

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO

NATANNA LOPES DE ARAÚJO

**SAÚDE DO IDOSO: QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO DE MÉDIA
COMPLEXIDADE EM SAÚDE EM JOÃO PESSOA, PB**

João Pessoa, PB
2016

NATANNA LOPES DE ARAÚJO

**SAÚDE DO IDOSO: QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO DE MÉDIA
COMPLEXIDADE EM SAÚDE EM JOÃO PESSOA, PB**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora
como requisito parcial para obtenção de título
de Mestre em Serviço Social, do Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social da
Universidade Federal da Paraíba.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Patrícia Barreto Cavalcanti

João Pessoa, PB
2016

A658s Araújo, Natanna Lopes de.

Saúde do idoso: qualidade do atendimento na atenção de
média complexidade em saúde em João Pessoa, PB/ Natanna
Lopes de Araújo.- João Pessoa, 2016.

135 f. : il.-

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Patrícia Barreto Cavalcanti.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHL

1.Saúde Pública. 2. Saúde do Idoso . 3. Serviço de Média
Complexidade. 4. Política de Saúde. I. Título.

UFPB/BC

CDU – 614(043)

NATANNA LOPES DE ARAÚJO

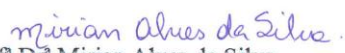
**SAÚDE DO IDOSO: QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO DE MÉDIA
COMPLEXIDADE EM SAÚDE EM JOÃO PESSOA, PB**

Aprovada em 09/05/2016

BANCA EXAMINADORA


Profª Drª Patrícia Barreto Cavalcanti
(Orientadora)


Profª Drª Maria de Lourdes Soares
(Examinadora Interna)


Profª Drª Mirian Alves da Silva
(Examinadora Externa)

Dedico este estudo à Deus pelo dom da vida!

*À Mainha, Painho (in memoriam), tia Dineves
e meus irmãos pelo amor, apoio e confiança.*

*Ao meu noivo, que sempre esteve comigo, até
mesmo quando estive ausente.*

*Aos docentes dos quais tive o prazer de ser
aluna e que me fizeram lograr tantos êxitos.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, ser onipotente, que me deu a vida, e vem concedendo-me paciência, persistência e dedicação ao longo de toda a jornada acadêmica, inclusive na elaboração deste trabalho.

À Universidade Federal da Paraíba, por ter me oportunizado tantos aprendizados.

À Professora Doutora, quase “titular”, Patrícia Cavalcanti, que me concedeu o privilégio de ter a sua orientação, neste estudo. E que, com muita competência e empenho, contribuiu para a consolidação do mesmo.

Aos demais docentes da Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba.

Às Professoras Maria de Lourdes e Mirian Alves, pelas contribuições que engrandeceram e colaboraram para a consolidação deste estudo.

Às mulheres de minha vida, Joana (mainha) e Dineves (tia/mãe), que estão sempre comigo. Guerreiras essenciais na concretização deste estudo, assim como em toda a minha vida.

Ao meu Pai (*in memoriam*) que, mesmo distante, sei que me ama e que, enquanto pôde, fez o melhor por mim.

Aos meus irmãos, Yakones e Nuanna, inenarráveis, que estiveram sempre ao meu lado.

Ao meu noivo/amigo, Gil, que com muito amor sempre me apoiou e acreditou que eu alcançaria mais este título.

À minha amiga Sandrynha, que tanto confia no meu desempenho e torce fielmente pela minha ascensão profissional e pessoal.

Aos meus amigos/as Itaporangueses e de João Pessoa-PB.

Às amigas construídas ao longo desse processo, em especial, Jamile e Nathália. Foi com essas que dividi madrugadas de estudos e “focacas” (risos). Sem vocês, eu não teria conseguido.

Aos demais familiares, amigos, colegas e professores que, direta ou indiretamente, contribuíram para este trabalho.

A minha queridíssima vizinha, Vanda, que com seu afeto e carinho me acolheu sempre que precisei.

Aos sujeitos desse estudo que, gentil e generosamente, me concederam a entrevista. Sem eles, a realização deste estudo seria impossível.

RESUMO

O presente estudo refere-se à Dissertação de Mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, a qual versa sobre a qualidade dos serviços de média complexidade em saúde direcionados à pessoa idosa. A análise considera a atual conjuntura brasileira de minimização do Estado brasileiro, perpassada pela tendência neoliberal de mercantilização das Políticas Sociais que, além de desviá-las da perspectiva da garantia de direitos, fragiliza a implementação dos serviços, conforme se atesta com a Política de Saúde. Como os demais usuários da Política de Saúde, os idosos brasileiros enfrentam inúmeras dificuldades de acesso, qualidade e assistência integral à saúde na maior parte de suas vidas. Justifica-se, desta forma, a necessidade de se analisar as ações e os serviços de saúde prestados a este segmento no Centro de Atenção Integral à Saúde (CAISI) – Média Complexidade em Saúde, localizado em João Pessoa, PB. Para tanto, foram entrevistados 50 usuários idosos durante a coleta de dados realizada nos meses de Outubro e Novembro de 2015. Em termos teórico-metodológicos, buscou-se seguir o método dialético marxista a partir da crítica as Políticas Sociais engendradas pelo Capital enquanto mecanismo de consenso das classes trabalhadoras. Concretamente, procurou-se analisar o objeto deste estudo enquanto totalidade do real a partir das mediações contraditórias que permeiam a Política Nacional de Saúde do Idoso, inserida na correlação de forças expressadas pelo mercado, Estado e sociedade civil. Trata-se de uma pesquisa social aplicada de cunho descritivo, com uso de técnicas de análises quanti-qualitativas. Os instrumentos e técnicas de coleta de dados utilizados foram: levantamentos bibliográfico e documental, observações e formulário semiestruturado junto aos sujeitos da pesquisa. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva com o uso de gráfico e tabelas; e os qualitativos foram discutidos mediante aproximação da análise de conteúdo por categorização temática. As análises foram teoricamente fundamentadas por estudos de autores que investigam o objeto deste estudo. Recorreram-se também a fontes secundárias, com consulta de dados nas seguintes instituições: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Ministério da Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, dentre outros. Os resultados analisados demonstram que os idosos, usuários do CAISI, se deparam com ações e serviços públicos de Saúde fragilizados e fragmentados, o que compromete o princípio da integralidade da saúde e descumpre as conquistas do SUS e da Política Nacional de Saúde do Idoso. Atestou-se, também, que os idosos colocam-se, muitas vezes, otimistas por ter acesso a determinado serviço, não conseguindo construir uma análise crítica sobre a qualidade do que lhes é ofertado. Portanto, comprova-se que o sistema econômico vigente não prima pela materialização do direito à saúde do idoso, pois verificam-se ações agudas e imediatistas que comprometem a qualidade dos serviços de média complexidade em saúde voltados à pessoa idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade. Saúde. Média Complexidade. Idoso.

