço, ficam à mostra os traços constitutivos do Estado Capitalista que limita a expansão dos direitos sociais e sobrepuja as políticas sociais, como a saúde.

Segundo Ugá (2003), foi nesse cenário que aconteceu a implementação do SUS, de um lado, o movimento sanitário discutindo nas arenas político-institucionais a agenda para uma saúde pública, com a regulamentação dos dispositivos constitucionais pela legitimação do direito universal à saúde; do outro lado, o projeto neoliberal refreando esse direito ao exaltar a crise fiscal do Estado brasileiro.

Reiterando os posicionamentos anteriores, Cordeiro (2004; 2001) enfatiza que é nesse contexto dos anos 90 que aspectos fundamentais do SUS são suprimidos e as Leis Orgânicas da Saúde são, então, aprovadas. E, por isso, a contenção desse direito universal se faz acompanhar de racionamento da oferta e da progressiva queda na qualidade dos serviços.

As ponderações das autoras, Silva (2009; 2000), Pereira (2007), Yazbek (2001) e Draibe (1990) são oportunas para apreendermos como vem se configurando a política social, a partir da década de 1990 e, de certa forma, compreendermos as limitações que a ESF tem enfrentado para promover uma saúde pública de qualidade, inclusive para aqueles que alcançam a velhice.

De acordo com essas autoras, a política social com vista à estruturação de um sistema de proteção social no Brasil emerge de um contexto político-ideológico contraditório. No caso da Política de Saúde, tem-se, de um lado, um movimento pela integralidade das ações e a equidade de acesso aos serviços, emergindo a partir desses princípios a idéia de saúde como direito universal. Por outro lado, esse direito no sistema de saúde foi sendo configurado por meio do mérito, do corporativismo e do privilégio. A lógica do sistema de saúde brasileiro e suas garantias, conforme Draibe (1990), é de um sistema meritocrático, e de acordo com Santos (1979), de um sistema pela cidadania regulada.

Corroborando com as idéias de Draibe (1990), Almeida (2002, p.907) atesta que “esta estruturação da política social na América Latina e no Caribe de forma segmentada e particular tem funcionado como um mecanismo disfarçado para a transferência de renda, com isso, tem privilegiado os sistemas corporativos da sociedade e criado diferentes tipos de cidadanias”.

Nesse formato coexistem ainda vários tipos de controle social, do tipo oligárquico e de coerção estatal, que têm impedido a construção de espaços públicos e o desenvolvimento da capacidade de intervenção da sociedade nas questões como saúde, previdência e assistência (ALMEIDA 2002).

Esse contexto é real não apenas no Brasil, mas, como falamos antes, é a realidade dos países da América Latina, guardadas as diferenciações. No caso brasileiro, a política social das duas últimas décadas do século XX e primeira década do século XXI, incluindo-se nele a PNAB, PNI, PNPSI e Estatuto do idoso, vem sendo desviada de seus princípios basilares de promoção e de proteção universal para assumir uma perspectiva marginal e assistencialista, fora do contexto econômico (SILVA, 2009; ALMEIDA, 2002).

O sistema de saúde brasileiro, com essa configuração, não tem contribuído para a inclusão dos beneficiários desse direito, como uma ação integral e integrada à saúde e ao

bem-estar social, e, com isso, tem descaracterizado a seguridade social, seja na assistência e ou na previdência de saúde.

Os depoimentos da maioria dos entrevistados podem ser vistos como ilustrações dessa perspectiva. Pois, verificamos que a organização da atenção à saúde da pessoa idosa, na Rede SUS local, priorizava o tratamento das doenças e, nesse mesmo contexto, inexistia planejamento de ações para atender às necessidades desse público.

Essas idéias demonstraram as particularidades do modelo tecnoassistencial da saúde baseado nas operações das metas a serem alcançadas pela ESF, mas não deixaram a mostra uma consciência bioética dos agentes sociais, seja na posição de governo, seja na posição de implementador, que fosse capaz de valorizar a pessoa idosa como sujeito desse direito. Acreditamos que o cuidado de saúde para o envelhecimento saudável como garantia social, deve ir além dessas rotinas programáticas.

Em outros termos, a atenção à saúde da pessoa idosa apenas por esse prisma reaviva a perspectiva da ação focalizada e descontínua das políticas sociais dos anos 1990, como apontaram os estudiosos do campo social e da saúde coletiva. Isso realça a perspectiva de que os princípios constitutivos do Estado de direito à saúde, que o movimento sanitário defendeu para a constituição do SUS, além de serem tardiamente asseverados, foram também garantidos aos beneficiários por meio de ações segmentadas aos diversos grupos etários. E, nesse formato de política, nem toda a população usufrui desse direito de forma equânime (SILVA, 2009; PEREIRA, 2007; CORDEIRO, 2004; UGÁ, 2003; ALMEIDA, 2002; YAZBEK, 2001; PAIM, ALMEIDA FILHO, 2000; DRAIBE, 1990; TEIXEIRA, 1989).

Em suma, podemos dizer que o compromisso do setor saúde com a consolidação do SUS e da *práxis* que se propunha reconhecer a gênese social do processo saúde-doença e seus efeitos, com contribuições efetivas e eficazes que pudessem enfrentar as desigualdades sociais, tem sido paulatinamente desconstruído, com a institucionalização de ações sociais e seus programas técnico-assistenciais para cada segmento populacional.

Como também, tem sido desconstruída aquela onda de democratização que atingiu o País nos anos 80 e 90, mesmo com seu legado constitucional da participação social, no qual participar era parte do projeto de construção do paradigma dos Direitos Humanos.

A seção seguinte traz para o debate as particularidades do processo de trabalho em equipe como uma consequência desse contexto organizacional-operativo, onde ocorria a atenção à saúde dessa população.

4.4 DIMENSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O perfil sociodemográfico dos profissionais da equipe multiprofissional e demais sujeitos da pesquisa de campo encontra-se exposto na Tabela 4 (Apêndice 6).

Discutimos a dimensão do processo de trabalho em equipe multiprofissional tomando por base as rotinas programáticas nas UBS e as práticas preconizadas na PNSPI referentes à avaliação da funcionalidade e fragilidade da pessoa idosa, a longitudinalidade do cuidado, as práticas de acolhimento, bem como as dificuldades decorrentes desse processo. Além disso, buscamos junto à equipe as suas impressões sobre sua própria capacidade (pessoal e cognitiva) para lidar com as demandas dos idosos e do envelhecimento.

Observamos no arrolamento dos discursos múltiplos e distintos pontos de vista que foram categorizados em três eixos temáticos, a saber:

4.4.1 AÇÕES FRAGMENTADAS E DESCONTÍNUAS

a) em relação à avaliação funcional e fragilidade da pessoa idosa

(S3): “[...] estamos começando assim: porque nós temos alunos do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior, na disciplina Medicina da Família e da Comunidade, abordando a saúde do idoso, então já são os alunos que estão no 8º período que nós botamos para eles fazerem a avaliação da capacidade funcional do idoso, avaliação global, da acuidade visual, auditiva, demencial; estamos observando a violência doméstica e maus-tratos; a funcionalidade da família do idoso [...] mas, ainda, não cobrimos todos os nossos idosos, não temos a avaliação de todos [...]”.

b) em relação à atenção continuada e as visitas em domicílio

(S2): “[...] pelo menos aos acamados idosos é prestada assistência uma vez por mês cada, são seis agentes, a gente divide, cada semana dez visitas, assim, dá para

fazer no mês toda a cobertura de todos os acamados [...] os hipertensos, a gente trabalha a pressão, e vê outras coisas: sintomas, medicação que tomam e os exames que são sempre anuais”.

(S9): “porque a gente faz mais a atenção deles é na própria área, que é durante as reuniões de hipertensos e diabéticos e durante a visita domiciliar. Porque são os ACS que agendam as visitas, porque nossa visita, a gente faz mais ao grupo maior que é de idosos e os acamados que não têm condições de vir ao Posto”.

(S7): “as visitas são feitas toda sexta-feira, a gente deixa os prontuários separados na quinta, na visita a gente faz a avaliação deles, por exemplo, eu tenho 20 acamados, mas não é feita a todos numa sexta, é uma base de uns 7, e sempre tem aquela coisa, sem avisar; aí lá, faz a glicemia (o aparelho é dado pelo próprio médico); verifica-se a pressão; verifica-se outro problema que possa ter e, se tiver, o médico passa medicina especializada, já deixa encaminhamento, deixa tudo pronto, aí a família traz à rede para poder fazer os exames”.

(S16): “[...] mas essas visitas domiciliares, também é preciso ser falado, que elas são muito limitadas [...] que elas não vão fazer mágica, não vão evitar que a família tenha que trazer o idoso para a Rede, se eles quiserem fazer os exames; se eles quiserem ter uma medicina especializada [...]

(S15): “Nós temos a visita de rotina uma vez por semana, mas se tem algum idoso ou outro paciente que necessite, aí pode ser feito qualquer outro dia, dependendo das necessidades [...] mas ainda não dá para cobrir todos os idosos que necessitam de visitas, porque o número de idosos e de famílias que nós temos é muito grande, e, nós temos muitas coisas para fazer”.

Entendemos, pela atitude dos profissionais das equipes, que, de certa forma, algumas atividades programáticas da rotina deste serviço estavam acontecendo, algumas dentro das metas estabelecidas pela estratégia, outras não. Apesar disso, observamos, de um lado, que a dinâmica dessas ações, assume características de ações fragmentadas e descontínuas, possivelmente pela excessiva demanda dessa população nesses serviços, por outro lado, as ações programáticas já implementadas no HIPERDIA já apresentavam algumas limitações para dar conta da mesma.

Essa questão de que o envelhecimento tem ocasionado uma sobrecarga para as rotinas da equipe nas UBS pode ser evidenciada no conjunto das falas anteriores, que de certa forma, podemos interpretá-la, também, como elemento capaz de comprometer a qualidade da atenção e a falta de integração da equipe-família-serviço, como chama a atenção o ponto de vista do sujeito (S16) sobre os limites das visitas em domicílio, no processo de trabalho em equipe multiprofissional.

Nesse mesmo cenário, a contextualização do sujeito (S3) sobre a realização do procedimento de avaliação da fragilidade e da funcionalidade dos idosos em parceria com as Instituições de Ensino Superior, pode ser vista como um ponto positivo do trabalho em equipe nessa área, mas ressaltamos que esse mesmo processo não ocorria de forma homogênea, pois cada equipe procurava traçar suas próprias metodologias.

Como afirmaram os técnicos da GEAB, os profissionais ainda vão ser treinados para atuarem nos protocolos de atendimento que possam responder às reais demandas dessa geração. Até aquele momento as equipes tinham sido capacitadas para operacionalizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Corroboram, também, com a problematização do processo de trabalho em equipe, as observações *in situ*, que fizemos durante as consultas, visitas domiciliares e reuniões, no curso da pesquisa de campo. Ressaltamos, ainda, que as visitas com a equipe completa ou com a maioria dos profissionais ocorriam uma vez por semana. De certa forma, as análises sobre o processo das visitas domiciliares realizadas com base nos diários de campo reafirmaram as posturas acima. Destacamos abaixo trechos do diário de campo nº 3 que demonstram como as práticas de saúde eram realizadas naquela área (Diário de campo nº 3, 11/08/2009, turno manhã):

- [...] sobre a promoção de hábitos saudáveis (alimentação e atividade física), a enfermeira e a ACS falaram pouco; houve em algumas situações maior ênfase quanto à restrição do componente sal no consumo diário, no caso do hipertenso [...].
- [...] observamos uma maior ênfase à medicação em uso: dosagem e horários. A aferição da pressão arterial foi realizada em todos pelo Técnico de Enfermagem. Em duas das visitas foram solicitados aos idosos exames laboratoriais: glicemia, colesterol total e frações, parasitológico de fezes e sumário de urina;

- [...] no que tange aos aspectos da Política Nacional de Humanização (PNH), observamos que o acolhimento em relação às características de saber ouvir, respeito à fala do idoso e o diálogo entre o profissional e o usuário aconteceram na dinâmica do atendimento de maneira natural e adequada às necessidades dos idosos visitados.

c) em relação às práticas de acolhimento

Importa registrar o fato de que, por mais que se pensem e desenvolvam ações para uma atenção mais humanizada e acolhida no serviço de saúde, o cuidado de fato se realiza é na participação de cada sujeito, individual ou coletiva, na vivência da unidade de saúde, nas reuniões e nas visitas domiciliares.

Por isso, as práticas humanizadas e de acolhimento na atenção básica, por se tratar de uma questão muito complexa, que envolve aspectos bioéticos, além da capacidade de auto-percepção e dos sentidos que a equipe dá a seu próprio agir no cotidiano das vivências com os idosos, as famílias e a comunidade, o maior enfoque foi dado às observações das atividades que acompanhamos nas consultas, visitas e reuniões. Mesmo assim, aqui destacamos alguns trechos das entrevistas, onde os profissionais se manifestaram acerca da relação equipe-usuário idoso.

(S9): “[...] É muito difícil a gente dizer um não para o idoso, sempre damos um jeitinho de atender, às vezes até cadeira de rodas a gente consegue ajeitar pra eles, orienta aonde eles vão procurar [...]”.

(S1): “Existe uma boa aceitação por parte da população idosa”.

(S6): “[...] mesmo que não tenha vaga eu boto para o médico ver, daí já é um problema do médico com o paciente, se ele se recusar a atender, mas eu boto, porque é questão de tratar bem, eu sou técnica de enfermagem, se eu barrar ele aqui, lá no ponto de ônibus ele vai passar mal, vai ficar com aquela angústia [...] Hoje mesmo teve marcação de consulta e não voltou ninguém”.

(S17): “essa equipe, especialmente, tem um vínculo bom [...], porque tanto a enfermeira, quanto o médico, eles têm uma atenção especial à pessoa idosa, muito mesmo, pois eu estou aqui só há uns dois meses e já constatei isso aí. Tem um vínculo muito bom com a população, que a maioria é de idosos”.

(S11): “[...] nós procuramos ajudá-los com conversas, nós procuramos ajudá-los com caminhadas, nós procuramos ajudá-los através do atendimento [...]”.

Assinalamos, no entanto, que as atribuições de cada um dos profissionais previstas na ESF estão documentadas na proposta do Ministério da Saúde, onde se enfatiza que estes devem “estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para os trabalhos comunitários e em grupo” (BRASIL, MS, 2001b, p.13). Requerem, portanto, a interação e o compartilhamento no agir da equipe-usuário-família para a produção do cuidado em saúde.

Com base no conjunto de depoimentos e nas observações destacamos, a seguir, alguns obstáculos quanto ao cuidado com a pessoa idosa, no modelo adotado pela ESF, neste município, os quais se relacionavam com:

- (1) A longitudinalidade do cuidado, dimensão importante para o reconhecimento dos indicadores da funcionalidade e da fragilidade e seu impacto individual/ familiar (identificação de riscos) e, por conseguinte, para a tomada de decisões pela equipe;
- (2) A visita domiciliar, envolvendo questões de cobertura, competência e responsabilidade;
- (3) As práticas de promoção de hábitos saudáveis.

O registro significa que a assistência à população idosa, mesmo com suas diferenciações, traz o apelo da ação como técnica direcionada para o tratamento medicamentoso, uma vez que os profissionais ainda não incorporaram às suas rotinas o trabalho de educação em saúde que permeie a promoção, ou seja, a porta de entrada na maioria das unidades de saúde trabalha centrada mais em critérios normativos, voltados aos interesses dos agentes sociais e não aos interesses dos usuários idosos.