ABSTRACT

This study refers to the Master's Thesis vinculated to the Graduate Program in Social Service of Universidade Federal da Paraíba, which deals with the quality of medium complexity services in health directed to the elderly. The analysis considers the current Brazilian situation of minimization of the Brazilian state, permeated by the neoliberal tendency of commodification of Social Policies, in addition to divert them from the perspective of rights guarantee, weakens the implementation of services, as is attested by the Health Policy. Like all members of Health Policy, Brazilians elderly face many difficulties in access, quality and comprehensive health care for most part of their lives. It is justified, therefore, the need to analyze the actions and health services to this segment in the Comprehensive Care Center for Health (Caisi) - Medium Complexity in Health, located in João Pessoa, PB. For this, we interviewed 50 elderly users during the data collection conducted in October and November 2015. In theoretical and methodological terms, we tried to follow the Marxist dialectical method that criticize the Social Policies engendered by the Capital as a mechanism of consensus of the working classes. Specifically, it sought to examine the object of this study while of an all from the contradictory mediations that permeate the National Policy for the Elderly Health, inserted in the correlation of forces expressed by the market, state and civil society. It is a social research applied descriptive nature, using techniques of quantitative and qualitative analysis. Instruments and data collection techniques used were bibliographical and documentary surveys, observations and semi-structured guest card with the research subjects. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics using charts and tables; and the qualitative were discussed by the content analysis by thematic categorization. Analyses were theoretically substantiated by studies of authors investigating the object of this study. Also resorted to secondary sources, with data query on the following institutions: Brazilian Institute of Geography and Statistics; Health's Ministry; Health Public Department of João Pessoa, and others. The results showed that the elderly, users of the CAISI, are faced with actions and health public services weakened and fragmented, which undermines the principle of comprehensiveness of health and violates the achievements of the SUS and the National Elderly Health Policy. Attested also that the elderly are sometimes optimistic for to have access to a given service, failing to form a critical analysis of the quality of what is offered to them. Therefore, it proves that the current economic system does not prioritize the materialization of the right to health of the elderly, because verify acute and imediatly actions that compromise the quality of medium complexity of health services for the elderly.

KEY-WORDS: Quality. Health. Medium Complexity. Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Número de Pessoas com 60 Anos ou Mais: Mundo, Países Desenvolvidos e em Desenvolvimento, 1950-2050	28
Gráfico 2 – Esperança de Vida no Mundo ao Nascer – Homens (1955/1960 – 2005-2010).....	32
Gráfico 3 – Esperança de Vida no Mundo ao Nascer – Mulheres (1955/1960 – 2005/2010).....	32
Gráfico 4 – Envelhecimento Populacional no Brasil.....	35
Gráfico 5 – Taxa de Fecundidade Total no Brasil – 1940/2010.....	36
Gráfico 6 – Distribuição Proporcional das Causas de Mortes Por Idade no Brasil – 1979 – 2011.....	38
Gráfico 7 – Valor Total das Autorizações de Internações Hospitalares por Causa (2000-2010) (Em R\$ milhões).....	40
Gráfico 8 – BRASIL: Dias de Permanência por Causa e Faixa Etária (2000-2010).....	40
Gráfico 9 – Faixa Etária dos Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.....	89
Gráfico 10 – Com Quem Residem os Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016	91
Gráfico 11 – Condições de Moradia dos Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.....	93
Gráfico 12 – Renda Familiar dos Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.....	94
Gráfico 13 – Inserção no Mercado de Trabalho dos Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.....	95
Gráfico 14 – Prevalência de Doenças Crônicas segundo os Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.....	96
Gráfico 15 – Acesso à Rede Assistencial em Saúde pelos Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.....	97
Gráfico 16 – Acessibilidade para Pessoas com Capacidades Limitadas segundo os Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.....	100
Gráfico 17 – Higiene Local de Acordo com os Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.....	102

Figura 1 – Níveis de Complexidade em Saúde.....	68
Figura 2 – Da Qualidade em Saúde segundo Malik, 1996.....	77
Figura 3 – Proteção Social ao Idoso no Município de João Pessoa-PB, 2015.....	86
Figura 4 – Banheiro Adaptado no CAISI. João Pessoa/PB, 2016.....	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxas de Fecundidade Total no Mundo	29
Tabela 2 – Esperança de Vida ao Nascer e aos 60 anos por Sexo: BRASIL - 1980, 1991, 2000, 2010	36
Tabela 3 – Gasto per capita do Ministério da Saúde com atenção à saúde 2000-2009.....	69
Tabela 4 – Gênero dos Usuários entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.....	90

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – OS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA.....	17
1.1 A velhice: a guisa de um conceito.....	18
1.2 O envelhecimento enquanto processo mundial.....	27
1.3 O panorama do envelhecimento no Brasil.....	35
CAPÍTULO II – AS VÁRIAS FACES DA VELHICE.....	43
2.1 O velho trabalhador e as amarras do Sistema Capitalista.....	44
2.2 A (des)proteção social brasileira ao idoso.....	48
2.3 Dos arcabouços legais: Política Nacional do Idoso e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.....	54
CAPÍTULO III- AS COMPLEXIDADES EM SAÚDE, ENVELHECIMENTO E QUALIDADE: MÉDIA COMPLEXIDADE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	60
3.1 A saúde do idoso face ao princípio da integralidade.....	61
3.2 As particularidades da Média Complexidade no atendimento à saúde do idoso.....	67
3.3 O processo de busca da qualidade em saúde nos serviços públicos de atendimento ao idoso	74
CAPÍTULO IV – A QUALIDADE DOS SERVIÇOS OFERTADOS NO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB	80
4.1 Procedimentos metodológicos	80
4.2 A rede de proteção à saúde do idoso no município de João Pessoa/PB.....	83
4.3 Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso do município de João Pessoa/PB.....	87
4.4 A caracterização do usuário idoso do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso.....	88
4.5 Módulo I – A infraestrutura do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso.....	99

4.6 Módulo II – Integralidade da produção do cuidado em saúde.....	103
4.7 Módulo III – O sistema de informações construído entre usuários idosos e profissionais do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso.....	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICES.....	127
Apêndice A – Instrumento de Pesquisa para CAISI	128
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	132
ANEXOS	133
Anexo A - Certidão de Aprovação do Comitê de Ética	134
Anexo B - Encaminhamento para realização da Pesquisa	135

INTRODUÇÃO

A saúde se configura como uma das maiores debilidades do Estado brasileiro, o que representa, para o idoso, um agravante ainda maior em virtude das consequências inerentes ao processo de envelhecimento. O direito à saúde, resguardado prioritariamente por meio do Sistema Único de Saúde, apresenta-se de maneira enviesada e incompatível com o seu arcabouço normativo. Ademais, propiciar “saúde” requer considerar os determinantes sociais e condicionantes da mesma, necessitando, pois, das demais políticas públicas que direta ou indiretamente repercutem na vida dos trabalhadores.

Na atual conjuntura, vivencia-se a minimização na base social do Estado brasileiro e a maximização da mercantilização das políticas sociais, sobretudo da saúde, o que acarreta a precarização das políticas públicas e no aumento das desigualdades sociais. Ganha centralidade a debilidade crescente da Política de Saúde face à falta de prioridade das ações do Estado. Neste contexto, depara-se com a precarização do atendimento à saúde integral do idoso.

O envelhecimento populacional tem crescido significativamente em todo mundo. No Brasil, a cada ano acrescentam-se 650 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, o que reflete a necessidade de uma rede de serviço de saúde articulada e preparada para suprir tal demanda (MINISTÉRIO DA SAÚDE *apud* CONASS, 2011). Ainda de acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD, 2013), esse número continua crescendo. Em 2012, o quantitativo de idoso correspondia a 12,6% da população, aumentando para 13% em 2013.

Esta nova configuração da realidade brasileira interfere nos segmentos políticos, culturais, econômicos, sociais e, conseqüentemente, nas políticas sociais. O envelhecimento é considerado questão social, uma vez que é a expressão das contradições inerentes ao sistema capitalismo.

Paradoxalmente, vislumbra-se a intervenção do Estado no seu enfretamento via políticas sociais de viés paliativo. Conseqüentemente, incide a precarização na prestação dos serviços ofertados à população, dentre eles, a saúde, com a ausência de ações e serviços que garantam de forma universal e igualitária a promoção, proteção e recuperação da saúde, ou

seja, a saúde enquanto direito social. Essa propositura afeta veementemente as políticas sociais direcionadas à saúde do idoso.

A saúde se configura enquanto setor imprescindível na questão do envelhecimento, pois na proporção em que as sociedades envelhecem os problemas de saúde entre idosos desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social. No entanto, o sistema de saúde brasileiro apresenta dificuldades na garantia do acesso à saúde com qualidade. São problemas que vão desde o financiamento das ações de saúde a questões intersetoriais (KALACHE, 2008).

O envelhecimento traz consigo padrões de morbidade e mortalidade próprios, apontando a necessidade de estratégias governamentais direcionadas e eficazes à saúde da pessoa idosa. São eles quem mais frequentam os serviços de saúde, pois são acometidos por doenças crônicas que requerem cuidado contínuo. Faz-se necessário o bom funcionamento das complexidades em saúde, como também boas condições de moradia, lazer, renda e afins.

Este perfil diferenciado oriundo do processo de envelhecimento implica em mais serviços especializados e de alta complexidade, até porque a porta de entrada em saúde é falha. É a partir disto e por entender que esse idoso é, em sua maioria, um velho trabalhador marcado por desigualdades e privações de acesso aos serviços básicos de sobrevivência, que sua condição de saúde é fragilizada e necessita de cuidados integrais e de qualidade.

Em torno desta perspectiva insere-se a presente pesquisa, intitulada “Saúde do Idoso: Qualidade do Atendimento na Atenção de Média Complexidade em Saúde em João Pessoa, PB”. Centra-se, como objeto de estudo, analisar a qualidade do atendimento em saúde de Média Complexidade prestada aos usuários idosos no município de João Pessoa, PB. Para proceder à análise da Política Social na área da Saúde do Idoso formularam-se algumas problematizações a partir do pressuposto de que: diante das contradições inerentes ao sistema capitalista é possível proporcionar ao velho trabalhador o direito a uma saúde com qualidade? Nos moldes em que as políticas sociais em saúde são implementadas é possível garantir a integralidade da produção do cuidado ao idoso? A infraestrutura e ambiência dos serviços de saúde são compatíveis com o perfil dos usuários idosos? O sistema de informações construído entre idosos e profissionais é qualificado?.

O interesse por esta temática deriva dos estudos realizados sobre a Saúde do Idoso, das observações e do registro da experiência vivenciada no período em que a pesquisadora participou da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar da Universidade Federal da Paraíba, com ênfase em Atenção à Saúde do Idoso, no período 2012-2014. Despertaram-se inquietações diante da realidade observada, que se esbarrava no descumprimento do direito à saúde do idoso de forma universal, integral e de qualidade, enquanto dever do Estado.

Esta investigação embasou-se na leitura histórico-crítica em torno da qualidade do atendimento prestado às demandas de saúde apresentadas pelos usuários idosos no cotidiano do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), Média Complexidade, a partir da perspectiva dos direitos integrais à Saúde do Idoso, considerando o arcabouço político e econômico que perpassa a saúde brasileira.

Portanto, buscou-se fundamentar esta análise no método histórico-dialético com vista a uma maior compreensão da problemática abordada, uma vez que toma a totalidade da realidade investigada como a unidade do real entre o todo e suas partes (as relações) constituintes, em que o todo não é a soma das partes, mas a expressão da articulação entre as diferentes relações (as partes) que o constitui. (NOGUEIRA, 2002). Tipificou-se esse processo investigativo como uma pesquisa social aplicada, de cunho descritivo, com uso de técnicas de análise quanti-qualitativas.

Para melhor fundamentar as categorias temáticas que perpassam o objeto deste estudo – qualidade, Políticas Sociais, Política de Saúde, Saúde do Idoso - recorreram-se a autores, como: Camarano (2004), Camarano, Kanso e Fernandes (2014), Teixeira (2006, 2008), Paiva (2014), Bravo (2009), Polignano (2005), Cavalcante, Carvalho e Medeiros (2012), Pinheiro (s/d), Malik (1996), Kalache (2008), dentre outros. Utilizou-se ainda de fontes secundárias, como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde e outras, além da pesquisa sobre a legislação pertinente à Política de Saúde e Saúde do Idoso.

Em termos amostrais, este estudo circunscreveu-se a uma amostra do tipo intencional com os seguintes critérios de inclusão: usuários com idade igual ou superior a 60 anos, conforme versa o Estatuto do Idoso; estar sendo atendido (a) pelos serviços do CAISI há pelo

menos seis meses; e não possuir nenhuma doença crônica de ordem neurológica que comprometa sua capacidade cognitiva.

Em termos éticos, esta pesquisa atendeu às exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Para tanto, foi elaborado o protocolo da referida pesquisa e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, cujo modelo de consentimento e certidão de aprovação encontram-se anexo.

Para coleta de dados, optou-se pelo formulário semiestruturado com perguntas objetivas e subjetivas, cujo modelo encontra-se anexo, além da utilização da observação e dos levantamentos bibliográfico e documental.

Os dados coletados foram analisados segundo a sua natureza: os dados quantitativos foram discutidos estatisticamente na perspectiva descritiva com o uso de gráficos e/ou tabelas; e os dados qualitativos foram interpretados mediante aproximação do método de Bardin, a partir dos fragmentos das falas dos entrevistados. A discussão dos dados empíricos foi embasada em análises críticas da pesquisadora, fundamentada nos estudos teóricos referentes aos temas abordados.

Este estudo encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo traz um resgate do processo de transição demográfica e epidemiológica que perpassa o Brasil e o mundo e suas consequências. Aborda o conceito de velhice e suas diversas interpretações. O segundo capítulo trata sobre o velho trabalhador e as amarras do sistema capitalista, a (des)proteção social brasileira ao idoso *versus* a expansão dos arcabouços legais: Política Nacional do Idoso e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. O terceiro capítulo apresenta as complexidades em saúde, envelhecimento e qualidade: Média Complexidade na produção do cuidado, trazendo a discussão sobre a saúde do idoso face ao princípio da integralidade, as particularidades da Média Complexidade no atendimento à saúde do idoso e o processo de busca da qualidade em saúde nos serviços públicos de atendimento ao idoso. Por fim, o último capítulo aborda sobre a qualidade dos serviços ofertados no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso do município de João Pessoa/PB; apresenta a rede de proteção à saúde do idoso no município de João Pessoa/PB e o Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), bem como os procedimentos metodológicos.

A análise dos dados empíricos em interlocução com os estudos realizados responde às indagações iniciais deste estudo: apesar dos avanços em torno do direito à saúde do idoso, em meio a um sistema capitalista excludente e desigual a materialização das políticas sociais e, portanto, o direito integral à saúde do idoso com qualidade, é algo aquém de se realizar. A expansão das políticas de saúde voltadas para o idoso não acompanha os interesses da população, mas sim, os interesses mercadológicos. Assim, os idosos se deparam com ações e serviços precarizados e fragmentados que comprometem a qualidade dos serviços de saúde ofertados.

Enfim, espera-se que este estudo possa contribuir para análises futuras sobre esta temática, cooperando para discussões acerca da qualidade dos serviços de saúde ofertados à pessoa idosa no município de João Pessoa/PB e, conseqüentemente, para re(elaborar) estratégias de potencialização desses serviços.

CAPÍTULO I – OS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

Este capítulo parte das diversas concepções existentes sobre o processo de envelhecimento, quais sejam: biológica, cronológica, crítica e leiga, para traçar as discussões em torno da velhice enquanto fenômeno social importante que vem acompanhando a história da humanidade e que, recentemente, ganhou mais visibilidade em função da longevidade mundial.

Paulatinamente, a história da velhice foi sendo construída. A priori, com seu caráter “naturalizador” (o velho era ora exaltado em sociedades tradicionais ora ignorado em sociedades ocidentais), e a posteriori, à luz da ciência, na qual ganhou diversas interpretações. É importante sinalizar que só a partir da apropriação da ciência sobre o fenômeno do envelhecimento é que o Estado passou a intervir legalmente sobre a questão e seus desdobramentos.