A questão é que o cuidado somente pelo foco do tratamento da HAS e DM é insuficiente para dar conta da diretriz máxima da PNSPI, que é promover, manter e recuperar, de acordo com as situações demandadas, as funções dos idosos para que e les possam desfrutar os anos adicionados com qualidade.

Por isso, o tratamento dessas doenças crônicas (que podem estar presentes ou não no envelhecimento, como já atestado em outros estudos) deve estar engajado com as práticas de promoção de hábitos saudáveis e de prevenção dos agravos, para não comprometer a funcionalidade e levar à fragilização do longo tempo (MORAES, 2008; OKUMA, 1998). E isso não foi observado no conjunto das práticas dos contextos investigados.

Enfatizamos, ainda, que, mesmo naquelas áreas onde as atividades já estão em processo, requerem a adoção de novos posicionamentos que sejam capazes de convencer a população do impacto que terão as práticas preventivas e promocionais no bem-estar ao longo do curso da vida, para que a estratégia, mediatizada no acolhimento, na humanização e na longitudinalidade do cuidado, possa assegurar as condições de qualidade de vida dos idosos, tanto em seu contexto familiar, quanto no social.

Em outros termos, o exame da literatura demonstrou que, naquele modelo de atenção, os princípios da PNSPI, bem como o dispositivo constitucional no seu artigo 196 referente à saúde “como direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, não estão sendo atendidos, uma vez que a atenção tem priorizado tão somente a recuperação dos agravos e o tratamento das doenças crônicas.

Em razão disso, a atenção voltada para a avaliação multidimensional centrada na avaliação da capacidade funcional, de acordo com o princípio norteador da PNSPI, prerrogativa para a atenção na rede básica de saúde, ainda não faz parte das ações e serviços da saúde da família, no município.

Essa constatação encontra suporte nos argumentos de Veras et al (2008), quando eles afirmam que

[...] os esforços ainda são pontuais e desarticulados. Apesar da saúde do idoso constar como prioridade na agenda de saúde do País, promulgado na PNPSI, baseada no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional, o efeito prático ainda não foi alcançado. O peso assistencial continua preponderante e a desarticulação do sistema de saúde dificulta a operacionalização de qualquer lógica fundamentada em uma avaliação multidimensional (p.498).

O ponto-chave dessa política é que a atenção deve começar pela avaliação da capacidade funcional por uma equipe multiprofissional, com ações que promovam, mantenham e, se necessário, a recuperem, para que o idoso possa ter a sua autonomia e independência no seu espaço social.

Dada a importância da longevidade como componente do desenvolvimento e bem-estar advindos de diversos benefícios indiretos, como nutrição, vacinações, acesso aos serviços, tecnologias médicas, reforça-se a tese da vida prolongada e saudável, como uma das oportunidades essenciais para a dimensão humana (KALACHE, 2008; PEREIRA, 2007).

A atenção à saúde da pessoa idosa pelo paradigma da capacidade funcional é reiterada nos trabalhos de Souza; Grundy (2004) e de Ramos (2003). Nesses trabalhos, as críticas dos autores recaem sobre a insuficiência do paradigma biomédico para atender às demandas da fase da velhice. Por isso, os autores reafirmam que há necessidade de uma abordagem mais ampliada, para que os profissionais enxerguem nos problemas de saúde individuais e coletivos as articulações contextuais sob os aspectos sociais, políticos e culturais. Esta constatação encontra respaldo nas diretrizes da PNAB e nos preceitos do SUS que asseveram as garantias do Estado de direito à saúde pela integralidade das práticas no trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, MS, 2006a; 2001a; 2001b; BRASIL, 1990).

As afirmações dos autores têm como parâmetro as ideias de Laurell (1983) e Engels (1977), quando eles concluem que a própria complexidade da sociedade requer novos modelos de planejamento e de gestão em saúde que sejam capazes de responder às demandas da população que emergem nesses contextos, dentre as quais, as demandas do contingente crescente de pessoas idosas, que têm considerável impacto social e econômico.

Para tanto, enfatizam a importância de um modelo de atenção baseado nas perspectivas biológicas, psicológicas e sociais do ser humano, que, portanto, exigem dos gestores, profissionais e equipes de saúde da família comprometidos com o envelhecimento uma visão mais ampliada para compreender a complexidade desta questão, como já foi abordado no capítulo I deste texto.

Entretanto, não se pode esquecer que alternativas como essa depreciam mudanças no paradigma da gestão pública, intitulada de democrática, para que o modelo de assistência baseado nos preceitos do SUS ultrapasse a dicotomia entre as ações de governo e as ações de administração, presentes na implantação e implementação das ações públicas e, com isso, permeie as suas garantias constitucionais (PAULA, 2005; LAURELL, 2002; NASCIMENTO, 2002; NEGRI, 2002).

Como já havia salientado Trad; Bastos (1998) e, mais recentemente, Sousa; Hamann (2009), o desafio principal imposto à saúde pública, no Ocidente, continua sendo a adequação

de propostas de intervenções culturalmente sensíveis e consonantes aos contextos onde coabitam as populações usuárias das mesmas, uma vez que esses contextos apresentam condições sociais desiguais.

Por tal razão, os autores enfatizam a partir de suas análises sobre a experiência brasileira com a saúde da família que as proposições dos organismos internacionais e nacionais de incentivo à auto-responsabilidade dos gestores e a participação comunitária no planejamento, na organização, no funcionamento e no controle da atenção básica à saúde, se constituem em requisitos indispensáveis para a implementação das ações e serviços.

Possivelmente, essa recomendação se deve ao fato de o modelo tecnoassistencial, predominante no país, não contemplar os requisitos acima propostos, pois o que visualizamos nesta investigação e nos textos que a ancoraram foi que esse modelo continua privilegiando as ações de tratamento, com práticas médicas de elevado custo, verticalizada, excludente e de baixo impacto na saúde dos idosos e do público em geral.

Na literatura, o reconhecimento da crise desse modelo encontra-se amplamente documentado, como também os apelos para efetivação da proposta de reestruturação da atenção básica mediante a conjugação das ações, no cenário da ESF, que possibilitem a proteção e promoção de saúde da infância à velhice, de forma integral e contínua, a partir do exercício em equipe composta por diferentes profissionais.

As características do processo de trabalho das equipes multiprofissionais em razão de sua composição (saberes e práticas distintas), do médico, enfermeiro, dentista, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, atravessam a interdisciplinaridade, vinculação, competência cultural, intersetorialidade e fortalecimento da gestão local, fundamentos imprescindíveis para que as ações sejam participativas e democráticas (BRASIL, 2006a; 2001a).

Essa tradução dos documentos oficiais do Ministério da Saúde traz para o debate a importância da equipe multiprofissional como elemento chave para o desenvolvimento do trabalho na Saúde da Família. Tanto conceitualmente, quanto na prática concreta dos serviços, o trabalho em equipe se constitui num desafio para a atenção básica, pela diversidade da composição da equipe em termos de formações e práticas.

Mesmo assim, Almeida; Mishima (2001, p.150) ponderam que a prática em equipe na ESF “pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com

interação social entre os trabalhadores, maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes, e maior integração da equipe”. De acordo com essa idéia, se a integração não acontecer, pode-se repetir o modelo de atenção assistencial com práticas fragmentadas, centrado na recuperação individual, além de uma rigorosa divisão dessas práticas.

Essa questão também é alvo das críticas de Merhy (2002). Para esse autor, o trabalho em saúde (práticas de assistência à saúde) esteve sempre atrelado às tecnologias tradicionais instituídas por metas previamente planejadas para alcançar os objetivos de uma determinada ação ou serviço às demandas da população. Estando, portanto, direcionado ao modelo hospitalocêntrico e à gestão tradicional que prioriza os serviços consumidores de alta tecnologia com seus procedimentos clínicos e operacionais.

Nos depoimentos anteriores, podemos identificar algumas dessas características desse modelo tecnológico de produção em saúde e do processo de trabalho decorrente dele, portanto, contrárias às intenções do modelo da Saúde da Família.

Pois, a assistência no primeiro nível de atenção pelo novo formato da ESF se propõe a converter o modelo tecnoassistencial em uma prática que abarque a integralidade e integração das ações, o acolhimento e a humanização, nos quais a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade são necessárias.

Nesse sentido, o trabalho na Saúde da Família se baseia na adscrição dos usuários/famílias; na territorialização e regionalização dos serviços; no diagnóstico epidemiológico e no planejamento de ações de acordo com as reais condições da população (SOUSA; HAMANN, 2009; BRASIL, MS, 2006a; VIEIRA et al., 2005).

A adscrição dos usuários/famílias é, na proposta da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), uma nova modalidade de vínculo que se institui entre os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde para que haja a longitudinalidade do atendimento, seja nas consultas, seja nas visitas domiciliares.

Quanto ao aspecto da territorialização, este busca definir o território e a população por meio do mapeamento da área e dos grupos a serem atendidos pelas equipes. Já o diagnóstico da situação de saúde da população permite a análise das condições de saúde nesse território começando pelo cadastro dos usuários e da organização das informações.

Apesar da ênfase às metas a serem atingidas em cada área investigada, nas observações em campo, também, apreendemos algumas características do trabalho das equipes com a população idosa atendida. Neste sentido, trechos do diário de campo nº 5 retratam a organização do trabalho das equipes, nesse Centro de Saúde, situado na própria área de cobertura, senão vejamos:

(D5): “na micro-área 1 dessa área tem-se um total de 630 pessoas; 120 famílias cadastradas, 127 idosos; 78 hipertensos e 18 diabéticos [...] os pontos positivos da área são as ruas asfaltadas com transporte coletivo; água encanada; coleta de lixo; fossa séptica; 100 casas usam água filtrada; todas as casas são de tijolos; 60 famílias possuem plano de saúde [...] os pontos negativos são o número elevado de usuários de droga”. Reiterando o depoimento de (S3): “[...] o acesso do idoso ao centro de saúde ocorre após o cadastramento das famílias pelo ACS”.

De certa forma, essas caracterizações são indicativas do processo de mapeamento e cadastramento das famílias da área adscrita ao Centro de Saúde, sendo, pois, um processo que exige responsabilidade ímpar dos agentes comunitários de saúde. Como advertem Sousa; Hamann (2002, p. 1328) “a singularidade da presença dos ACS na equipe, cuja participação ocorre em uma jornada de quarenta horas semanais, tem como princípio a visita diária às famílias”.

Mesmo que os trechos anteriores não representem a totalidade das áreas estudadas, ressaltamos que, nessa área pesquisada, esses indicadores já vinham sendo trabalhados pela equipe para a elaboração das atividades, tendo em vista a detecção dos riscos de saúde apresentados pelos usuários e famílias.

Esses indicadores são balizados nos princípios da PNAB que se sustêm nas abordagens da Declaração de Alma-Ata (1978) e na Carta de Ottawa (1986) para a atenção básica aos indivíduos e coletividades. Abordagens que subsidiaram as ações e serviços em âmbito nacional, conforme sancionado na seção Saúde da Constituição Brasileira.

Em razão disso, ao se abordar o objeto “as ações da saúde da família com a pessoa idosa”, os conhecimentos acerca do trabalho em equipe, no sentido das práticas em saúde compartilhada e humanizada, dos vínculos estabelecidos com a comunidade, se tornam elementos indispensáveis para a análise das interconexões existentes entre os discursos

oficiais das políticas e as vivências das equipes investigadas. Quando consideramos que a unidade produtora dessas ações não foi apenas um profissional, mas uma equipe; que o enfoque da atenção não abarcou somente o usuário idoso, mas a família e seu entorno.

Por outro vértice, há também uma recomendação dos estudiosos do campo gerontológico sobre a necessidade dos profissionais conhecerem o processo de envelhecimento e a cascata de eventos que se seguem à perda do equilíbrio do organismo envelhecido, por isso, eles reiteram a importância do trabalho preventivo e afirmam que esse processo requer dos profissionais envolvidos o engajamento multiprofissional nas questões político-institucionais, além da capacitação para lidar com as diferentes velhices e subjetividades de cada idoso (KALACHE, 2008; MOTA e AGUIAR, 2007; SIQUEIRA, 2007; NERI et al., 2007; VERAS, 2003; RAMOS, 2003; 2002).

Tanto o engajamento multiprofissional, quanto a capacitação dos profissionais são elementos que devem ser e estar articulados no paradigma da avaliação multidimensional da capacidade funcional da pessoa idosa que demanda a rede básica de saúde. Essa discussão assume maior destaque nas próximas seções.

4.4.2 FRAGILIZAÇÃO PARA E NO TRABALHO EM EQUIPE

As observações do trabalho cotidiano da equipe de saúde da família, nas Unidades Básicas, foram decisivas para interpretarmos como se dava o processo de trabalho em equipe nas áreas investigadas e, a partir dessas, identificarmos quais os obstáculos que os profissionais encontravam para atender à demanda da pessoa idosa. Além disso, as argumentações dos sujeitos foram imprescindíveis para compreendermos que esses obstáculos decorrem das ações fragmentadas e descontínuas que vêm sendo realizadas na Rede SUS local, que, por sua vez, convergem com o desenho do contexto organizacional-operativo da atenção e gestão que o município tem desenvolvido em relação às ações de saúde para a pessoa idosa.

De acordo com os depoentes, esse contexto tem propiciado inúmeras dificuldades, as quais se relacionavam com o arcabouço macro e microestrutural do sistema de saúde. É importante destacar que, para efeito da análise, respeitamos, inclusive, as diferenciações das áreas abrangidas na pesquisa.

Entendemos que a conjunção desses problemas contribuiu para a fragilização para e no trabalho em equipe, por isso, adotamos a seguinte perspectiva de interpretação: entre as dificuldades que limitavam as práticas de saúde relativas ao campo microestrutural do sistema de saúde, os depoentes apontaram:

a) Sobrecarga da demanda do envelhecimento na atenção básica:

(S6): “[...] porque na nossa área é muito paciente para um só médico, tem que dividir para mais de uma equipe, para dar mais assistência, mais atenção ao paciente idoso, deixa muito a desejar ainda”.

(S3): “nós não conseguimos cobrir, visitar mensalmente, consultar todos os idosos da área, por conta do número de famílias que nós temos na nossa área de atuação, pois nós temos mais de oitocentas famílias, mais de duzentos idosos”.

(S4): “[...] quando não existia essa demanda tão grande, de cobranças, de tudo, a atenção funcionava porque a gente tinha menos coisas, menos papel para preencher, era só o básico mesmo, mas hoje a média de atendimento mensal dos adultos e idosos é de 674 na nossa área [...]”.

b) Falta de ações político-pedagógicas sobre saúde e envelhecimento da pessoa idosa:

(S10): “Eu acho que é mesmo aprofundar os conhecimentos para aprender a trabalhar com o cuidador, porque isso daí, você tendo um cuidador que saiba fazer as coisas e tudo, já é uma boa ajuda na saúde desses idosos”.

(S4): “Com o idoso e com a clientela de um modo geral, eu diria que a grande dificuldade é até motivar as pessoas para chamadas tipo uma reunião em grupo, palestras, eventos, então o comparecimento é pequeno. Eu fico meio desencantado com o comparecimento [risos]”.

c) Insuficiente suporte da gestão local às equipes, para agregar às rotinas já instituídas no HIPERDIA, atividades de promoção de hábitos saudáveis:

(S9): “[...] lazer para eles, a gente tem dificuldade de botar eles para fazer caminhadas [...] eu tinha muita vontade de formar um grupo de caminhada, mas aí eles vêm e se queixam que tem muito trânsito [...] realmente essa área é muito trafegada e não dá para fazer esse tipo de lazer com eles”.