O processo de envelhecimento da população expandiu-se de forma acentuada a partir da metade do século XX, oriundo da transição demográfica e epidemiológica que atravessava o Brasil e o mundo. Evidencia-se, atrelado a este contexto, a queda da taxa de fecundidade e mortalidade infantil, como também o avanço tecnológico, científico, social e político. A partir disto, modificações importantes ocorreram nas configurações societárias com impactos na habitação, educação, previdência, e na saúde da população, dentre outros setores.

Decerto, o crescimento populacional de idosos é um fenômeno mundial que atinge as diversas camadas sociais de forma heterogênea e complexa, sendo ainda uma expressão da questão social. É um fenômeno biopsicossocial que requer a participação de diversos setores: Estado, família, iniciativa privada e sociedade civil.

As mudanças demográficas e epidemiológicas trazem consigo desafios para todo o mundo, diferenciando-se em cada país. As condições históricas, políticas, econômicas e culturais de cada um esboçam os caminhos, avanços e desafios para atender a este novo perfil etário.

Sendo assim, este capítulo centra-se na análise do conceito de velhice e das alterações demográficas e epidemiológicas no mundo e no Brasil até a contemporaneidade, relacionando

os efeitos dessas alterações com o envelhecimento. Assim, considera-se que o envelhecimento populacional em questão tem relação direta com a intervenção histórica do Estado, repercutindo no expressivo contingente de idosos da atualidade, como ainda nas fragilidades cotidianas que esse segmento enfrenta.

1.1 A Velhice: à guisa de um conceito

Este item traz uma exposição das diversas abordagens que guiam a discussão em torno do envelhecimento, considerando as mudanças significativas que o caracterizam ao longo dos anos. Mudanças essas oriundas das relações societárias que são construídas e reconstruídas em determinados períodos históricos, fruto de transformações socioeconômicas, políticas e culturais.

Pode-se dizer que o envelhecimento faz parte da história humana, algumas vezes negativado e outras, positivado. Em algumas civilizações mais antigas, por exemplo, a valorização pessoal aparecia atrelada à capacidade física, força, vitalidade e à virilidade; aspectos da jovialidade eram exaltados. Já em países orientais, o envelhecer era objeto de adoração, de conhecimento e de experiência (ARAÚJO, CARVALHO, 2005). Nessas sociedades o velho era referência para os demais membros da comunidade.

Sendo assim, Santos (*apud* OTTONI, 2013) aponta que o envelhecimento no Oriente, especificamente na China, é considerado como um momento soberano, de alcance espiritual máximo. Beauvoir (*apud* NERI, 1991) afirma que o velho foi poderoso na China, em Esparta, nas oligarquias gregas, em Roma até o século II a.C., e entre os judeus. Já no Ocidente, de acordo com o filósofo e poeta Ptah-Hotep, o Egito de 2.500 a.C, exaltava-o enquanto fraqueza, limitação e pesar, e tratava a eterna juventude como fantasia mítica da natureza humana (SANTOS *apud* OTTONI, 2013). Em outras palavras, havia o sublime da juventude, como também o da velhice, de acordo com a cultura, com o tempo histórico e com a civilização considerada.

Para Neri (1991), a magia e a religião intervinham a favor do velho, sobretudo em sociedades mais ricas e organizadas, onde havia um culto e temor a seus ensinamentos, respeito à tradição. Todavia, “quando a técnica se dissocia da magia, e principalmente quando a escrita se faz presente, a influência do velho declina” (NERI, 1991, p. 38). Se com o advento da escrita, já se alterava as relações na sociedade, hoje, diante do exacerbado

aceleramento e da fluidez das relações sociais, as tradições se perdem para o tempo da internet, do aligeiramento, onde se cultiva, sobretudo, o presente/novo.

O olhar científico em torno do conceito “velhice” iniciou-se fragilmente no século XVI, com Bacon, Descartes e Benjamim Franklin, os quais iniciavam estudos em busca de analisar os aspectos alusivos ao envelhecimento. Porém, apenas na década de 1900 é que as pesquisas científicas em torno do envelhecimento ganharam destaque, com a investigação em torno das transformações fisiológicas e suas perdas para o organismo nesta fase de desenvolvimento (ARAÚJO; CARVALHO, 2005). Até então, para esses autores, a velhice, na maioria das sociedades, era tida como uma questão de mendicância; a noção de velho remetia-se à incapacidade de trabalhar e produzir.

O surgimento de diferentes faixas etárias a partir do século XIX caracterizou-se como um importante fator para a concepção de envelhecimento. Iniciou-se a segmentação da vida em estágios formais, e a separação espacial de vários grupos etários, isto é, a denominação dos períodos da vida em infância, adolescência, fase adulta e velhice nasceram no contexto da sociedade, o que até então não existia (SILVA, 2008).

Vale pautar que a transição entre os séculos XVIII e XIX foi atravessada de mudanças significativas, impulsionadas pela Revolução Industrial, tais como: a constituição do estado burguês, corroborando com o surgimento de um novo modo de produção, o capitalista, e a intensa modernização tecnológica, científica, dentre outras, que impactaram desde o trabalho até a política (MIRANDA, 2012). Essas alterações contribuíram para que a organização da sociedade começasse a ocorrer de acordo com as novas configurações do sistema econômico vigente.

Antes desse período, não havia a segmentação dos estágios da vida, ou seja, a “[...] datação de nascimento avaliava-se pela capacidade de trabalhar e guerrear” dos homens, onde os ricos eram protegidos e, portanto, viviam em melhores condições de vida, e aos pobres restavam-lhes exaustivas jornadas de trabalho e mortes precoces, em guerras, oriundas de epidemias e da fome (ARAÚJO, 2004).

A progressiva “[...] institucionalização das etapas da vida e o processo de identificação dos sujeitos com as categorias etárias atingiram praticamente todas as esferas da vida social, a

família, o trabalho, as instituições do Estado, o mercado de consumo e as esferas de intimidade” (SILVA, 2008, p. 157). Nas sociedades ocidentais,

[...] não somente o ciclo da vida é socialmente padronizado como também seu curso passa, cada vez mais, a ser regulado pelo Estado [...] A infância, a adolescência e a juventude são tempo de escolarização; a idade adulta é o tempo associado à procriação e à participação no mercado de trabalho; a velhice, o tempo da aposentadoria. Essa institucionalização crescente das fases da vida envolve todas as dimensões do mundo doméstico, do trabalho e, também, do consumo. (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2011, p. 19)

Tudo isto é impulsionado por um período de modernização das sociedades ocidentais, sobretudo com o avanço tecnológico. Ainda segundo Silva (2008), dois momentos são importantes para este contexto, quais sejam: o avanço da medicina e a institucionalização das aposentadorias.

Com a medicina, o envelhecimento passa a ser estudado enquanto problema clínico, biológico e fisiológico, cujas principais características se agrupam sob o signo da senescência. A origem da geriatria está ligada às modificações na forma de como a medicina, no século XVIII e XIX, na França, concebia a doença e o corpo envelhecido, conhecido como o discurso da senescência. (KATAZ *apud* GROISMAN, 2002). A senescência corresponde ao processo natural do envelhecimento, “é a somatória de alterações morfológicas e funcionais atribuídas aos efeitos dos anos sobre o organismo” (CURIATI; KASAI; NÓBREGA, 2011, p. 11).

Pode-se sinalizar que, de início, os velhos eram tidos como os demais segmentos populacionais, suas particularidades não eram consideradas, assim como também as das crianças. Groisman (2002, p. 69) apontou que a debilidade da saúde dos velhos não era considerada um estado curável, logo, “o adoecimento seria, portanto, um inevitável e esperado aspecto desse estágio da vida”. A alteração dessa perspectiva ocorreu com os estudos de Bichat, Broussais, Charcot e Louis, os quais passaram a compreender a velhice não apenas como o resultado do avanço dos anos ou da diminuição de energias, mas de acordo com suas condições fisiológicas e anatômicas singulares (SILVA, 2008).

Sendo assim, o discurso sobre a senescência deu origem à geriatria, saber médico que tem o corpo velho como objeto específico de estudo. Esta disciplina surgiu por volta de 1910, com o trabalho do médico norte-americano Ignatz Nascher, o primeiro fisiologista a

estabelecer as bases clínicas para a identificação da velhice (Ibidem, 2008). Até então, velhice e doença estavam diretamente interligados.

A Gerontologia é outra disciplina relacionada ao processo de envelhecimento. Esta nasceu no século XX e foi criada por Elie Metchnikoff, que defendia a ideia do surgimento de uma nova especialidade a partir das expressões *gero* (velhice) e *logia* (estudo). Para ele, essa ciência propunha uma área de investigação profunda sobre o envelhecimento, a velhice e os idosos (PAPALÉO, 2002). Ambas as especialidades de conhecimento incentivaram os estudos científicos em torno do envelhecimento, marcando o século XX com suas novas concepções de velhice. A partir de então houve a expansão de estudiosos que se dedicaram a esta categoria, com a criação de grupos de estudos, como sinaliza este autor.

Para além das alterações na medicina, aquele século caracterizou-se por imensas transformações ocorridas nas sociedades de primeiro mundo e, sobretudo, no mundo do trabalho. No início do século XX, a fórmula de sucesso do capital era através do fordismo (1914), taylorismo (1911) e, logo em seguida, aliando-se ao keneysonianismo. Os princípios defendidos eram:

[...] produção em escala, linha de produção, divisão do trabalho, disciplina e racionalização do processo de trabalho, organização hierárquica, produção e consumo em massa, controle e organização do trabalho por tarefas, repetição, fragmentação do processo, redução do tempo na linha de montagem. (GUIMARÃES; ROCHA, 2008, p. 24)

A lógica era a acumulação e reprodução do capital, e isso implicava em mão de obra trabalhando “a todo vapor”. Sendo assim, aqueles que não se encaixassem neste processo seriam considerados sobrantes para o sistema, como bem apregoava o velho Marx. A acumulação capitalista determina constantemente uma população trabalhadora adicional relativamente excessiva, ao menos no concernente às necessidades de aproveitamento por parte do capital (MARX, 1996).

Cabe sinalizar que a proteção social atribuída aos trabalhadores, com base no estudo de Bering e Boschetti (2008), condicionava-se em dois períodos: um pré-capitalista, com a pretensão de manter a “ordem social e punir a vagabundagem”, junto a ações filantrópicas e pontuais – pode-se apontar aqui as instituições voltadas a atender os desvalidos, indigentes, deficientes – como ainda as leis inglesas que antecederam a Revolução Industrial, Estatuto dos Artesãos (1563) e afins. E o outro, pós sistema capitalista, com as lutas de classes e o

desenvolvimento da intervenção estatal – pode-se apontar, de início, as concessões formais e pontuais na forma das legislações fabris.

Partindo do resgate histórico em torno da proteção social, visa-se compreender a institucionalização das aposentadorias citada por Silva (2008) enquanto momento importante no fortalecimento dos velhos. Isto é, o acesso a este direito trabalhista, como o surgimento das políticas sociais e, conseqüentemente, dos direitos sociais, são avanços importantes para a sociedade, ainda que não alterem as bases do capitalismo.

De acordo com Bering e Boschetti (2008), o surgimento das políticas sociais ocorre de forma diferente entre os diversos países, havendo as políticas orientadas pela lógica do seguro social na Alemanha, do tipo bismarckiano, como também àquelas segundo o Plano Beveridge na Inglaterra, que propunha uma reorganização e ampliação do modelo de seguridade social. No Brasil, as políticas sociais adquiriram as características de sua formação histórica e ocorreram, inicialmente, entre os anos de 1930 e 1943.

As aposentadorias surgiram por meio do Sistema Público de Previdência, especificamente com os Institutos de Aposentadoria e Pensões, os quais cobriam os riscos ligados à perda da capacidade laborativa, velhice, morte, invalidez e doença. Tais benefícios foram, de início, restritos a uma parcela de trabalhadores ligados a determinadas categorias profissionais, marítimos e ferroviários (BERING; BOSCHETTI, 2008). Àqueles que não se inserissem neste contexto ficavam à mercê da caridade religiosa. Havia, ainda, instituições asilares e abrigamentos para os velhos e enfermos desprovidos de família (PAIVA *apud* GROISMAN, 2014).

Corroborando com Paiva, Silva (2008) aponta que a velhice começou a ser parte do discurso de legisladores sociais, dando ensejo à criação de instituições específicas e à especialização expansiva de hospícios em asilo para velhos. Ainda segundo essa autora,

As conseqüências da institucionalização dos sistemas de aposentadoria foram a criação de agentes especializados na gestão da velhice; a transferência da responsabilidade das famílias para esses novos agentes; e a consolidação da velhice como categoria etária. Mas outra conseqüência foi fundamental para a definição da emergente identidade etária da velhice: a associação inequívoca entre velhice e invalidez. De fato, em um momento no qual a capacidade e a posição do indivíduo no trabalho delimitam muito sua identidade, ser aposentado é ser efetivamente inválido, incapaz e ocioso. Tem início então uma associação entre velhice e incapacidade que só recentemente vem sendo desfeita (SILVA, 2008, p. 160)

Vale pontuar que neste período a expectativa de vida da população era bem mais baixa do que a dos dias atuais. Por exemplo, no início do século XX a esperança de vida média mundial era de aproximadamente 30 e 40 anos (ANDRÉ, 2008). A redução da mortalidade infantil, iniciada no final da Segunda Guerra Mundial, aliada à alta fecundidade, ocasionou em uma população muito jovem. O período de 1950-1970 foi marcado por um crescimento populacional elevado. “O Brasil, na época, era um país jovem e de jovens” (CAMARANO, 2014, p. 15).

Essa realidade foi sendo alterada e hoje se constata, de acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano 2014 da Organização Mundial de Saúde (OMS), que nos países com o desenvolvimento humano mais elevado a esperança de vida chega até 81,5 anos, já naqueles com o desenvolvimento humano baixo, a expectativa fica em torno de 68,4 anos. Ou seja, houve um aumento significativo no tocante ao alongamento da vida e consequentemente de aposentados, e esse aumento marca seu início a partir da segunda metade do século XX.

Sendo assim, entende-se o envelhecimento populacional como um fenômeno social relevante, assinalado enquanto conquista social. Para Camarano (2004), uma das transformações sociais mais importantes notadas no Brasil desde a metade do século passado é o prolongamento da vida, que vem provocando ajustes de rumos nas esferas pública, privada, científica e social.

Diante de um novo cenário demográfico e epidemiológico, a velhice passou a tomar maior visibilidade científica e isso resultou em variados aportes conceituais a depender do campo de saber e do paradigma adotado. Esses aportes resultam de diversas disciplinas, como a medicina, antropologia e a gerontologia, como também de órgãos nacional ou mundial, respectivamente, a Política Nacional do Idoso e a Organização Mundial de Saúde.

Antes de detalhar a perspectiva das diferentes áreas sobre o envelhecimento, cabe a *priori*, conceituar os termos Envelhecimento, Velhice e Velho ou Idoso. Para isto, utilizar-se-á da interpretação do estudioso Papaléo (2002).

Para esse autor, o envelhecimento corresponde ao processo que comunga nas fases da vida até a morte. A partir do olhar da “biogerontologia”, o autor pontua o envelhecimento como um “[...] processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do

indivíduo ao meio ambiente [...]” (PAPALÉO *apud* PAPALÉO, 2002, p. 10), acarretando em maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos que podem levar à morte.