(S2): “[...] dificuldades para se encaminhar o idoso para realizar a fisioterapia aqui na atenção básica, fica difícil, mas eu acredito que isto vai depender também da equipe. Se a equipe fizer o encaminhamento [...]”.

d) Falta de uma discussão mais ampla sobre as ações de acolhimento:

(S7): “[...] eu acho que a principal dificuldade é essa relação Família-Idoso, Família-Equipe, se as pessoas se conscientizassem, não achasse que aqui a gente vai assumir o Idoso; a gente faz uma aliança com a família, fazemos nossa parte e a família deve fazer a dela em relação à responsabilidade com o idoso, mas é muito complicada essa relação Família-Equipe”.

Já no âmbito macroestrutural, os entraves apontados pelos depoentes perpassaram pelos seguintes aspectos:

a) Inadequação da estrutura físico-funcional das Unidades Básicas de Saúde que ofertavam o serviço:

(S11): “[...] no momento em que estou, é o espaço físico, é a estrutura do local. Então, o idoso precisa de um ambiente mais acolhedor; então, no momento você chega aqui e está todo mundo junto [...]”.

(S17): “[...] é o espaço aqui na unidade de saúde, nós não temos um local próprio, adequado para o dia de atendimento aos hipertensos, diabéticos, que são os idosos em geral; porque às vezes a gente quer trabalhar com eles uma orientação em saúde, um alongamento [...] Então, é a falta de espaço na própria unidade”.

(S7): “É tão interessante essa ‘coisa’ do idoso que a maioria das visitas domiciliares que são feitas pela minha equipe é em carro próprio dos funcionários, com gasolina paga pelo médico e pela enfermeira, porque o carro da Fundação nem sempre vem [...]”.

b) Falta de incentivos financeiros e materiais, para que a equipe possa desenvolver as atividades grupais com os idosos:

(S5): “a equipe faz bazar, vende alguma coisa para poder ter fundo de reserva pra desenvolver atividades, dia do idoso, dia dos pais, dia das mães; isso, só partindo da equipe; não temos o apoio logístico para realizar essas atividades”.

(S8): “[...] dificuldade de conseguir transporte na Regional para realizar atividades fora da Unidade, por exemplo, reuniões, passeios [...]”.

Esses trechos, de certa maneira, sublinham e reforçam a discussão levada a efeito nas páginas anteriores. E, ainda, a própria história da organização da atenção básica pelo agente central, onde se destaca a gestão oficial dos recursos, sejam eles financeiros, materiais ou humanos, cujo direcionamento tem priorizado o tratamento clínico da doença (as ações curativas) em detrimento das ações de prevenção de doenças e de promoção de saúde.

Nesse caso, a investida da gestão tem sido organizar a atenção básica à saúde pela lógica de corresponsabilidade dos gestores locais levando a cabo a forma de financiamento pelo Piso de Atenção Básica (PAB), mecanismo que possibilitou a expansão das equipes nos municípios. No caso de Teresina, essa expansão é visualizada no perfil e número de equipes existentes. Atualmente, são duzentas e trinta e uma equipes (231), distribuídas nas três (3) Regionais de Saúde, cuja composição responde aos parâmetros estabelecidos na PNAB (BRASIL, MS, 2006a).

O PAB refere-se ao montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações mínimas às famílias cadastradas, dentre as quais: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio; visita e atendimento ambulatorial e domiciliar da Estratégia Saúde da Família (ESF); vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; atividades dos agentes comunitários de saúde; e pronto atendimento em unidade básica de saúde etc. (BRASIL, MS, 2006a; 2001b).

Apesar disso, a atenção básica tem recebido a crítica de vários estudiosos do campo social e da saúde coletiva, assim como as vozes dos entrevistados podem ser interpretadas nesse sentido, uma vez que contrariam os princípios da estratégia ao demonstrarem que a situação do município em estudo, mesmo tendo passado por esse processo de expansão, tem diferentes limitações a serem enfrentadas para que a lógica de atenção, pelos critérios da prevenção e promoção de saúde, aconteça.

Outro aspecto que se subtrai desses discursos, seja no tocante à organização da atenção, seja em relação à prática em equipe, é a própria ideia do que seja promover o envelhecimento ativo e saudável, princípio basilar das políticas setoriais da saúde.

Os estudos têm apontado que muitos profissionais da área de saúde consideram os idosos englobados na faixa etária do adulto, resultando em inexpressiva assistência desses profissionais para as particularidades da atenção ao grupo, ou seja, para a subjetividade inerente a cada ser.

Nas práticas identificadas em outros estudos, também existem grupos educativos dirigidos a diabéticos e hipertensos, entre outros, que parecem priorizar aspectos específicos dessas doenças, o que sugere a necessidade de serviços voltados às demandas do idoso, seja em âmbito ambulatorial ou de internação. Mas, sem perder de vista a avaliação global da funcionalidade e da fragilidade desses usuários, principalmente aqueles de sessenta anos e mais (MORAES, 2008; OKUMA, 1998).

Isso é reiterado por estudos que foram desenvolvidos em países como Alemanha, Japão, Estados Unidos, Espanha, França, Suécia e Reino Unido, que já convivem há mais tempo com o fenômeno do envelhecimento. Esses demonstram que as ações devem se pautar em uma organização da oferta de serviços e de atendimentos especiais para além dos tradicionalmente prestados pela proteção social no âmbito da previdência social, assistência e saúde (EUZEBIO, 2009; BATISTA et al, 2008).

Naqueles países já existem, inclusive, serviços domiciliares de apoio aos idosos para as atividades da vida diária (rede de suporte de cuidadores). Nos países pesquisados, os custos com as obras para as adaptações das residências às necessidades das pessoas idosas são cobertos, além da oferta de incentivos para os cuidadores informais (BATISTA et al, 2008).

Essa contextualização se faz pertinente, apesar das diferenças macroestruturais daqueles países, para mostrar que a longevidade é um fenômeno mundial que impõe o grande desafio de se preparar para uma nova realidade, que exigirá mudanças amplas em toda a sociedade e certamente os programas públicos, oferta de bens e serviços, dentre outros, terão que se adequar ao novo perfil da população (KALACHE, 2008).

O Ministério da Saúde determinou em 2001, que as ações da equipe fossem planejadas, por meio do conhecimento prévio das necessidades da população e da adequação da assistência à comunidade que assiste. Isso desdobra mudanças, inclusive nas habilidades dos profissionais, uma vez que é esperado da equipe preparo para solucionar problemas, estabelecer prioridades, além de conhecer o perfil epidemiológico da população. Por isso, impõe que o serviço de saúde local se adequé às necessidades desse grupo etário.

Não queremos apenas evidenciar os entraves encontrados pelas equipes, mas a idéia consistiu em dar visibilidade às vivências em uma base concreta da ESF e, a partir dessas, aprofundar novas discussões sobre a complexa rede de interdependências socioeconômicas, políticas e ideológicas, presentes na atual Saúde da Família.

Notamos nesses depoimentos, que a assistência adequada às necessidades próprias desse grupo etário impõe uma organização do serviço de saúde local que atravessaram questões de financiamento, equipamentos e qualificação técnica para o diagnóstico epidemiológico dessa população. Nessa assistência, mesmo que a figura do profissional médico tenha sido ressaltada, quando apontaram as dificuldades relativas à consulta médica, podemos observar elementos que perpassaram por outros campos da gestão da atenção.

Em razão disso, as iniciativas de promover a saúde da pessoa idosa por uma equipe multiprofissional como parte institucional do modelo tecnoassistencial, inserido nessa complexa rede social, têm nuances contraditórias, pois, a promoção de saúde e o envelhecimento ativo e saudável, além de serem temáticas interpretadas de diferentes perspectivas, são expressões que ainda se restringem a determinados contextos, especialistas e conjunturas. Mas também admitimos e ressaltamos que existem macrolimites para uma saúde pública avançada no atual cenário político.

4.4.3 FALTA DE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE PARA LIDAR COM A DEMANDA DO ENVELHECIMENTO

Discutimos, aqui, se a equipe multiprofissional de saúde da família estava preparada para lidar com as demandas do envelhecimento e as próprias subjetividades da pessoa idosa que vem à rede básica de saúde, por entender que esse trabalho exige dos profissionais que atuam na ESF uma postura mais voltada para o coletivo.

Por outro lado, sabemos que os profissionais que hoje compõem a equipe de saúde da família são ainda preparados dentro de uma concepção que privilegia a abordagem individual, curativa e centrada no hospital. Essa circunstância tem sido apontada como um dos principais óbices à consecução da abordagem integral do cuidado de saúde das famílias e comunidades e as conseqüentes dificuldades para a reestruturação do modelo de uma atenção básica resolutiva e oportuna.

4.4.3.1 A fala da equipe sobre seu próprio preparo para cuidar da pessoa idosa

Apesar dos diferentes constructos elaborados pelos investigados sobre a questão, o que chama a atenção nas falas é o fato de os profissionais reconhecerem que não estão suficientemente preparados para atender às demandas desse público, mesmo já portando um perfil de experiências no serviço público de saúde, considerando que oitenta e oito por cento dos entrevistados tinham cinco a vinte anos de trabalho na ESF.

(S10): “eu diria que parcialmente preparado, porque na realidade as demandas vão ser muito grandes, cada vez, não tenho a menor dúvida que vai ser um profissional especializado”.

(S8): “eu acho que nós, assim, da ESF, que já fizemos tantos treinamentos, principalmente na parte de humanização, eu acho que já dá para estar mais ou menos preparado para a questão do envelhecimento”.

(S1): “[...] porque o idoso é uma pessoa bem especial, embora muitas vezes ele não tenha muitos problemas, mas é cheio de fragilidades, peculiaridades, aí a gente tem que ter conhecimentos, tem que se sensibilizar para poder tratá-lo melhor”.

(S15): “parcialmente, totalmente não, porque tem as dificuldades [...]”.

O preparo da equipe de saúde da família tem um papel importante frente ao cuidado da pessoa idosa. Este preparo para a atuação na rede básica perpassa tanto pela sua formação técnica, quanto pela sua formação como agente social. Estas duas vertentes da formação são consideradas, na educação permanente em saúde, instrumentos que podem gerar mudanças e transformações das práticas de saúde em ações que permitam a integralidade e a qualificação da atenção à saúde.

Dessa forma, a educação permanente em saúde (EPS) dos profissionais deve constituir parte do pensar e do fazer das equipes, com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional destas e, acima de tudo, organizar o processo de trabalho.

Nesse sentido, o processo de capacitação dos profissionais de saúde em seu processo de trabalho é uma vertente da EPS, que, no Brasil, coincide com o processo de implantação do SUS e, especificamente quando o modelo de atenção da Saúde da Família possibilitou o desenvolvimento de ações em equipe multiprofissional.

Do ponto de vista histórico-conceitual, as experiências de capacitação da equipe de saúde da família têm a sua origem em três perspectivas teóricas (CECCIM, 2005):

- (1) da educação popular ou da educação de jovens e adultos fundamentada nas propostas pedagógicas de Paulo Freire que ressaltam a educação a partir da problematização das vivências;
- (2) do Movimento Institucionalista em Educação fundamentado na produção de René Lourau e George Lapassade sobre a educação como elemento para a reformulação da estrutura e do processo produtivo;
- (3) e da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde como resultante dos diversos movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde.

Desse modo, pelo princípio de integralidade das ações na rede de saúde do SUS, o processo de capacitação dos profissionais deve ir além da dimensão instrumental, tendo como justificativa a própria caracterização do que seja o trabalho em equipe de saúde da família.

Com isso, a EPS tem evoluído a partir das críticas e sugestões advindas das capacitações dos profissionais da área de saúde em seu processo de trabalho, as quais têm instigado a crítica sobre a formação de cada componente da equipe multiprofissional da ESF. Essa crítica fundamenta-se, especialmente, na falta da interdisciplinaridade para a integralidade das práticas de saúde, como também para a organização do trabalho e das políticas de saúde.

Nesse sentido, Pereira; Ramos (2006) discutem o processo de capacitação dos profissionais de saúde em seu processo de trabalho numa perspectiva mais ampliada, em que a necessidade de capacitar o profissional atuante nos serviços do SUS emerge dos limites expressos na própria formação em saúde.

Segundo as autoras, a formação em saúde é uma expressão mais recente no âmbito da EPS, sendo, então, criada para designar processos históricos que dizem respeito à capacitação para e no trabalho. Nesse cenário da formação profissional, estão inseridos sentidos e concepções diversas sobre qualificação profissional.

A formação dos profissionais para o trabalho na saúde é uma questão que provém dos debates da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Nesta discussão, destacou-se a qualidade da formação dos profissionais que trabalham na rede básica de saúde. A partir disso, a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde traçou diretrizes gerais para estruturar o processo de educação dos profissionais, tomando como parâmetro a experiência das atividades dos agentes comunitários de saúde no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse processo de educação dos profissionais da equipe multiprofissional vem se consolidando na atual ESF (www.saude.gov.br/conferencias).

Apesar disso, as experiências de capacitação dos profissionais para e no trabalho em saúde têm apontado uma série de entraves decorrentes das formações técnicas, em nível de graduação e de pós-graduação dos profissionais que trabalham o cuidado na saúde.

Por isso, em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde tendo em vista deflagrar mecanismos para enfrentar essas dificuldades, ou seja, o objetivo dessa Secretaria consistia em desenvolver o processo de educação permanente dos profissionais tendo em vista a atenção integral à família e comunidade e ao fortalecimento do SUS. No ano seguinte, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), criando-se a partir dela, os Pólos de Educação Permanente em Saúde por todo o território brasileiro.

No ano de 2007, as diretrizes e estratégias da PNEPS são readequadas às normas operativas do Pacto pela Saúde pela Portaria GM/MS n. 1.996. Dentre as adequações, destacamos a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), as quais, junto com os Colegiados de Gestão Regional, se responsabilizaram pela estruturação do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde e pela implementação da PNEPS em nível regional.

Como destacou Ceccim (2005), com essa perspectiva política, o MS considera a educação permanente como ação-fim da política de saúde e não mais como atividade-meio para a qualidade do cuidado. O autor acrescenta que a EPS pode ser uma estratégia fundamental para as mudanças necessárias para a atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente dos profissionais de saúde.

Todos esses requisitos são imperiosos para a atenção à saúde da pessoa idosa, que acrescidos às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) “formação e

educação permanente dos profissionais do SUS na área de envelhecimento e saúde e a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa”, são os fundamentos para que o processo de capacitação dos profissionais de saúde que assistem a esse público seja incluído nas ações programáticas da ESF (BRASIL, MS, 2006a; 2006b; 2006c).

Esse processo ancora-se, também, no Plano de Ação Mundial para o Envelhecimento (PAME), que, no seu artigo 6º, reconhece que “quando o envelhecimento é aceito como êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas e plenamente integradas” (UNITED NATIONS, 1982). E essa perspectiva pode contribuir para a saúde e envelhecimento da pessoa idosa.

Por isso, o conhecimento sobre o fenômeno do envelhecimento não é só um requisito individual da pessoa que envelhece, mas também da sociedade e dos profissionais que assistem a esse contingente da população. Certamente, a formação em saúde como expressão da capacitação para e no trabalho com a pessoa idosa deve gerar consequências para o enfrentamento do envelhecimento na rede SUS.

No serviço de saúde pública, a capacitação para e no trabalho em equipe multiprofissional com a pessoa idosa requer aprofundamentos de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e sua contextualização com as políticas sociais, considerando a exigência cada vez mais de novas posturas dos agentes, seja na integração das ações em equipe, seja na estrutura organizacional dos serviços e na gestão da atenção.

Mas, segundo Motta; Aguiar (2007), na formação profissional em saúde, os conteúdos das disciplinas da maioria das graduações e pós-graduações, cursos de ensino médio ou técnico ainda não abordam conceitos sobre as especificidades do envelhecimento.

Segundo as autoras, o conhecimento sobre o processo de envelhecimento demanda para a formação a inclusão e o aprofundamento desse conteúdo, que contemple conceitos, como níveis de prevenção, paliativismo, terapia comunitária, bem como conceitos gerontológicos: síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidade, capacidade funcional (independência e autodeterminação). Esse conhecimento se faz necessário e imprescindível às práticas ofertadas pelos serviços básicos para a geração de pessoas de sessenta anos e mais.

Esses elementos, por si sós, já demonstram a complexidade da atenção à pessoa idosa no cenário da saúde da família. Ademais, se considerarmos que essa atenção exigirá cada vez

mais dos profissionais envolvidas capacidades para lidar com as demandas do envelhecimento, isso significará, ainda o acolhimento de “novas” competências, de “novos” olhares, que perpassam pelos distintos processos de formação - do agente comunitário de saúde ao médico.

Atitudes como essas talvez permitam o exercício da integralidade e o desenvolvimento da participação das famílias e comunidades no cuidado de saúde. Assim, as intervenções da equipe multiprofissional no cuidado de saúde da pessoa idosa possibilitam extrapolar a atenção centrada nas doenças, fragmentada e excessivamente biomédica (MOTA; AGUIAR, 2007; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003; MERHY, 2002).

As evidências de que há limites na formação profissional ficam claras nos depoimentos acima. Esses limites frente aos desafios do envelhecimento são reais não apenas para os profissionais que hoje atuam nessa estratégia, mas também para a sociedade brasileira, seja porque o trabalho na saúde vai carecer cada vez mais de cumplicidade e comprometimento para que todos unam esforços para lidar com a questão, seja pelas circunstâncias em que se encontra a saúde pública no país.

Por isso, apesar dos limites da formação para um enfoque mais social, aliado aos problemas oriundos da formatação dos programas públicos da saúde, é possível que a presença de diferentes categorias profissionais na ESF possa somar experiências, desde que sejam profissionais habilitados e bem treinados em envelhecimento humano (MOTA; AGUIAR, 2007; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003; VERAS, 2003).

Reafirmamos, assim, que a atenção à saúde do idoso requer dos profissionais o domínio de conhecimentos sobre as transformações associadas ao processo de envelhecimento, visando à manutenção da capacidade funcional do idoso para a realização das suas atividades diárias e o atendimento às necessidades básicas, uma vez que isso pode contribuir para que este mantenha ou alcance sua independência e autonomia (KALACHE, 2008; VERAS et al., 2008; MOTTA; AGUIAR, 2006; RAMOS, 2003; OKUMA, 1998; CAMPEDELLI, 1993).

Essa compreensão ressalva o compromisso que os gestores de saúde e os profissionais da equipe devem assumir frente ao cuidado da parcela idosa, caso o modelo de atenção integral às famílias por meio de um legítimo promover de saúde seja de fato implementado nas práticas de oferta e na práxis profissional sustentadas na integração ensino-serviço-

comunidade. Essa integração tem como respaldo o cuidar na perspectiva complexa e transdisciplinar de Boff (2000), de Nicolescu (2000) e de Morin (2001), na qual o ser humano passa a ser entendido como um sistema aberto e envolvido numa rede inter e multidisciplinar de saberes e práticas (NICOLESCU, 2000; JAPIASSU, 1976).

Apesar de sabermos que os profissionais que compõem a atual equipe multiprofissional da ESF terem as suas formações num contexto de ciência reducionista e de especializações fundamentadas no modelo biomédico, o próprio caráter da atenção básica impõe a capacitação permanente desse profissional, para que ele seja capaz de responder às demandas que chegam à rede de saúde. Essas demandas exigem da equipe multiprofissional a realização de práticas e a produção de saberes compartilhados, capazes de suscitar a adesão da população e de ações capazes de gerar novos sentidos nas relações entre os profissionais e os usuários (MOTA; AGUIAR, 2006; CECCIM, 2005; RAMOS, 2003).

A equipe com esse perfil deve ser uma prioridade no modelo de gestão e atenção na saúde da família, pois é a chance concreta de unir saberes na busca de soluções mais adequadas às demandas atuais da saúde da família e das pessoas idosas.

Em especial a atenção à saúde da crescente população idosa, a equipe multiprofissional bem capacitada em envelhecimento humano torna-se fundamental para a reestruturação programática dos serviços nacional e local que permeie as ações para o envelhecimento ativo e, ao mesmo tempo, deflagre medidas de intervenção na atenção básica que identifique a dependência funcional e intercorrências do envelhecimento (WHO, 2005; BRASIL, 2003; 1996; 1994; BRASIL, MS, 2006a; 2006b; 2006c).

4.4.3.2 A fala da equipe sobre o processo de capacitação em saúde e envelhecimento

A disseminação da informação fundamentada sobre o processo de envelhecimento entre os profissionais de saúde e a população em geral por ser uma das diretrizes da PNSPI deve ser também uma prioridade da ESF. Mas essa perspectiva ainda não é prioridade no sistema de saúde local, como pode ser verificado nos fragmentos dos discursos ouvidos:

(S4): “[...] houve sim, houve vários cursos, treinamentos: atenção aos hipertensos, diabéticos, mas não adiantou [...], sobre a caderneta de vacinação, aquela cadernetinha que veio para dar aos idosos, não são todos que têm, não veio para

dar pra todo o mundo [...] essa caderneta poderia até ser um instrumento para melhorar a atenção se a gente tivesse tempo para se dedicar [...]”.

(S7): “Eu vejo sempre eles (médico, enfermeira) falando aqui, mas o agente de saúde até agora, pelo tempo que eu estou trabalhando, vai completar 4 anos, eu só vi 1, que foi o da cartilha do idoso, foi o único voltado para o idoso. Porque, também, o PSF é muito voltado por política determinada, infelizmente ainda funciona assim, quer dizer, o MS focaliza e tem equipe que só trabalha em cima do foco, mas o leque de trabalho é grande [...]”.

(S4): “[...] não houve assim um curso específico. Hoje, eu e a enfermeira, nós estamos fazendo aquele curso de aperfeiçoamento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, é um curso a distância ministrado pela FIOCRUZ”.

(S5): “[...] tanto que nós fizemos o curso de saúde da família e pouco se falou sobre a atenção ao idoso, só foi mais nos programas mesmo”.

Quando os depoentes revelam que houve treinamentos relacionados à atenção ao idoso do HIPERDIA, abrangendo parte da equipe (médicos e enfermeiros), mas, nesse mesmo processo, houve também falta de logística para a continuidade das ações, reforçam o pensamento anterior de que as ações são desarticuladas. Pois, os treinamentos deveriam abranger a equipe e não somente alguns elementos.

Apesar de os sujeitos demonstrarem que o instrumento da PNSPI pode se constituir em um elemento facilitador para as atividades programáticas caso a equipe se dedique à sua implementação, podemos inferir que as suas percepções sobre a capacitação para lidar com o envelhecimento e a pessoa idosa estão mais no plano do discurso oficial, de como deveria ser o processo e quais condutas se adotariam nas rotinas do serviço, destacando a contribuição que poderia advir dessa prática. Isso foi evidenciado nos depoimentos:

(S1): “Sim. Porque a pessoa capacitada tem toda condição de desempenhar com mais desenvoltura e atender melhor às necessidades do idoso. Nesta faixa etária, são frequentes os distúrbios de audição, déficit de memória e confusão mental. A abordagem deve ser feita centrada no idoso, dirigindo-se a ele, ouvindo, respeitando suas colocações. Os profissionais devem buscar desenvolver a confiança, diminuir a ansiedade... de acordo com as necessidades pessoais... às vezes, é necessário recorrer ao cuidador para obter informações...”.

(S5): “[...] já começaram... a gente já teve treinamento sobre violência contra o idoso; a sexualidade, DSTs... então, aos poucos, eles vão introduzindo o treinamento para lidar com os idosos, mas a política mesmo, para ter geriatra para tratar mesmo... porque a gente sabe que tem doenças que são somente dos idosos...”.

A nosso ver, o fato de a capacitação do profissional no âmbito do modelo técnico-assistencial dar maior ênfase aos Programas, de um lado, pode se restringir às metas para a produção de procedimentos, de outro, pode comprometer a habilitação exigida para o trabalho com os idosos que deve ir além dos requisitos normativos e tecnológicos.

Não obstante o trabalho em saúde exigir uma organização das ações mediada pelo processo de educação permanente dos profissionais, seja ele a partir de capacitação, aprimoramento, treinamentos, dentre outros métodos, alguns especialistas têm delatado a falta de habilidades e competências dos profissionais que lidam com o usuário idoso (MOTTA; AGUIAR, 2007; VERAS et al, 2005; VIEIRA et al, 2005).

Esse fato respinga no processo de gestão dos recursos humanos da formação ao exercício profissional, na área de geriatria e gerontologia social, que, por sua vez, desencadeia a ausência, ou mesmo, as formas desarticuladas como essas atuações vêm ocorrendo no bojo da saúde da família para a atenção ao idoso.

No caso do setor de saúde ainda existe a história da negligência de políticas para recursos humanos, assim como as políticas públicas são centralizadas, ditadas por setores financeiros dos governos, onde as políticas setoriais estão confinadas a um papel de implementação e interpretação das diretrizes nacionais (PAULA, 2005).

Além da não valorização do papel dos profissionais com suas formações específicas diferentes das metas políticas e operacionais do sistema de saúde, tais questões são distintas do foco das reformas setoriais e isso, seguramente, influencia a eficiência, a eficácia e a equidade das ações propostas (FORTUNA et al., 2002).

Registramos ainda que as particularidades das relações entre trabalho e educação na conjuntura política do nosso país não se restringem apenas à questão da formação tecnicista do profissional da área de saúde. A crítica a essa formação é pertinente pela urgência de se fazer valer os princípios constitutivos para uma atenção integral a todos de cada ciclo vital, mas antes há urgência em se resolver os desajustes sociais causados pelas iniquidades que se colocam de maneira inexorável no plano macroeconômico e político.

Entretanto, concordamos com os autores que defendem a atenção à população idosa em bases interprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais. E, seguramente, para isto acontecer, se faz necessário investir na formação de profissionais nos diferentes níveis, desde a graduação, pós-graduação, treinamentos em serviços, além do desenvolvimento de pesquisas na área da gerontologia social.

CONCLUSÃO

Concluímos, nesta tese, que a atenção à saúde da pessoa idosa que demandava as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir do cotidiano das vivências da equipe de saúde da família, fazia parte do processo de implementação de ações do HIPERDIA e de incipiente planejamento para a implantação e implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e seus instrumentos.

As percepções dos agentes sociais envolvidos naquela vivência foram nortes para problematizarmos o cenário das práticas de saúde realizadas em equipe multiprofissional e para compreendermos que os significados e sentidos das ações as configuravam, de um lado, como práticas que priorizavam o tratamento das doenças crônicas; por outro lado, as mesmas ainda não agregavam as ações de promoção de saúde.

Constatamos que, pelo desenho metodológico adotado para a análise das dimensões: práticas de saúde ofertadas nas unidades básicas, processo político-institucional de organização da atenção e processo de trabalho em equipe multiprofissional, bem como a capacitação dos profissionais para essa demanda, houve mais limites do que possibilidades nesse modelo de assistência centrado na família e seu entorno, para uma atenção à saúde e bem-estar da pessoa idosa.

Na dimensão das práticas de oferta, as consultas médicas, as consultas de enfermagem, as visitas domiciliares e os procedimentos de saúde oral eram parte das ações programáticas do HIPERDIA. Quanto às ações de educação em saúde, foram destacadas apenas reuniões mensais com os grupos de hipertensos e diabéticos. Ressaltamos que a programação desta prática acontecia de forma heterogênea entre as áreas investigadas, ou seja, cada equipe organizava a sua proposta. Outro aspecto a ser destacado foram as ações de prevenção referentes à vacinação dos idosos nas campanhas ou nas visitas domiciliares aos acamados.

Sobre a dimensão político-institucional da organização da atenção à saúde da pessoa idosa, foi observado que o HIPERDIA se constitui na porta de acesso aos serviços desenvolvidos pela ESF, nas UBS. Averiguamos, também, que esse processo vem acontecendo desde a adesão do município, em 2002, aos programas de controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Este acesso para o cuidado de saúde, por meio do trabalho da equipe de saúde da família, foi amplamente referido nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, ou seja, as percepções dos profissionais sobre a organização da atenção aos idosos pelos programas de controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus foram contundentes e muito densas.

De acordo com base de dados do SIAB, a cobertura da população idosa do município de Teresina em relação às ações do HIPERDIA, pelo cotidiano das vivências das equipes de saúde da família, correspondeu em 2009-2010, a aproximadamente 95%. Ressaltamos, ainda, que a ESF está presente em todos os municípios do Estado do Piauí, perfazendo mais de 93,3% de cobertura da população total.

Apesar dessa cobertura e do anteparo legal ao envelhecimento ativo, saudável e autônomo, para que esse idoso que chega à rede básica do SUS seja acolhido, cuidado, e tenha seu vínculo garantido pela relação equipe-família ao longo do tempo, os resultados demonstraram que, à época da pesquisa, a Gestão de Atenção Básica, da Fundação Municipal de Saúde, tinha implantado, até então, apenas a capacitação das equipes sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; o repasse das mesmas entre as equipes, para que estas distribuíssem aos Idosos cadastrados nas áreas adscritas às UBS, das Coordenadorias Regionais de Saúde; e o monitoramento dessa ação.

Com base nisso, observamos que, neste município, a construção de uma proposta de atenção baseada nas políticas que ancoram o envelhecimento e a pessoa idosa, em especial a de saúde que almeja o envelhecimento ativo e saudável, encontrava-se num estágio elementar, com improvisação de ações para atenderem somente as doenças mais referidas pelos idosos.

Em relação à dimensão do trabalho em equipe multiprofissional, que, por sua vez, se articulava com as outras dimensões, seja no processo político-institucional para a organização das práticas de oferta, seja na capacitação dos profissionais para e no trabalho com os idosos, observou-se que as práticas de saúde eram fragmentadas e descontínuas, tendo um trabalho em equipe frágil, em razão das limitações apresentadas no cotidiano das vivências. As limitações microestruturais da rede básica de saúde deverão, sem dúvida, ser enfrentadas pela gestão local, e as macroestruturais deverão ter continuidade na pauta do debate sobre a integralidade das ações.

Quanto à dimensão da capacitação dos profissionais para lidar com a demanda do envelhecimento por estar diretamente relacionada ao trabalho em equipe multiprofissional, os obstáculos se imbricam, pois, mesmo já tendo havido diversos treinamentos das equipes para o cuidado integral e integrado à saúde da família, ficou evidente a falta de capacitação dos profissionais acerca da saúde e envelhecimento da pessoa idosa.

Essa questão guarda relação direta com o despreparo das instituições formadoras não somente em relação ao cuidado da pessoa idosa, mas sobretudo ao cuidado integral das famílias, pois, sabemos que essa lacuna tem ocasionado implicações para o exercício multiprofissional e a interdisciplinaridade das práticas em equipe que atravessam a formação centralizada na atenção fragmentada e direcionada ao tratamento das doenças.

Embora a composição heterogênea da equipe em termos de saberes e práticas possa vir a ser um elemento favorável ao trabalho em equipe na ESF, observamos, neste estudo, que a hierarquização das práticas e a valoração de umas em detrimento de outras, como decorrência da formação para e no trabalho em saúde, também se apresentaram como obstáculos ao exercício da integralidade do cuidado e ao desenvolvimento da participação da pessoa idosa no cuidado recomendado pelo SUS.