A velhice corresponde especificamente à fase da vida. Seria, portanto, considerada a última fase do ciclo da vida, e esta fase final não é constatada através de características físicas, sociais ou psicossociais; é indefinida, pois varia para cada ser humano, ou seja, cada um poderá iniciar este ciclo em momentos diferentes de sua existência. Por fim, o idoso corresponde ao conjunto desses componentes, seria assim o “resultado final”.

Vale salientar que são imensas as considerações em torno dessa temática e, por assim ser, iremos traçar as interpretações a seguir. De início, pontua-se o conceito de idoso considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que propõe que seja utilizado sobretudo o critério cronológico para a definição deste conceito. Sendo assim, considera-se idoso aquele com 65 anos para os residentes em países desenvolvidos ou com 60 anos ou mais para os residentes de países em desenvolvimento. Assim, a formulação deste conceito toma como base os aspectos biológicos de redução da capacidade física, cognitiva e afins, conforme sinaliza Camarano (2004).

O Brasil também se baseia na marcação etária para a definição do processo de envelhecimento, adotando em seus arcabouços legais, na Política Nacional do Idoso, no Estatuto do Idoso e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o idoso como sendo a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, sendo assim mais uma vez utilizados os aspectos biológicos.

Vale lembrar que os aspectos biológicos do envelhecimento correspondem ao “processo de mudanças universais pautados geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, aumento da vulnerabilidade, acúmulo de perdas evolutivas e aumento da probabilidade de morte” (NERI *apud* TEIXEIRA, 2006, p 12). Ou seja, traduz-se em limitações e vulnerabilidades.

Nesta perspectiva, a pesquisadora Ana Amélia Camarano da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (DISOC) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), caracteriza o termo idoso considerando as diversas esferas da vida social, indo além dos fatores orgânicos. Logo,

O conceito de idoso, portanto, envolve mais do que a simples determinação de idades-limite biológicas e apresenta, pelo menos, três limitações. A primeira diz respeito à heterogeneidade entre indivíduos no espaço, entre grupos sociais, raça/cor e no tempo. A segunda é associada à suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais e a terceira à finalidade social do conceito de idoso. (CAMARANO, 2004, p. 05)

Atualmente, essa autora traz à tona um debate em torno da alteração da faixa etária definida para o idoso no Brasil, questionando: “A definição de população idosa ficou velha?”, pois ao considerar o aumento da esperança de vida e as mudanças nos papéis sociais do idoso haveria a necessidade de rediscussão deste conceito, que está instituído desde a implementação do Estatuto do Idoso. Ainda, segundo ela, no tocante às políticas públicas e aos benefícios sociais, a definição de grupo etário, dentre os quais o do idoso, simplifica a heterogeneidade do segmento, limitando muitas vezes o acesso de uns a determinado benefício ou política e incorporando outros que não necessitam. (CAMARANO, 2013)

De cunho antropológico, constata-se que assim como a velhice os demais estágios da vida humana não constituem “substanciais” adquiridos pelos indivíduos com a idade cronológica; ao contrário, o processo biológico é apropriado e elaborado simbolicamente por meio das fronteiras etárias, políticas, sistema local e rituais. Assim, mesmo em uma mesma sociedade, o envelhecimento ocorre de forma diferenciada (MINAYO; COIMBRA JR, 2011).

Ainda segundo o antropólogo Debert (1994, p. 08), “[...] as representações sobre a velhice, a idade a partir da qual os indivíduos são considerados velhos, a posição social dos velhos e o tratamento que lhes é dado pelos mais jovens ganham significados particulares em contextos históricos, sociais e culturais distintos”, a velhice é portanto uma construção social.

Afirmar [...] que as categorias de idade são construções culturais e que mudam historicamente não significa dizer que elas não tenham efetividade. Essas categorias são constitutivas de realidades sociais específicas, uma vez que operam recortes no todo social, estabelecendo direitos e deveres diferenciais no interior de uma população, definindo relações entre as gerações e distribuindo poder e privilégios.

No tocante à geriatria, segundo Pereira, Schneider e Schwanke (2009) esta corresponde a uma especialidade médica responsável pelos aspectos clínicos do envelhecimento, pelos amplos cuidados de saúde necessários às pessoas idosas. Isto é, a geriatria considera sobretudo as questões biológicas/patológicas do envelhecimento.

Do ponto de vista dos gerontólogos, como Neri (2008) e Papaléo (2002), a gerontologia refere-se a um campo multi e interdisciplinar que busca estudar as pessoas idosas, as características da velhice e o processo de envelhecimento, considerando os determinantes biopsicossociais. Esta ultrapassa os aspectos da geriatria, caracterizando por sua concepção mais completa o processo de envelhecimento.

Para estudiosos como Ferreira, Teixeira (2014) e Paiva (2014), que adotam a perceptiva crítica em torno das políticas sociais, a velhice deve ser entendida em seus aspectos multidimensionais e heterogêneos e enquanto dimensão da expressão da questão social, a qual necessita de atenção e de inserção das discussões das agendas das políticas públicas. Para esta última autora, a velhice deve ser considerada enquanto resultado de todo o processo de vida e trabalho humano e não enquanto processo de experiência mística ou transcendental.

Da concepção demográfica, o envelhecimento caracteriza-se pelo processo quantitativo de anos vividos. A demografia, segundo o dicionário Português, corresponde ao estudo quantitativo das populações humanas, de suas variações e de seu estado. Para Camarano (2014), o Brasil e vários países do mundo vivem um novo paradigma demográfico, e isso se dá devido a uma diminuição no contingente populacional a partir de 2035, inclusive da força de trabalho, e de uma estrutura etária superenvelhecida.

Ainda cabe pontuar que há também interpretações ingênuas e leigas sobre o processo de envelhecimento, as quais defendem, por exemplo, a homogeneidade da velhice, ou aspectos meramente negativos da mesma, conforme aponta Camarano (2004). São posicionamentos simplistas, que renegam a complexidade da questão e fragmentam o entendimento ao não considerarem os aspectos históricos, sociais, culturais, psicológicos e políticos.

Não obstante, apesar de todas delimitações mencionadas acima, faz-se necessário ressaltar a consideração de Neri (1991), em seu livro “Envelhecer num país de Jovens”, onde afirma não haver respostas prontas e acabadas para definir as questões em torno da velhice, do velho ou do envelhecimento. Segundo a autora, trata-se de um fenômeno que engloba múltiplos significados, contextualizados por fatores “individuais, interindividuais, grupais e culturais”. Até as interpretações profissionais afunilam-se em conceituar essa temática conforme suas fontes ideológicas, limitando muitas vezes o termo ao seu interesse pessoal de estudo.

Este trabalho está se apoiando na concepção defendida por estudiosos de que o envelhecimento corresponde a um processo multidimensional, heterogêneo e complexo, enquanto expressão da questão social. Destarte, entende-se o envelhecimento populacional como um fenômeno social importante, assinalado enquanto conquista social, que precisa ser discutido e reforçado nos debates acadêmicos e científicos.

1.2 O Envelhecimento enquanto processo mundial

O crescimento populacional de idosos é um fenômeno global que atinge as diversas camadas sociais de forma heterogênea e complexa. As mudanças demográficas e epidemiológicas trazem consigo desafios para todo o mundo. Para Kalache (2008), há um agravante maior para os países em desenvolvimento, pois ao contrário dos países desenvolvidos que se tornaram ricos antes de envelhecer, os primeiros estão envelhecendo antes de enriquecerem. As condições históricas, políticas, econômicas e culturais de cada país irão esboçar os caminhos, avanços e desafios para atender a este novo perfil etário.