Depreendemos do exposto que, apesar dos chamamentos dos especialistas em gerontologia social e dos cientistas sociais para o fenômeno do envelhecimento, o sistema de saúde do município ainda terá um longo caminho a percorrer para que a atenção à saúde da pessoa idosa pelo paradigma da avaliação multidimensional que inclui, além do tratamento das doenças crônicas prevalentes, a promoção de saúde e a prevenção de agravos, possa, de fato, acontecer.

Não se pode negar que já houve alguma mobilização dos agentes sociais para o impacto do envelhecimento e as consequentes demandas da geração idosa para o sistema de saúde local, quando se percebeu que havia oferta de serviços nas UBS, por meio de uma equipe composta por médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, mas a lógica dessa oferta continua sendo o atendimento individual realizado pelos profissionais de nível superior. E isso, por si só, já desmonta a tese da “interdisciplinaridade” de saberes e práticas exigidos para a integralidade das ações, como determinam as leis infraconstitucionais da saúde pública brasileira.

Apesar do município de Teresina, por meio da FMS portar um projeto político institucional de Gestão Plena que vem sendo implementado a partir de ações sanitárias, em bases territoriais e gestão descentralizada, com vistas ao fortalecimento do poder público no sistema de saúde local, e da franca expansão da ESF como eixo estruturante da rede básica de saúde, na dinâmica do cotidiano dos serviços de saúde prevalecem as ações do modelo tecnoassistencial.

Essa configuração pode estar associada à supremacia estruturante do modelo tecnoassistencial para a assistência na saúde pública, pois, observamos que, mesmo com alto nível de cobertura da ESF, em termos de serviços ofertados pelas equipes, esse projeto requer uma análise mais densa por parte dos agentes sociais envolvidos em relação às dimensões discutidas nesta tese, tanto no que tange às reais possibilidades da Estratégia de Saúde da Família para a atenção à saúde da pessoa idosa, quanto no tocante aos limites da organização institucional dessa atenção, do uso dos serviços, do sistema de referência e contrarreferência; além da própria complexidade na assistência básica dessa nova demanda.

Essa complexidade da atenção básica na rede SUS, em relação à demanda da pessoa idosa, articula-se com a tese do envelhecimento contemporâneo e suas conseqüentes implicações sócio-políticas, que têm desafiado as políticas de seguridade social, exigindo, portanto, da sociedade brasileira e sistemas de saúde novos olhares e ajustes no campo econômico, político e social.

No cenário da rede SUS, outra questão que, sem dúvida, precisa de mais reflexão diz respeito ao modelo de gestão e atenção, que impõe a essa equipe multiprofissional da Saúde da Família, absorver novas atribuições para dar conta de mais uma questão social: a demanda do envelhecimento e da pessoa idosa pelo serviço. Em decorrência dessa estruturação do sistema de saúde, fica cada vez mais difícil para a equipe abarcar o conjunto de ações determinadas pela PNSPI, que seja capaz de permear a avaliação multidimensional da capacidade funcional como o paradigma de atenção básica: promoção-prevenção-tratamento-reabilitação.

Diante disso, talvez uma das alternativas no nível microestrutural do sistema de saúde local seja a de ampliar a equipe multiprofissional, com base na proposta de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que defende a inclusão de profissionais de outros campos do conhecimento.

Contudo, reconhecemos que o acesso a bens em saúde esteja fortemente atrelado a um conjunto de valores, crenças e ideais sedimentados na racionalidade médica, na qual a cultura assistencial, ainda forte no país, se caracteriza pela prática médica voltada para a abordagem biológica e intra-hospitalar, associada a uma utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes, apresentando cobertura e resolutividade baixas e com elevado custo. Esta constatação encontra-se amplamente difundida nos estudos nacionais e internacionais, nos quais os estudiosos admitem que a saúde pública brasileira tem um cenário historicamente

marcado por um modelo de assistência curativista e hospitalocêntrico, cujo cerne é a consulta médica e o acompanhamento clínico das enfermidades.

Apesar desse cenário, para alguns estudiosos, o modelo biomédico já sofreu rupturas no seu desenvolvimento a partir do momento em que os agentes sociais começaram a inserir alterações na atenção básica/ primária, por meio da atuação das equipes multiprofissionais em áreas de maior vulnerabilidade.

Mas, por outro lado, no Brasil e em vários países da América Latina, as iniquidades sociais acabam prevalecendo e, com isso, a participação da promoção de saúde no desenvolvimento social e econômico do país quase inexistente. Mesmo assim, Sousa; Hamann (2009), Traverso-Yépez (2007) e Souza; Grundy (2004) endossam que as ideias da promoção de saúde advindas da I Conferência Internacional em Alma-Ata e seu slogan “Saúde para todos...” têm influenciado diretamente a elaboração do arcabouço teórico do modelo de Vigilância à Saúde, fazendo-se presente junto ao projeto que visa converter a ESF em modelo oficial da rede básica do SUS.

Algumas características da ESF e sua lógica de atenção podem favorecer a integração entre a comunidade e as equipes. Por sua vez, as atividades desenvolvidas pelas equipes (se regidas a partir das diretrizes constitucionais) podem induzir a um maior envolvimento e articulação com a comunidade, induzindo o reconhecimento das capacidades criativas, propositivas e gerenciais das comunidades adscritas, que podem ser demonstradas continuamente, por meio de inúmeros movimentos e iniciativas próprias, que estimulem democraticamente a participação popular, remetendo ao conceito de envelhecimento ativo e saudável, que constitui um eixo central da promoção de saúde da pessoa idosa.

Mas, neste estudo, alguns pontos cruciais foram evidenciados a partir da análise dessas dimensões, que contradizem essas proposições conceituais e metodológicas da ESF, acima mencionadas, que podem estar também atreladas à sobrecarga que a demanda da geração idosa tem propiciado ao processo de trabalho das equipes de saúde da família, como também ao predomínio do modelo de atenção com práticas fragmentadas, excludentes e excessivamente biomédicas, além da hierarquização equivocada dos níveis de complexidade da atenção, que pode responder pela baixa continuidade do cuidado, pouca valorização das dimensões sociais e subjetivas e de autonomia dos usuários idosos.

A fragmentação e hierarquização do sistema podem ser vistas como elementos que têm dificultado as ações já implantadas para os idosos do HIPERDIA, como argumentaram os sujeitos pesquisados sobre uma série de empecilhos quanto à realização das atividades programáticas. Esta situação pode favorecer insuficiente suporte às demandas da geração idosa, ineficaz interdisciplinaridade do trabalho em equipe, além de resposta insatisfatória dos serviços ofertados para os problemas dos usuários destes programas.

A atenção à saúde da pessoa idosa, com fraco desempenho de ações direcionadas às suas necessidades, já apontado em outras pesquisas, perpassa, também, por diferentes e complexos aspectos conjunturais. Estes atravessam as próprias dinâmicas de princípios e conceitos operacionais da saúde da família, ordenadora da rede básica, e suas contradições de natureza político-ideológica ou conceitual que, seguramente, têm se manifestado no decurso da descentralização do SUS em nível nacional, relacionados ao próprio contexto do sistema de saúde brasileiro, como também, as dificuldades para integrar institucionalmente ensino-serviço-comunidade, a partir de práticas sanitárias inter e multidisciplinares.

Porém, um dos mais complexos ainda, segundo Faleiros (2007), seja o usufruto do que dispõe o aparato jurídico-formal, a Constituição de 1988 e a legislação nacional para o envelhecimento e a pessoa idosa. Trata-se aqui da defasagem entre o legal e o real.

Não resta dúvida de que o projeto neoliberal que se amplia por quase todos os países e vem se reafirmando no Brasil tende a acirrar as iniquidades sociais entre os excluídos da Seguridade Social. Os idosos ampliam esse contingente, pois, dentre outras desigualdades, têm oportunidades restritas na saúde da família como estratégia de atenção para envelhecimento mais ativo e saudável.

Com essas evidências, retomamos a interrogação que conduziu a discussão do nosso objeto: se as ações realizadas pelas equipes de saúde da família para o cuidado da pessoa idosa, como estratégia coletiva e política para o enfrentamento do processo de envelhecimento garantiam a assistência à saúde dessa população. Podemos afirmar, no presente, que não. Pois, para isso acontecer, têm-se múltiplos desafios a serem enfrentados pelo Estado, sociedade, família e sistema de saúde.

Como destacou Euzébio (2009, p.80), “o desafio mais imediato a ser enfrentado pelo país será o de incluir na rede de proteção social milhões de trabalhadores que estão na informalidade, os quais sem direito aos benefícios previdenciários, eles cairão na assistência

social”. Deduzimos, então, que não é um desafio somente da saúde, mas da assistência e, também, da previdência social.

E nas reflexões sobre uma questão multifacetada como a do envelhecimento contemporâneo, que envolve as relações entre alongamento da vida, proteção social e desenvolvimento econômico e social, não há espaço para prescrições de soluções ingênuas às dramáticas transformações demográficas que ocorrem em nível planetário.

Por isso, o rigor que tentamos imprimir nas interpretações e explicações das questões levantadas ao longo do nosso trabalho teórico e empírico numa sinergia entre os discursos e as vivências dos agentes sociais envolvidos na atenção à saúde da pessoa idosa deste município, foi movido pelo fértil e atual debate sobre o envelhecimento e o incremento das desigualdades econômicas, sociais e culturais determinantes desse processo.

Podemos dizer, ainda, com base na citação de Bobbio (1992) que introduz este texto, que os entraves hoje aos direitos sociais não estão nas garantias (leis infraconstitucionais), uma vez que o envelhecimento como questão social tem amplo arcabouço normativo, mas sim na vontade sócio-política (gestora das ações de atenção básica) em transfigurar essas garantias em práticas reais e efetivas.

Arretche (2001) traz uma ponderação que corrobora com o posicionamento anterior. Segundo a autora, “a incongruência de objetivos, interesses, lealdades e visões de mundo entre agências formuladoras e a gama diversa de implementadores implica que dificilmente um programa atinja plenamente seus objetivos e que seja implementado inteiramente de acordo com seu desenho” (p.10).

Ainda de acordo com a autora, esse fenômeno pode ocorrer mesmo em políticas públicas em que a sua implementação não suponha uma ação integrada entre os diversos níveis de gestão, pois essa contradição se deriva da própria complexidade de um processo de implementação de políticas.

Isso porque, de nosso ponto de vista, concordando com a autora, há funções estruturais constitutivas do Estado no campo da política econômica que estão hierarquicamente à frente das funções no campo da política de seguridade social, aqui a da saúde da família.

Pois, mesmo que tenha havido avanço no modelo assistencial, após a criação da Estratégia de Saúde da Família, com suas normas e técnicas capazes de contribuir para as garantias de saúde e do envelhecimento ativo da população ou para maior continuidade das

ações, o SUS tem demonstrado empuxe para constituir-se e para sobreviver, nessa paradoxal situação em que se encontra a saúde pública brasileira, situação esta, propagada cotidianamente pelos usuários e pelas manchetes midiáticas quanto aos impasses da atenção neste setor.

A questão requer, certamente, mais debates, mais estudos sobre fatores do contexto político-organizacional da Estratégia de Saúde da Família, fatores estes, relacionados aos agentes que implantam e implementam as ações e serviços na rede SUS de Teresina, para que a atenção básica seja capaz de responder às demandas da pessoa idosa.

Além disso, os agentes dos três entes federativos responsáveis pelo sistema público de saúde precisam avançar no debate sobre esse paradigma da atenção integral, integrado à saúde das famílias, tentando resolver as ambiguidades discursivas e pragmáticas, que têm permitido o modelo biomédico se consolidar para além do conveniente e do necessário.

Finalmente, enfatizamos que as perspectivas ainda são muito tênues para a assistência à saúde da pessoa que envelhece, pois, o incremento da longevidade entre os brasileiros não se fez acompanhar de uma estrutura social capaz de permitir a vida com qualidade.

REFERÊNCIAS

ADLER, N. **Behavioral and social sciences research contributions** in NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health, October 23-24, 2006 NIH Campus, Bethesda, Maryland. Disponível em: <http://obsr.od.nih.gov/news_and_events/conferences_and_workshops/HealthDisparities/presentation.html> Acesso em: 27 set. 2010.

AGUILLAR, M. J; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

ALENCAR, M. S. S. **A educação nutricional aportando dimensões sócio-políticas pra um envelhecer bem-sucedido: vivências do Programa Terceira Idade em Ação/ UFPI**. Teresina, 2006. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Piauí.

ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.4, p.905-925, 2002.

ALMEIDA, M. C. P; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo novas autonomias no trabalho. **Interface – Comunicação, Educação e Saúde**, v.5, n.9, p.150-153, 2001.

ALMEIDA, V. L. V. Modernidade e velhice. **Serviço social & sociedade**, ano XXIV (especial), n.75, p.35-54, 2003.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ARRETCHE, M. T. S. Uma contribuição para fazermos uma avaliação menos ingênua. In: BARREIRA, M. C. R. N; CARVALHO, M. C. B. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC/SP, 2001.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, Interdisciplinaridade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.

BASSIT, A. Z; WITTER, C. Envelhecimento: objeto de estudo e campo de intervenção. In: WITTER, G. P. (org.). **Envelhecimento** – referenciais teóricos e pesquisas. Campinas, SP: Alínea, 2006; cap. 1, p.15-31.

BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BARROS, M. M. L. et al. **Velhice ou terceira idade?** 3ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2003.

BATISTA, A. S. et al. **Envelhecimento e dependência**: desafios para a organização da proteção social. Brasília: MPAS, SPPS, 2008. Coleção previdência social, v. 28.

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

BERELSON, B. Content analysis. In: **Communication Research**. New York: University Press, 1952.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOFF, L. **A voz do arco-íris**. Brasília: Letra viva, 2000.

BÓS, A. J. G. Características fisiológicas do processo de envelhecimento. In: BUSNELLO, F. M. **Aspectos nutricionais no processo de envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 1, p.3-8.

BORGES, A. P. A; COIMBRA, A. M. C. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

BORGES, M. C. M. O idoso e as Políticas Públicas e Sociais no Brasil. In: VON SIMSON, O. R. M; NERI, A. L; CACHIONI, M. (orgs.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. São Paulo: Alínea, 2003; p. 32-57.

BOSI, E. **Memória e sociedade** – lembranças de velhos. 12ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. RIPSAs. **Indicadores e Dados Básicos** – IDB Brasil, 2008. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 27 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006b. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** e determina outras providências. Disponível em: <<http://www.ciape.org.br/PolíticaPIIdosa2528.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. MS/SAS/DAB: Ministério da Saúde, 2006c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos/Caderno de Atenção Básica, n.19).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento**. Brasília, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ed Ministério da Saúde; 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade. Caderno de atenção básica n.12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). **Caderno de atenção básica n.15**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006g.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. **Caderno de atenção básica n.16**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006h.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção a Saúde. **Principais momentos do Programa Saúde da Família no Brasil**. Informe de Atenção Básica, n. 21, mar/abr, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: MS, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso. **Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01**. Portaria MS/ GM n. 95, de 26 de Janeiro de 2001. Brasília: MS; 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS; 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 237-E, 13 dez. 1999. Seção 1, p.22-24.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 196/96. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do idoso**. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicação, 2003. 63 p. Disponível em: <<http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/70326>>. Acesso em: 30jan. 2008.

_____. Decreto 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 jul. 1996. Seção 1, p.77-9.

_____. Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a **Política Nacional do Idoso**, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2008.

_____. Lei Orgânica de Saúde - Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Congresso Nacional, 19 set. 1990.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas; 1988.

BRUNS, M. A. T. O desejo tem idade? In: _____; DEL-MASSO, M. C. S. (orgs.). **Envelhecimento humano: diferentes perspectivas**. São Paulo: Alínea, 2007; p.23-33.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003; p.15-38.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.166-177, 2000.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.773-781, 2003.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002; p.58-71.

CAMARANO, A. A.; GHAOURI, S. K. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: _____ (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999, p.281-304.

CAMPEDELLI, M. C. Atuação da enfermagem em geriatria e gerontologia. **Rev. Paul. Hosp.**, v.31, n. 9/10, p.198-200, 1993.

CAMPOS, F. E; CHERCHIGLIA M. L; AGUIAR R. A. T. Reflexões sobre saúde da família no Brasil: desafios e oportunidades. **Rev. Brasileira de saúde da família**, v.2, n.5, p.71-79, 2002.

CARDOSO JÚNIOR, J. C. Estado e (des)proteção social no Brasil: a crise do modelo Bismarckiano-contributivo. **Rev. Econômica do Nordeste**, v.37, n.4, p.455-470, 2006.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.

CAVAROZZI, M. **De la Convivencia a la Desintegración: Ciudadanías y Políticas Sociales en América Latina**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, v.9.n.16, p.161-168, 2005.

CERVATO, A. M. et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Rev. Nutr.**, v.18, n.1, p.41-52, 2005.

COBURN, D. Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. **Social Science & Medicine**, v. 58, p.41-56, 2004.

_____. Income Inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neoliberalism. **Social Science & Medicine**, v.51, p.135-146, 2000.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela Reforma Sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.343-362, 2004.

_____. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 2001.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração Alma-Ata.

DESLAURIERS, J. P; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART et al. **A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008; p.127-153.

DRAIBE, S. M. As Políticas Sociais Brasileiras: Diagnóstico e Perspectivas. In IPEA/IPLAN **Para a Década de 90 – prioridades e perspectivas de políticas públicas**. Brasília: IPEA/IPLAN, 1990; p.1-66.

ECKERDT, N. S et al. Percepção da estratégia saúde da família em um município do interior do Rio Grande do Sul: da fala da equipe ao eco das famílias. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.45-59, 2008.

ELIAS, N. **Os estabelecidos e os outsiders**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

ENGEL, G. **The need for a new medical model: a challenge for Biomedicine**. Science. v. 196, n. 4286, p.129-136, 1977.

EUZEBIO, G. L. O envelhecimento da população brasileira tem um país de cabeça branca. **Desafios**. Seguro social, p.78-80, 2009.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.669-681, 2006.

FALEIROS, V. de P. Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos. In: NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007. p.153-167.

FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.6, p.1079-1095, 2010.

FERNANDES, F; LUFT, C. P; GUIMARÃES, F. M. **Dicionário brasileiro globo**. 15ed. São Paulo: Globo, 1990.

FERRARO, A. R. Neoliberalismo e políticas sociais: a naturalização da exclusão. **Estudos Teológicos**, v.45, n.1, p. 99-117, 2005.

FORTUNA, M. C. et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Rev. Saúde em Debate**, v.26, n.62, p.272-81, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, E. V. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY, L. et al (org.). **Tempo de Envelhecer** – percursos e dimensões psicossociais. Nau Editora: Rio de Janeiro, 2004; p.19-38.

FRIED et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J. Gerontology**, v.56 n.3, p.146-156, 2005.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS. **O SUS e você**. Teresina: Fundação Municipal de Saúde, 2010.

_____. Gerência de Atenção Básica/ FMS. Controle de estoque Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, Teresina-Pi. **Relatório 2009**. Teresina: GEAB/ FMS, 2009.

_____. **Projeto Municipal de Expansão do Programa Saúde da Família/PROESF**. Teresina: Fundação Municipal de Saúde, 2003.

GERSCHMAN, S; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde no século XX. **Rev. Brasileira Ciências Sociais**, v.21, n. 61, 2006.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

HABICHT, J. P; VICTORA, C. G; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **Int. J. Epidemiol**, n.28, p.10-18, 1999.

HÉBERT, R. Functional decline in old age. **Canadian Medical Association Journal**, v.157, n.8, p.1037- 1045, 1997.

[HTTP://www.cbgg2010.com.br](http://www.cbgg2010.com.br)

[HTTP://bvсарouca.icict.fiocruz.br/sanitarista](http://bvсарouca.icict.fiocruz.br/sanitarista)

[HTTP://www.teresina.pi.gov.br/portaIpmт](http://www.teresina.pi.gov.br/portaIpmт)

[HTTP://hiperdia.datasus.gov.br](http://hiperdia.datasus.gov.br)

[HTTP://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php)

[HTTP://www.redehumanizasus.net](http://www.redehumanizasus.net)

[HTTP://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sIab/cnv/SIABPpi.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sIab/cnv/SIABPpi.def)

[HTTP://www.saude.gov.br/conferencias](http://www.saude.gov.br/conferencias)

HUERTAS, F. **Entrevista com Carlos Matus**: o método PES. São Paulo: FUNDAP, 1996.

IBGE. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

Estimativa população 2009. Disponível

em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009>> Acesso em 21set. 2010.

_____. **Contagem da população 2007**. Disponível

em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007>> Acesso em: 21set. 2010.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais: Série Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica**, número 17; 2005.

_____. **Resultado da amostra censo demográfico: 2000/IBGE**. Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais: 2003/IBGE**. Departamento de População e Indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

_____. **Censo 2000/IBGE**. Departamento de População e Indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/censo/divulgacao_internet.shtm> Acesso em: 27set. 2010.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JUNGES, J. R. Direito à saúde, biopoder e bioética. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.13 n.29, p.285-295, 2009.

KACHAR, V. **Terceira idade e informática, aprender revelando potencialidades**. São Paulo: Cortez, 2003.

KALACHE, A. The world is ageing: a pact of social solidarity is an imperative. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1107-1111, 2008.

KATZ, S. et al. Studies of Illness in the Aged the Index of ADL: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. **The Journal of the American Medical Association**, v.185, p. 914-919, 1963.

KRELING, N. H. Os Idosos e as novas evidências nas relações com a família e com o trabalho. In: WILTGEN, R. S.; GARCIA, L. S. (coord.). **Transformações do mercado de trabalho metropolitano**; 2002, p.97-120.

KRIEGER, N. A Glossary for social epidemiology. **J. Epidemiology Community Health**, v. 55, p.693-700, 2001.

LALONDE, M. **A new perspective on health of Canadians**. Ottawa information. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.

LAURELL, A. C. A saúde e a doença como processo social. In: NUNES, E. D. (org). **Medicina social: Aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983, p.133-158.

_____. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 2002.

LAWTON, M. P; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, Oxford, v. 9, n. 3, p.179-186, 1969.

LEBRÃO, M. L; DUARTE, Y. A. O. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas? In: NERI, A. L. et al. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007; p.191-207.

LEVCOVITZ, E. **Transição x Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS – um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde de 1974/1996**. Rio de Janeiro, 1997. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde - a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2007.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3 p.735-743, 2003.

LOPES, A. **Os desafios da gerontologia no Brasil**. Campinas, SP: Alínea, 2000.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO, 2001; p.66-92.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MEDEIROS, S. A. R. O lugar do velho no contexto familiar. In: PY et al. (orgs.) **Tempo de envelhecer – percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004; p.185-200.

MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MERHY, E. E. **Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade**. 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas** (Prefácio). São Paulo: Hucitec, 2001; p.21-44.

MORAES, E. N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: BORGES, A. P. A; COIMBRA, A. M. C. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 2008; p. 151-176.

MOREIRA, M. M. O envelhecimento da população brasileira em nível regional: 1940 – 2050. In: XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. **Anais**, p. 3030 –3124. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1998.

MORIN, E. **A religação dos saberes**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MOTA, L. B; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade, intersectorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p.363-372, 2007.

NASCIMENTO, A. Não há como comparar participação das mudanças no modelo econômico. Rio de Janeiro: **Radis/FIOCRUZ**, 2002.

NEGRI, B. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

NERI, A. L. et al. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007.

NERI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001.

NICOLESCU, B. **Manifesto da transdisciplinaridade**. Brasília: UNESCO, 2000.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. São Paulo: Papirus, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE (OPAS). **Saúde nas Américas: 2007**. Washington, D.C.: OPAS, © 2007– 2v. (OPAS, Publicação Científica e Técnica n. 622).

_____. **Promoción de la Salud: una antología**. Washington, D.C.: OPAS, © 1996. (OPAS, Publicación Científica n. 557).

PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, 2000.

_____. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299-316, 1998.

PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. v. 45, n.1, p.36-49. **RAE-debate**, 2005.

PEREIRA, I. B; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, P. A. P. Políticas de satisfação de necessidades no contexto brasileiro. In _____. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez; p.125-187, 2007.

_____. Questão social, serviço social e direitos de cidadania. **Revista Temporalis**. Ano. 2, v.3, p.51-61, 2004.

PERES, E. M. O programa saúde da família no enfrentamento das desigualdades sociais. **Revista Aquichan**. Ano 7, v.7, n.1, p.64-76, 2007.

PIAUI. Secretaria de Planejamento. Fundação Centro de Pesquisas Econômicas e Sociais do Piauí. **Piauí em números**. 7ed. Teresina: SEPLAN, 2008.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.793-797, 2003.

_____. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et.al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002; p.72-78.

RAMOS et al., Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v.8, p.313-323, 1993.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). **Informe de situação e tendências: demografia e saúde/RIPSA**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

ROCHA, G. S.T et al. Indicadores de saúde do Piauí/ 2002-2009. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Rev. Piauí Saúde**, n.2, p. 3-32, 2010.

SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1989.

SIGERIST, H. The Social Sciences in the Medical School. In: **The university at the crossroad**. (H. Sigerist), New York: Henry Schumann Publisher, 1960.

SILVA, J. M; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.6, p.1187-1193, 2010.

SILVA, M. O. S. Proteção Social no Brasil e na América Latina. (Editorial). **Rev. Políticas Públicas**, v.13, n.1, p.9-10, 2009.

_____. O padrão de Proteção Social e a reforma das políticas sociais no Brasil. **Rev. Políticas Públicas**, v. 4, n. ½, 2000.

SILVA et al. **O comunidade solidária: o não-enfrentamento da pobreza no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2001.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo; Hucitec, 2001.

SILVESTRE, J. A; COSTA NETO, M. M. Approach to the elderly in family health programs. **Cad. Saúde Pública**, n.19, v.3, p.839-847, 2003.

SIQUEIRA, M. E. C. Velhice e Políticas Públicas. In: NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007. p.209-223.

SOUSA, M. F; HAMANN, E. M. Family Health Program in Brazil: an incomplete agenda? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, supl. 1, p.1325-1335, 2009.

SOUZA, E. M; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1354-1360, 2004.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre a democracia e reforma sanitária. In _____. (org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

TEIXEIRA, S. M. Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. **Revista Katálysis**, v.10, n.2, p.154-163, 2007.

_____. **Envelhecimento do trabalhador no tempo do capital: problemática social e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira contemporânea**. São Luís, 2006. [Tese de doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão.

TRAD, L. A. B; BASTOS, A. C. S. The sociocultural impact of the Family Health Program: an evaluation proposal. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.2, p.429-435, 1998.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexos em torno da política nacional. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.11 n.22 p.223-38, 2007.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p.507-514, 2005.

_____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

UGÁ, M. A. D. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. In: GERSCHMAN, S; VIANA, M. L. W. (org.). **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003; p.81-99.

UNITED NATIONS. U. N. **Vienna International plan of action on ageing**, 1982. Disponível em <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/vienna_intlplanofaction.html> Acesso em: 31ago. 2007.

_____. **The world at six billion**. United Nations Population Division, 1999. Disponível em: <www.un.org/esa/population/publications/sixbillion/sixbilpart1.pdf>. Acesso em: 21set. 2010.

VERAS R. P. et al. Demographic characteristics of elderly people provided with supplementary health care. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.3, p.497-502, 2008.

_____. Transformações demográficas e os novos desafios resultantes do envelhecimento populacional. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Críticas e Atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.503-518.

VERAS, R. P. A Longevidade da população: desafios e conquistas. **Serviço Social & Sociedade**. ano XXIV(especial), n. 75, p.5-18, 2003.

_____. A população idosa no Brasil: considerações a cerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Os muitos Brasis** – saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1995, p. 320-337.

VERBRUGGE, L. M.; JETTE A. M. The disablement process. **Social Science and Medicine**, v.38, p.1-14, 1994.

VIANA, A. L; LEVCOVITZ, E. Proteção Social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L; ELIAS, P; IBÁÑEZ, N. (orgs.). **Proteção Social**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005, p.15-57.

VIEIRA, E. T. et al. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **RBPS**, v. 17, n. 3, p.119-126, 2005.

WELLMAN, N. S; KAMP, B. J. **Nutrição e edaísmo**. In: MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S. Krause – alimentos, nutrição e dietoterapia. 12ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p.286-308.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Carta de Ottawa, aprovada na **I Conferência Internacional sobre Promoção da saúde em 1986**. Disponível em:<www.saude.gov.br/programas/promocaoalma.htm> Acesso em: 28mar. 2007.

_____. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

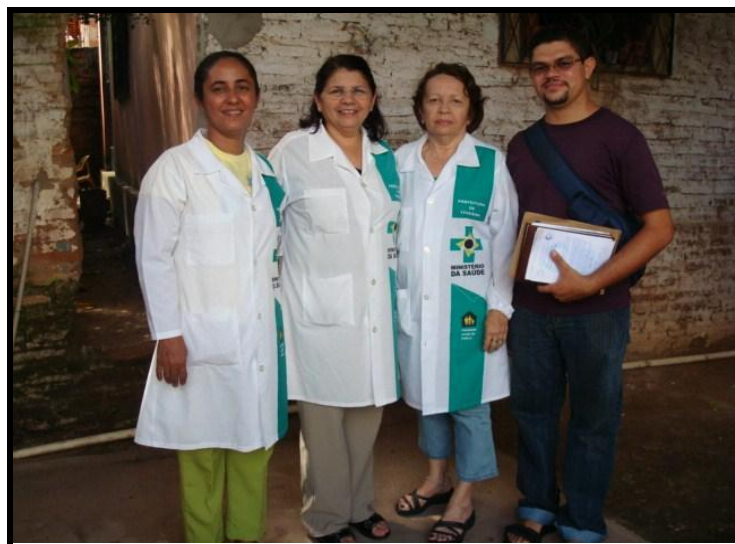
YAZBEK, M. C. Prefácio. In: SILVA et al. **O comunidade solidária:** o não-enfrentamento da pobreza no Brasil. São Paulo: Cortez, 2001; p.7-10.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE (1)

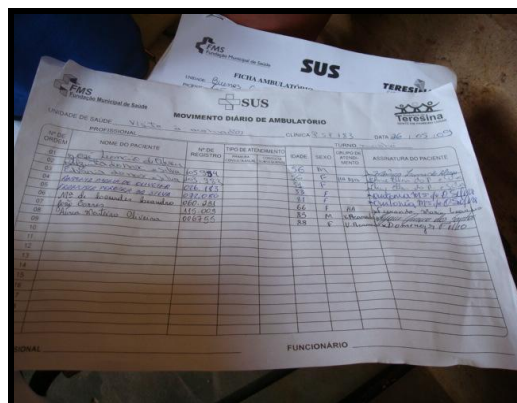
Ilustração das atividades desenvolvidas pela equipe da área A1/CRS centro – norte.



Visita domiciliar

APÊNDICE (1)

Ilustração das atividades desenvolvidas pela equipe da área A1/CRS centro – norte.