Em todo o mundo, de acordo com o relatório da População das Nações Unidas e Helpage International (2012), “a cada segundo 2 pessoas celebram seu sexagésimo aniversário [...]. Uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050 [...]”. Ainda conforme este relatório, o envelhecimento abrange países desenvolvidos e em desenvolvimento, com progresso mais rápido no segundo caso. Por exemplo, dos 15 países com mais de 10 milhões de idosos, 7 estão em desenvolvimento. Decerto, o envelhecimento toma uma dimensão global e requer intervenção entre o conjunto da sociedade para poder garantir um envelhecer sadio e harmonioso.

Essa progressão do envelhecimento populacional é determinada pela queda da taxa de fecundidade e mortalidade, como ainda pelas mudanças nos padrões das causas da mortalidade. Com a transição epidemiológica, reduziram-se as mortes por doenças infectocontagiosas e parasitárias, emergindo um cenário de prevalência de doenças crônico-degenerativas, e isto se deu de forma particular em cada país (CAMARANO, 2004; KANSO, 2013; FERREIRA, TEIXEIRA, 2014).

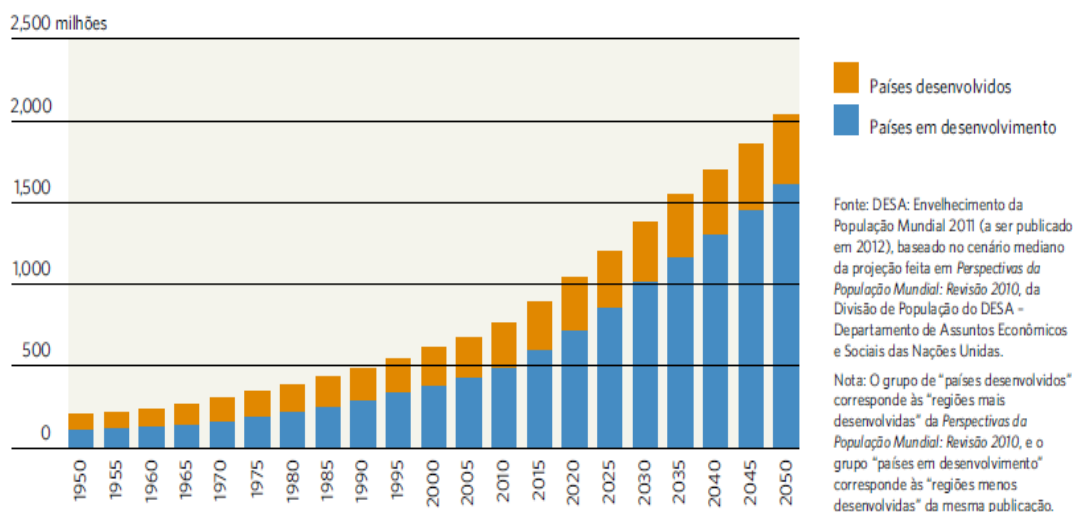
Em 2012, havia em torno de 810 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que correspondia a 11,5 % da população global. As análises estimam que em menos de 10 anos

esse número alcance 1 bilhão de pessoa e que duplique em 2050 atingindo 2 bilhões de pessoas, ou seja, 22% da população mundial. Em 2050 haverá pela primeira vez mais pessoas idosas do que crianças menores de 15 anos (POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; HELPAGE INTERNATIONAL, 2012)

Em termos gerais, o crescimento populacional é maior nos países mais pobres, onde as preferências de fecundidade são mais altas, onde os governos carecem de recursos para atender à crescente demanda por serviços e infraestrutura, onde o crescimento dos empregos não está acompanhando o número de pessoas que entram para a força de trabalho e onde muitos grupos populacionais enfrentam grandes dificuldades no acesso à informação e aos serviços de planejamento familiar (POPULATION REFERENCE BUREAU; UNFPA *apud* POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; HELPAGE INTERNATIONAL, 2012)

O gráfico abaixo apresenta a expansão do envelhecimento no mundo, retratando a incidência maior do envelhecimento nos países em desenvolvimento.

Gráfico 1 – Número de Pessoas com 60 anos ou mais: Mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950-2050



Fonte: DESA: Envelhecimento da População Mundial 2011 (a ser publicado em 2012), baseado no cenário mediano da projeção feita em *Perspectivas da População Mundial: Revisão 2010*, da Divisão de População do DESA – Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas.

Sendo assim, um fator que era característico de países de primeiro mundo passou a ser verificado de forma acelerada nos países periféricos (MENDONÇA; PEREIRA, 2013). O avanço do número de idosos corrobora para um declínio no crescimento populacional no

século XXI, tendo como determinante principal a baixa taxa de fecundidade. Nos países desenvolvidos esta queda iniciou no final do século XIX e nos países em desenvolvimento a partir da segunda metade dos anos 1960 (CAMARANO, 2014). A população diminui, entretanto, o número de idosos aumenta.

Tabela 1 – Taxas de Fecundidade Total no Mundo

Taxas de Fecundidade Total (nascimentos por mulher)	
Mundo	2,5
Mais desenvolvidos	1,7
Menos desenvolvidos.....	2,8
Minimamente desenvolvidos	4,5
África Subsaariana	5,1

Fonte: Nações Unidas, 2011.

Dados do United States (2013) apontam que dos 202 países sobre os quais se tem informações, 80 apresentam taxa de fecundidade abaixo de 2,14. Destes, 50% localizam-se na Europa e 18% na América Latina (UNITED STATES *apud* CAMARNO, 2014). No total, trinta países experimentam taxa de fecundidade inferior a 1,5 filho, o que é considerado muito baixo. Em regiões como o Sul e Leste da Europa, Rússia e Ásia Oriental, a taxa de fecundidade encontra-se em torno da metade do necessário para a reposição de sua população (CAMARANO, 2014). São dados alarmantes que implicam na necessidade de planejamento para que se possam manter as sociedades “vivas”.

Por exemplo, Portugal pode perder nas próximas décadas aproximadamente 1 milhão de habitantes, um quantitativo significativo de sua população, e isso oriundo da queda de fecundidade, como também da emigração devido à crise econômica que assola o país. (MELLO *apud* CAMARANO, 2014). Na Itália, os níveis de fecundidade estão levando à redução de metade da população e à inversão da pirâmide etária (LIVI-BACCI, *apud* CAMARANO, 2014), assim como vem ocorrendo no Brasil. Enquanto fatores que contribuem para o declínio da fecundidade estão o crescimento econômico e desenvolvimento dos países, questões culturais, maior acesso das mulheres à educação, geração de renda e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, UNFPA, 2011).

Um caso particular de fecundidade é o da África Subsaariana, onde as mulheres têm três vezes mais filhos, em média, do que as das regiões mais desenvolvidas do mundo. Arelado a isto está a falta de planejamento familiar, a pobreza, a desigualdade de gênero e as pressões sociais (POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; HELPAGE INTERNATIONAL, 2012). As alterações nas taxas de fecundidade nas próximas décadas poderão trazer consequências para o tamanho, estrutura e distribuição da população a longo prazo (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2013).

Decerto, o envelhecimento mundial incorpora diversos fatores que direta ou indiretamente relacionam-se a questões políticas, sociais, culturais, tecnológicas e religiosas. Outro fator associado ao crescimento de idosos no mundo se dá, segundo a Organização Mundial de Saúde, pelo declínio nas mortes por doenças cardiovasculares e devido às intervenções simples e de baixo custo para reduzir o uso do tabaco e a pressão arterial elevada. Todavia, a relação “viver mais” nem sempre é acompanhada por “viver bem”.