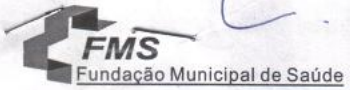


Visita domiciliar
(mapa de atendimentos)




Usuária do HIPERDIA

APÊNDICE (1)

Prontuário de usuário HIPERDIA área A1/CRS centro-norte

FICHA AMBULATÓRIO



UNIDADE: Buenos Aires
 PACIENTE: Maria de Lourdes Leonardo
 FILIAÇÃO: { PAI: Joaquim Leonardo Pereira
 MÃE: Maria Batista Leonardo
 ENDEREÇO: R: Cisipio Aguiar - 3642 - Buenos Aires

SEXO	PESO	E. CIVIL	DATA NASCIMENTO	NATURALIDADE	PROFISSÃO	ÓBITO
F		casada	01-10-46			DATA: / / CAUSA:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

QUEIXA PRINCIPAL: _____

H. D. A. 4607 Há mais de 1 mês com histórico de falta de ar, dor

A. FISIOLÓGICOS: peitoral e de 3 dias veio
marcar consulta EST

A. GINECOLÓGICOS / OBSTÉTRICOS: em nos conseguimos pois
histórico marcos de 15 dias

A. PATOLÓGICOS: VA: 150/100
Cap 25(1) + Hidro 25 (1)

DOENÇAS EVITÁVEIS POR IMUNIZANTES: Enx e EST

A. FAMILIARES: 19407 - gl - (365) - CT-236 - 16 304
EAS = Prot - 4 + / glicose 3 +

H. SÓCIO/ECONÔMICA: cilindros brancos + queda
col: glibel 5(2) Met P10(2)

EX. FÍSICO GERAL: Arterial 100 + (torax)
VA: 140/95
Insu. latius 20. Enc. Nitric
Cap 25(1) + Hidro 25(1)

EX. FÍSICO ESPECIALIZADO: Procurar a EST. que
nos conseguimos marcar consulta
EST

H. DIAGNÓSTICO: _____

EX. SOLICITADOS: _____

(APÊNDICE 1)

Prontuário de usuário HIPERDIA área A1/CRS centro-norte

DATA	RECONSULTA	ATENDIMENTO	EXAMES	VISITAS
17.12.08	Peso: 47 kg. Alt: 1,42m. IMC: 23,3 kg/m ² EM: Eutrofia.			
	Paciente trouxe o consumo de medicamentos para diabetes, hipertensão e para o coração, mas não sabe informar os nomes. Conduto: Dieta hipocalórica + orientações nutricionais. 12/30/08			
19/01/09	entreg. - melicimeli 66anos			
11/05/09	Paciente relata perda de força em MMII, com dificuldade para deambular. Há 3 meses realizou cirurgia de urgência para implante de marcapasso. solicito hemograma, espirograma e glicemia de jejum. RISCO GRAVE.			
	Dra. Marília Louisa Cardoso MEDICINA FAMILIAR			
26/05/09	H= 66anos	Peso =	PA = 160 x 96mmHg	
	GP = " VISITA SÓCICAIAA" MDA = Resultado de exames:			
	cd	total	glic	CDL
	138	226	59,8	33
	44/2	55	32,1	1,7
				63,0
				5,6
	cd: Medicas = substituídas por			
	- Clozapina 150 mg			
	- Aldactone 50 mg			
	- Furosemida 40 mg			
	- Metformina 500 mg			
	- Simvastatina 20 mg			
	Joachim J. Marques da Silva Médico, CRM RJ 2297 CPF: 447.020.193-68			

APÊNDICE (2)

Ilustração das atividades desenvolvidas pela equipe da área C1/CRS centro – norte.



Reunião com idosos do Programa de Controle de Hipertensão Arterial



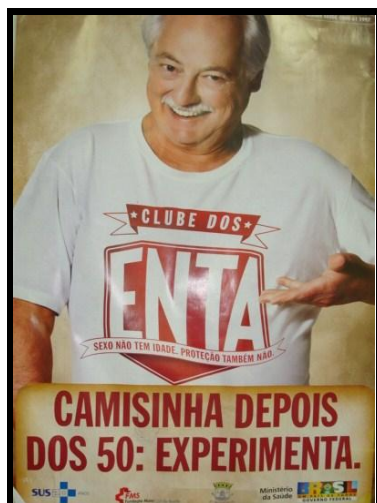
Consulta de enfermagem



Consulta médica

APÊNDICE (3)

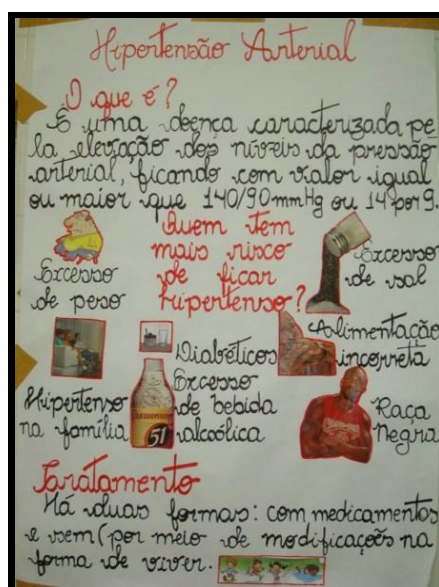
Ilustração dos materiais educativos utilizados nas reuniões - equipe da área C1/CRS centro-norte:



Orientação sobre o uso de preservativos



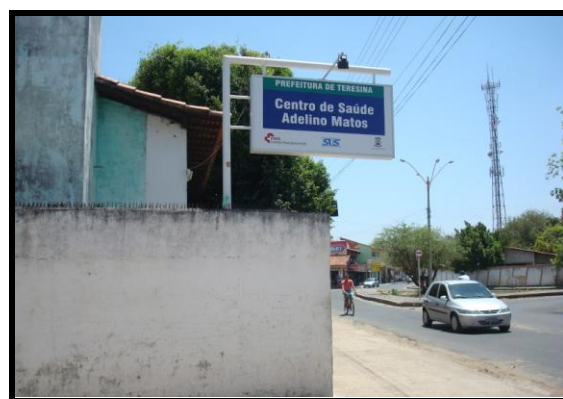
Vacinas



Orientação alimentar

APÊNDICE (4)

LOCAIS DA PESQUISA DE CAMPO





UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, nesta pesquisa. Antes de iniciar vou ler todas as informações sobre o projeto para que você tome conhecimento e tire as dúvidas com a responsável pelo estudo. Esta pesquisa está sendo conduzida por mim, professora Maria do Socorro Silva Alencar, do Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde/UFPI, doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão. Após os esclarecimentos, se consentir participar do estudo, assine ao final deste documento. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: A atenção básica à saúde da pessoa idosa a partir das ações da Estratégia Saúde da Família: um estudo para o município de Teresina-Piauí.

Pesquisador responsável: Profa. Maria do Socorro Silva Alencar

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Nutrição.

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, nível Doutorado, da Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Área temática de concentração: Avaliação de Políticas e Programas Sociais

Prof. Orientador: Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

Telefone para contato: (86) 3215-5863

Local da coleta de dados: A coleta de dados será feita nas Unidades de Saúde da Prefeitura Municipal de Teresina, coordenadas pela Regional de Saúde centro/norte.

Objetivo da pesquisa: Analisar as ações de atenção básica à saúde da pessoa idosa, no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina-Piauí, e como nesse processo estas ações vem se constituindo como estratégias frente ao envelhecimento saudável, tendo em vista a conquista e efetivação de direitos de cidadania para o público idoso.

Procedimentos: pesquisa qualitativa, de base empírica, tendo como estratégia o estudo de caso com levantamento de dados quantitativos e qualitativos. Será feita com os profissionais da equipe saúde da família, no segundo semestre 2009 e primeiro semestre de 2010, nas Unidades

de Saúde mencionadas acima (segundo o cronograma anexado no projeto), com os seguintes procedimentos: observação livre das atividades realizadas pela equipe saúde da família com os idosos cadastrados; entrevistas semi-estruturadas, que serão marcadas e feitas pela própria pesquisadora, a partir de um tópico-guia com perguntas abertas sobre a visão dos profissionais sobre a execução das ações de atenção básica de saúde voltada para este público. Todas as questões serão lidas e explicadas pela pesquisadora e as respostas serão gravadas com auxílio de um gravador e fita cassete. Além do mapeamento, em formulário próprio, das atividades realizadas.

Especificação de riscos, prejuízos, desconforto, lesões, constrangimentos provocados pelo estudo: as questões aplicadas a partir das entrevistas são abertas para que o entrevistado se manifeste livremente, em razão disso não prevemos nenhum risco, prejuízo, lesão ou constrangimento, no entanto, caso isso venha ocorrer, solicitamos do senhor(a) a sua manifestação para que possamos discutir e propor novos encaminhamentos. Todas as entrevistas serão gravadas e após a transcrição da mesma o senhor(a) poderá ser solicitado(a) mais de uma vez, para esclarecer alguma dúvida que possa surgir sobre a informação gravada.

Descrição dos benefícios decorrentes da participação na pesquisa: por ser uma pesquisa inédita no nosso Estado à intenção é de aprofundar os debates acerca da questão do envelhecimento, no contexto da promoção da saúde, tendo como objetivo último buscar a melhoria da qualidade de vida, bem como os direitos dos idosos.

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, o senhor(a) terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora é a professora Maria do Socorro Silva Alencar que pode ser encontrada no Departamento de Nutrição da Universidade Federal do Piauí, pessoalmente ou pelo telefone 3215-5863. Se o senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a questão ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, ININGA, Centro de Convivência L 09 e 10 CEP. 64049-550 Teresina-Piauí Fone: 86 3215 – 5734; E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

Garantia de sigilo: Se o senhor(a) concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Informações sobre a participação, término, direito de retirar o consentimento: a participação não acarretará risco para a saúde do sujeito; as informações prestadas pelo entrevistado serão classificadas como confidenciais; à pesquisa interessam as respostas obtidas nas entrevistas e na coleta das informações no prontuário do idoso, sem identificação individual, preservando a privacidade; a participação será voluntária e que o sujeito fique, à vontade, para pedir esclarecimento e para se retirar do estudo, em qualquer fase, sem que isso implique em qualquer dano, custo ou penalidade à sua pessoa.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, CPF nº _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **A atenção básica à saúde da pessoa idosa a partir das ações da Estratégia Saúde da Família: um estudo para o município de Teresina-Piauí**, como sujeito. Fui suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas por mim descrevendo o referido estudo. Eu conversei com a Profa. Maria do Socorro Silva Alencar sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os objetivos, os procedimentos a serem realizados, seus possíveis desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a este estudo quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício do meu trabalho, ou no meu desempenho, neste serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Testemunhas:

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Teresina (PI), ___/___/____

Profa. Maria do Socorro Silva Alencar

Pesquisadora Responsável

APÊNDICE (6)

Tabela 4. Perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa. Teresina-Pi, 2009-2010.

Variáveis/categorias	n	%
Sexo		
Masculino	02	11,76
Feminino	15	88,24
Faixa etária (em anos)		
30-40	01	5,88
40-50	12	70,59
>50	04	23,53
Formação		
Médico	03	17,65
Enfermeiro	06	35,29
Dentista	02	11,76
Nutricionista	01	5,88
Técnico de Enfermagem	01	5,88
Agente Comunitário de Saúde	03	17,65
Especialista em Saúde Pública	01	5,88
Tempo na ESF (em anos)		
< 5	02	11,76
5-10	08	47,06
10-20	07	41,18
Estado civil		
Casado/união estável	13	76,47
Solteiro	04	23,53
Total	17	100,0

Fonte: Entrevistas com sujeitos da pesquisa

APÊNDICE (7)**COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO/NORTE**

Endereço: Rua Lizandro Nogueira, 1959 centro/norte

Telefone: 3215-7738 / 3215-7739/ 3215-7740

Hospitais e Centros de Saúde:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Unidade de Saúde da Família Buenos Aires 2. Unidade Mista de Saúde da Primavera 3. Unidade Mista do Matadouro 4. Centro de Saúde Cecy Fortes 5. Centro de Saúde Monte Alegre 6. Unidade Básica de Saúde Deputada Francisca Trindade (Água Mineral) 7. Centro de Saúde Parque Wall Ferraz 8. Centro de Saúde Mafrense 9. Centro de Saúde Nova Brasília 10. Unidade Básica de Saúde Poti Velho 11. Centro de Saúde Santa Maria da CODIPI 12. Centro de Saúde Adelino Matos (Vila São Francisco) 13. Centro de Saúde Parque Anita Ferraz 14. Centro de Saúde Vila do Avião 15. Centro de Saúde Mama Mia 16. Centro de Saúde Cidade Jardim | <ol style="list-style-type: none"> 17. Posto de Saúde Bela Vista-Rural 18. Centro de Saúde Boa Hora 19. Centro de Saúde Campestre Norte 20. Centro de Saúde Chapadinha 21. Centro de Saúde Dois Irmãos 22. Centro de Saúde Cidade Verde 23. Centro de Saúde Memorare 24. Centro de Saúde Nova Teresina 25. Unidade Mista Mariano Gayoso Castelo Branco <p>TOTAL: 25</p> <p>Nº de equipes: 70 (zona urbana) 06 (zona rural)</p> <p>Total de Equipes em Teresina-Pi = 231</p> |
|--|---|

APÊNDICE (7)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
NÚCLEO TEMÁTICO DE CONCENTRAÇÃO EM POLÍTICAS E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICAS DE SAÚDE
DOCTORANDA: Maria do Socorro Silva Alencar
ORIENTADOR: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

Local: _____ Mês: ____ Ano: _____

Área	Nº de Famílias cadastradas	Nº de Idosos						Ações/Equipe														
		60 - 69a		70 - 79a		> 80a		Consultas médicas		Consultas de enfermagem		Visitas domiciliares		Avaliação funcional		Avaliação da fragilidade		Promoção de hábitos saudáveis		Trabalhos em grupo/ Educação em saúde		
		HA	DIA	HA	DIA	HA	DIA	HA	DIA	HA	DIA	HA	DIA	HA	DIA	HA	DIA	Orientação alimentar	Atividade e física	Reuniões/encontros	Palestras /cursos	Outra
		H A	D I A	H A	D I A	H A	D I A	H A	D I A	H A	D I A	H A	D I A	H A	D I A	H A	D I A					

APÊNDICE (8)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
NÚCLEO TEMÁTICO DE CONCENTRAÇÃO EM POLÍTICAS E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E
PROGRAMAS SOCIAIS
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICAS DE SAÚDE
DOCTORANDA: Maria do Socorro Silva Alencar
ORIENTADOR: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

Questionário após o pré-teste

Perfil dos profissionais da equipe saúde da família e suas visões sobre as ações de atenção básica a pessoa idosa no município de Teresina-Pi.

A atenção básica à saúde da pessoa idosa a partir das ações da Estratégia Saúde da Família: um estudo para o município de Teresina-Piauí. Projeto de Tese - Doutorado em Políticas Públicas/UFMA. Maria do Socorro Silva Alencar.

Objetivo: Obter informações sobre o perfil dos profissionais da equipe saúde da família e conhecer as suas visões sobre as ações de atenção básica para a saúde da pessoa idosa considerando o envelhecimento da população na atualidade.

Entrevista Nº. ____ Área: _____

Local (Instituição): _____

Cidade e data: _____, ____/____/____ Bairro _____

Início __: __h. Término: ____: ____h.

Duração em min.: _____

1ª Parte:**Perfil do entrevistado:**

1. Sexo:

1.1 () Masculino 2.2 () Feminino

2. Data de nascimento: ____/____/____

3. Naturalidade: _____

4. Grau de escolaridade: _____

5. Estado civil: _____

6. Profissão/Ocupação/Há quanto tempo na equipe : _____

2ª Parte (Questões gravadas): modificado

1. Como você analisa a reorganização da atenção básica via estratégia saúde da família em relação às necessidades das pessoas idosas?
2. Existe plano de ação no âmbito da ESF para a saúde do idoso? Em caso afirmativo, fale a respeito do mesmo.
3. O Sr(a) acha que esse modelo de reorganização da atenção básica atual pode contribuir para a promoção e proteção da saúde da pessoa idosa? Comente.
4. O Sr (a) acha que há uma articulação entre as políticas públicas do Idoso e as ações de promoção e proteção da saúde desenvolvida pela equipe? Comente.
5. Que práticas são desenvolvidas pela ESF junto ao público idoso que demanda esta unidade de saúde, no tocante às ações de promoção de hábitos saudáveis e atividades em grupo? Comente a respeito.
6. Quais as principais demandas em termos de diagnóstico clínico ou intercorrências do público de 60 anos e mais que procura os serviços?
7. No ato da consulta existe espaço para a execução da avaliação funcional e a fragilidade da pessoa idosa? Como ocorre este processo de avaliação pela equipe?
8. Em relação à atenção continuada e as visitas em domicílio como ocorre este processo na sua equipe?
9. Em sua opinião como está a questão da humanização e acolhimento à pessoa idosa na atenção básica?
10. Quais as dificuldades encontradas na sua prática em equipe para desenvolver as atividades com o público idoso?
11. De acordo com sua vivência em equipe, o Sr (a) se acha preparado (a) para lidar com as questões do processo de envelhecimento, especialmente, em relação a dimensão subjetiva da pessoa idosa?
12. Os profissionais foram capacitados para trabalhar com a pessoa idosa?
13. O Sr.(a) acha que é importante capacitar os profissionais para trabalhar com os idosos?
SIM () NÃO () Por quê?

ANEXOS

ANEXO (A)

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVD)
INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE KATZ

O Índice de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Sidney Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AVD. Avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes.

Objetivo: avaliar a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVD.

Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de seis funções a partir da utilização de um questionário padrão.


Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico Singular.

Segundo os autores haveria uma regressão ordenada como parte do processo fisiológico de envelhecimento, em que as perdas funcionais caminhariam das funções mais complexas para as mais básicas, enquanto as funções que são mais básicas e menos complexas poderiam ser retidas por mais tempo. A escala mostra-se útil para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais, determinar a efetividade de tratamentos além de contribuir para o ensino do significado de “ajuda” em reabilitação.

INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE BÁSICAS VIDA DIÁRIA

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.

ANEXO (A)


FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA, KATZ

Nome: _____		Data da avaliação: __/__/____	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.			
Banho – a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.			
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. <input type="checkbox"/>	
Vestir – para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos			
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. <input type="checkbox"/>	
Banheiro — a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;			
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. <input type="checkbox"/>	
Transferência — a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências;			
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. <input type="checkbox"/>	Não sai da cama. <input type="checkbox"/>	
Continência – "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente;			
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. <input type="checkbox"/>	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. <input type="checkbox"/>	
Alimentação — a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.			
Alimenta-se sem assistência. <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. <input type="checkbox"/>	

ANEXO (A)

■ ■ ■ ESCALA DE LAWTON

De acordo com o grau de limitação apresentado para o desempenho das AIVDs é possível determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida independente. A versão ora apresentada foi publicada por Freitas e Miranda.

Objetivo: avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente.

Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções.

Avaliações dos resultados: Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.

■ ■ ■ ESCALA DE LAWTON

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1

6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL			_____ pontos



MEMO CIRC/CAA/Nº 30/2008

Teresina, 15 de setembro de 2008

Da: Coordenação de Ações Assistenciais
Para: Coordenações Regionais de Saúde da FMS.

Apresentamos Maria do Socorro da Silva Alencar, que realizará a pesquisa **"A atenção básica à saúde da pessoa idosa a partir das ações da estratégia saúde da família: um estudo para o município de Teresina-Piauí"**.

Solicitamos que a mesma seja encaminhada às Unidades de Saúde pertencentes a essa Regional, onde pretende realizar a pesquisa. A conclusão deverá ser encaminhada à Presidência da FMS.

Atenciosamente,

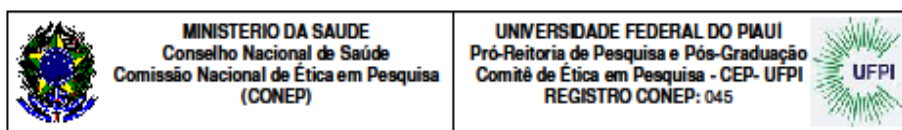
Amarilis de Souza Borba

COORDENADORA DE AÇÕES ASSISTENCIAIS

27/10/09
A Direção

Para conhecimento
e providências

Solange Maria Moura Pimentel
Gerente Executiva de Saúde
CRS-Centro/Norte



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: A atenção básica à saúde da pessoa idosa a partir das ações da Estratégia Saúde da Família: um estudo para o município de Teresina-Piauí

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0164.0.045.000-08

Pesquisador Responsável: Maria do Socorro Silva Alencar

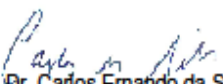
Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro-2010	Relatório parcial
Abril-2011	Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 27/10/2008

Teresina, 27 de outubro de 2008.


 Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
 COORDENADOR

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA



Saúde da Família

Cadernos de Atenção Básica - n.º 15

Brasília - DF
2006

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E CLASSIFICAÇÃO

Hipertensão Arterial é definida como **pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg**, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

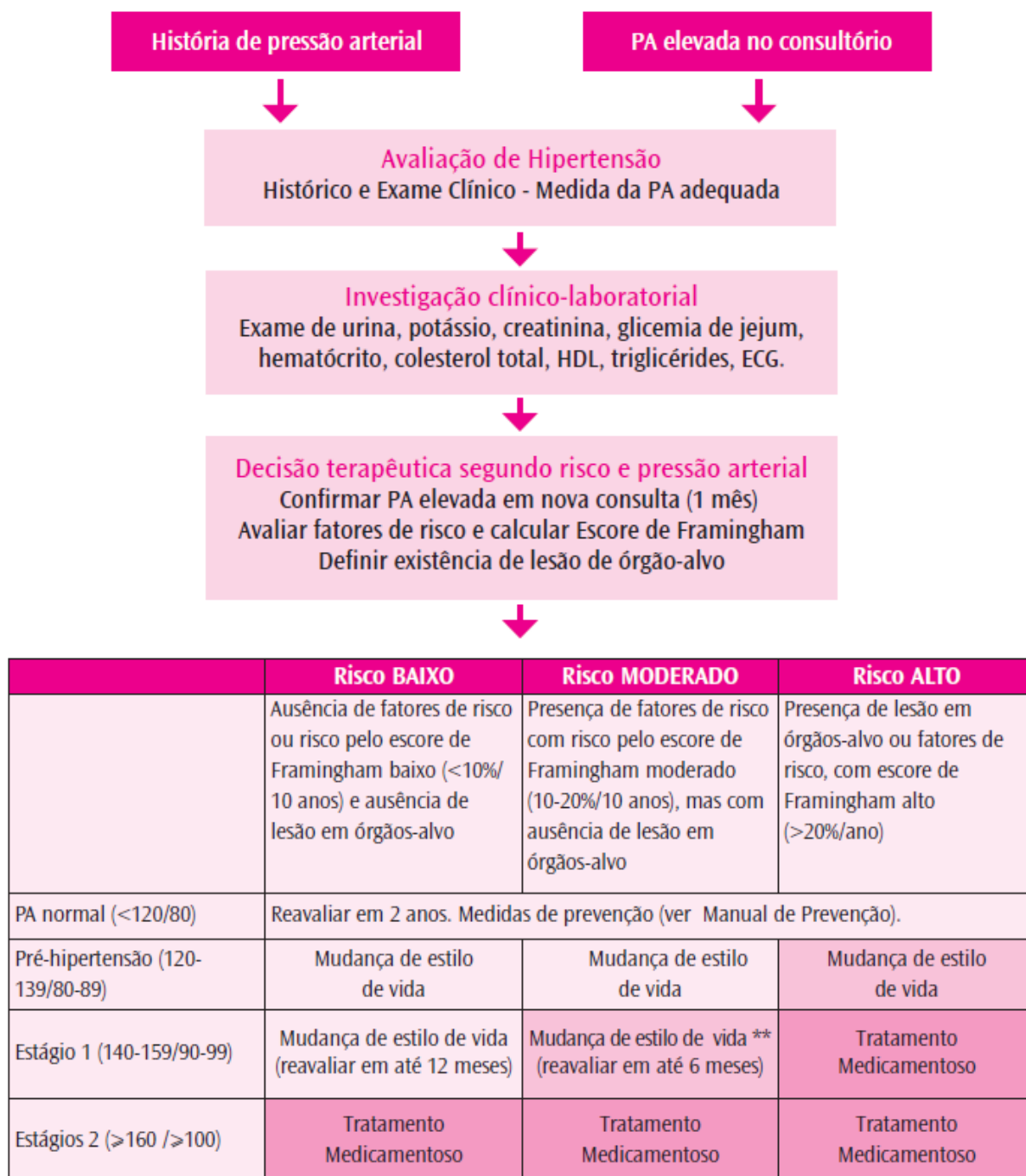
Quadro 3. Classificação da pressão arterial em adultos

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	≥160	≥100

– O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo.

– Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

Figura 1. Avaliação diagnóstica e decisão terapêutica na hipertensão arterial



* Tratamento Medicamentoso se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes.

** Tratamento Medicamentoso se múltiplos fatores de risco.

OBS: Escore de Framingham: ver Caderno Atenção Básica nº14-Prevenção Clínica de DCV e DRC.



Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

Nome: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: _____ Profissão: _____
PA: _____ Peso: _____ Estatura: _____ IMC: _____ Cintura: _____

Diabetes: SIM () TIPO () I () II

FATORES DE RISCO:

1. () Idade >45 anos
2. () Sobrepeso (IMC ≥ 25)
3. () Obesidade central (cintura abdominal > 102 cm p/homens e 88 cm p/mulheres)
4. () História familiar diabetes (mãe ou pai)
5. () Hipertensão arterial (>140/90 mmHg)
6. () Baixa tolerância a glicose
7. () Glicemia em jejum alterada
8. () História de microsomias ou Diabetes Gestacional
9. () Síndrome de ovários policísticos
10. () Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida
11. () Dislipidemia
Data: ___/___/___ C. Total _____ HDL _____
LDL _____ Triglicerídeos _____
12. () Hábitos: () Tabagismo () Etilismo
() Sedentarismo

LESÃO EM ÓRGÃO ALVO

Doença cardiovascular, cerebrovascular, vascular periférica definida e neuropatias:

- a. () Hipertrofia Ventricular Esquerda
- b. () Angina, Infarto Agudo do Miocárdio prévio
- c. () Revascularização miocárdica prévia
- d. () Insuficiência Cardíaca Congestiva
- e. () Acidente Vascular Cerebral
- f. () Nefropatia
- g. () Doença vascular arterial de extremidades
- h. () Retinopatia diabética
- h. () Neuropatia / Pé diabético

AValiação LABORATORIAL DATA ___/___/___

G. Jejum _____ G. Pós-prandial _____
Hb Glicada _____ Teste de tolerância a Glicose _____

DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Classificação:

1. () Normal - Glicemia jejum <100mg/dl e TTG <140mg/dl
2. () Glicemia alterada Glicemia jejum >100 a <126mg/dl ou TTG >140 a 199;
3. () Tolerância a Glicose Diminuída - Glicemia jejum >100 a <125mg/dl ou TTG ≥140 a <200mg/dl;
4. () Diabetes Mellitus - Glicemia jejum ≥126mg/dl e TTG ≥200mg/dl.

RETORNO

- () 30 dias - Não aderente; difícil controle glicemia, comorbidade e lesão do órgão alvo;
- () 90 dias Perfil glicêmico controlado apesar de comorbidade e/ou lesão em órgão alvo;
- () 180 dias Perfil glicêmico controlado sem comorbidade e/ou lesão em órgão alvo.

HIPERTENSÃO: SIM () NÃO ()

FATORES DE RISCO

1. () Diabetes
2. () Tabagismo
3. () Obesidade
4. () Sedentarismo
5. () Etilismo
6. () Maior 60 anos
7. () Dislipidemia
Data ___/___/___ C. Total _____
HDL _____ LDL _____
8. () História familiar de doenças cardiovasculares
a) () Mãe, imãs <65 anos
b) () Pai, imãs <55 anos

NÍVEIS PRESSÓRICOS

1. () ÓTIMA: PAS <120 e PAD <80
2. () NORMAL: PAS <130 e PAD <85
3. () LIMÍTOFE: PAS 130-139 e PAD 85-89
4. () GRAU 1: PAS 140-149 e PAD 90-99
5. () GRAU 2: PAS 160-179 e PAD 100-109
6. () GRAU 3: PAS ≥180 e PAD ≥110
7. () SISTÓLICA ISOLADA: PAS ≥140 e PAD <90

OBS.: Conforme V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

LESÃO EM ÓRGÃO DO RISCO

Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida:

- a. () Hipertrofia Ventricular Esquerda
- b. () Angina, Infarto Agudo do Miocárdio prévio
- c. () Revascularização miocárdica prévia
- d. () Insuficiência Cardíaca Congestiva
- e. () Acidente Vascular Cerebral
- f. () Doença Renal
- g. () Doença vascular arterial de extremidades
- h. () Retinopatia hipertensiva

CLASSIFICAÇÃO FINAL DE RISCO

- () BAIXO - Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10% / 10anos e ausência de lesão em órgão alvo
- () MÉDIO - Presença de fatores de risco com risco pelo escore Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgão alvo
- () ALTO - Presença de lesão em órgão alvo ou fatores de risco, com escore Framingham alto (>20% / 10 anos)

RETORNO

- () BAIXO RISCO: 180 dias;
- () MÉDIO RISCO: 90 dias;
- () ALTO RISCO: 30 dias.

ANEXO (F)



QUESTIONÁRIO DE MONITORAMENTO DA DISTRIBUIÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA – 2010

- 1- NOME DA UNIDADE DE SAÚDE: _____
- 2- ESF: _____ PROFISSIONAL: _____
- 3- DATA DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO: _____
- 4- TOTAL DE CADERNETAS RECEBIDAS: _____
- 5- QUANTAS FORAM DISTRIBUÍDAS: _____
- 6- DIFICULDADES DO PREENCHIMENTO DA CADERNETA: _____

- 7- HÁ CONSOLIDADO DOS DADOS DA CADERNETA? SIM () NÃO ()

- 8- DÊ SUAS SUGESTÕES PARA QUE A CADERNETA ATINJA EFETIVAMENTE SEU OBJETIVO:
 - 8.1 CONTEÚDO: _____

 - 8.2 ESTRATÉGIA PARA IMPLANTAÇÃO: _____

 - 8.3 APOIO INSTITUCIONAL: _____

 - 8.4 OUTROS: _____

- ENTREVISTADORES: _____

ANEXO (G)



RELATÓRIO GERAL DA PESSOA IDOSA

UNIDADE: _____

ÁREA: _____ NOME DO AGENTE: _____

Identidade: _____ Nome: _____

Endereço: _____ Nº _____

Sexo: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Apelido: _____

Escolaridade: _____ Estado civil: _____ Aposentado: _____ Cuidados: _____

Bebida Alcoólica: _____ Saúde: _____ Tabagismo: _____ Atividade Física: _____

Mora sozinho: _____ Medicamentos: _____ Internações: _____

Quedas: _____ Altura: _____ Peso: _____ Resultado: _____

Data	Pressão Arterial	Tipo de acompanhamento	Classificação
------	------------------	------------------------	---------------

Observação: _____