Para Camarano, Kanso, Fernandes (*apud* KANSO, 2013) e para a Organização Mundial de Saúde (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2014), embora os idosos estejam vivendo mais anos, eles estão vivendo com maior incapacidade, ou melhor, não estão mais saudáveis, e isto também é oriundo da prevalência de doenças crônicas que comprometem a qualidade de vida dos idosos. Em todo o mundo mais de 46% das pessoas com 60 anos ou mais apresentam incapacidades moderadas ou graves. Estima-se ainda que existe cerca de 35,6 milhões de pessoas com demências no mundo, e isso tende a duplicar a cada 20 anos, podendo chegar a 65,7 milhões em 2030 (POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; HELPAGE INTERNATIONAL, 2012)

Embora não se deva resumir o envelhecimento ao biológico é imprescindível considerar as limitações físicas e mentais que surgem com o desgaste do corpo, e neste sentido, o idoso encontra-se muitas vezes vulnerável, particularmente quando se depara com uma rede de proteção social fragmentada e reducionista, prevalecendo os interesses econômicos de Estados e, assim, resultando em sistemas paliativos e privativos a quem possa pagar.

Estudos como o relatório “Envelhecimento no Século XXI: celebração e desafio” publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e pela HelpAge International (2012, p. 5), afirmam que o acesso à saúde com qualidade deve ter centralidade

quando a temática for envelhecimento, “pois ter vida saudável resultará em maiores oportunidades e mais baixos custos para os idosos, para suas famílias e para a sociedade”.

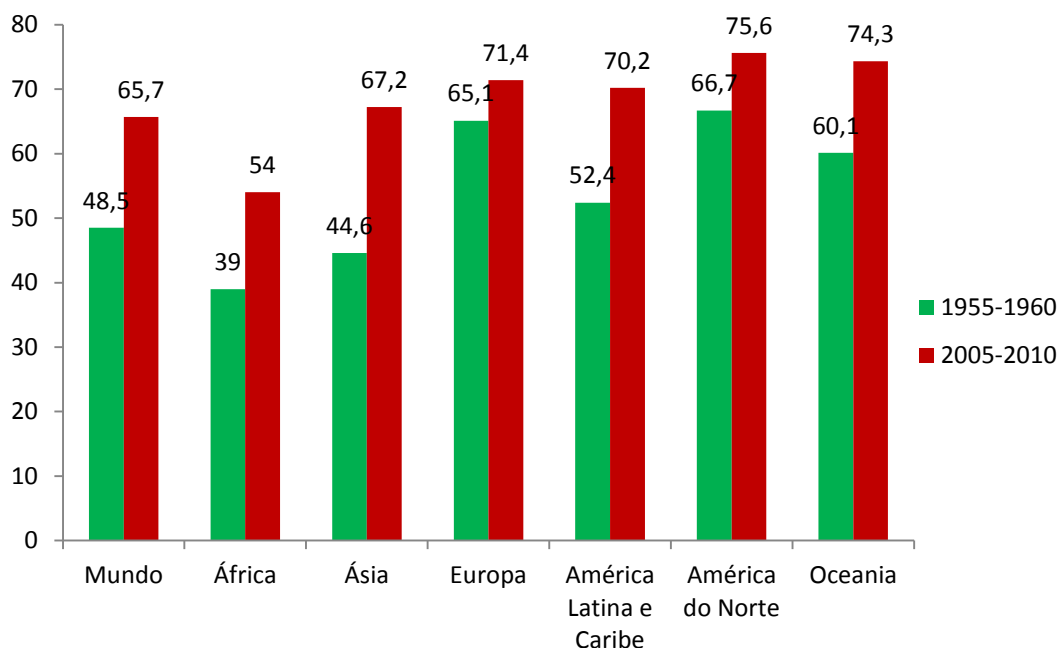
Paulatinamente, a maioria dos países envelhece e entre os idosos a taxa de crescimento ocorre de forma diferenciada. Segundo projeções das Nações Unidas (2013), os idosos com 80 anos ou mais de idade apresentarão uma taxa de crescimento mais elevada, ou seja, um valor de 3,2% ao ano entre 2040 e 2050, 2,5 vezes maior do que o observado para o grupo de 60 a 79 anos no mesmo período (UNITED NATIONS *apud* KANSO, 2013). Essa forma diferenciada do envelhecimento requer considerações que atendam às singularidades deste processo, pois cada momento apresenta fatores próprios.

A esperança de vida é outro indicativo considerado para observar o processo de envelhecimento. De acordo com o "*Health Statistics 2014*", publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), “uma menina que nasceu em 2012 pode esperar viver até cerca de 73 anos e um menino até 68 anos de idade. Esta expectativa é cerca de seis anos a mais do que a expectativa de vida média global para uma criança nascida em 1990” (BRASIL, 2014, p. 1).

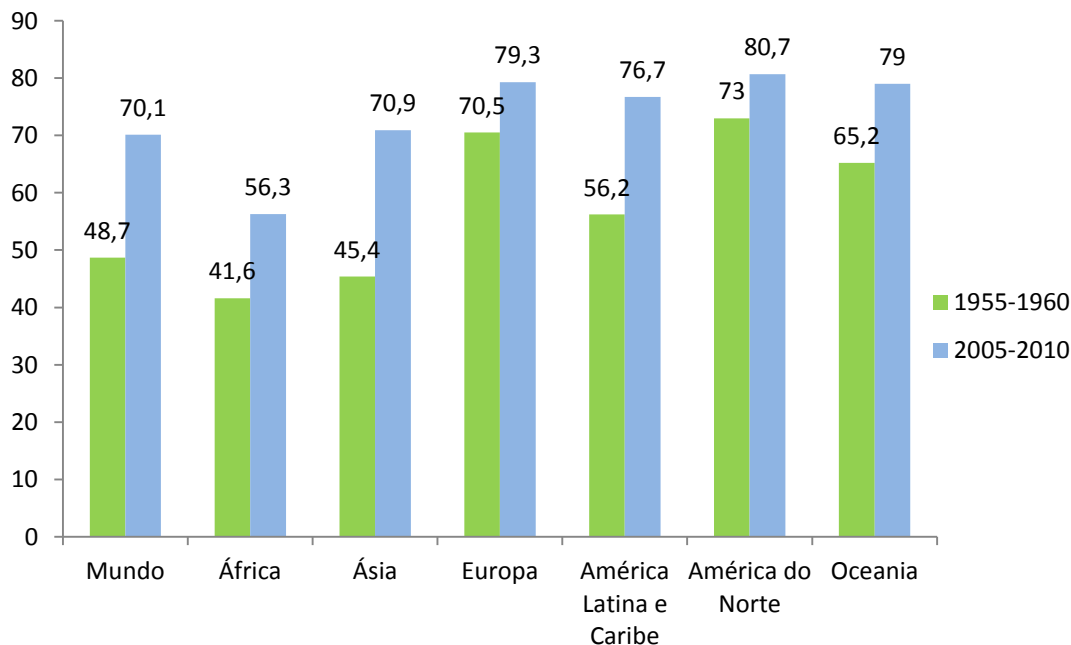
O relatório aponta ainda que,

[...] os países de baixa renda têm feito os maiores progressos, com um aumento médio da expectativa de vida por nove anos de 1990 a 2012. Os seis principais países onde a expectativa de vida aumentou mais foram Libéria, com aumento de 20 anos (a partir de 42 anos, em 1990, a 62 anos, em 2012), seguido de Etiópia (de 45 a 64 anos), Maldivas (58-77 anos), Camboja (54 a 72 anos), Timor-Leste (50 a 66 anos) e no Ruanda (48-65 anos).

De maneira geral, estima-se que a expectativa de vida deverá crescer nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, com previsão de 76 anos no período entre 2045-2050 e 82 anos em 2095-2100. As pessoas que moram nos países desenvolvidos poderão viver, até o final do século, em média de 89 anos, enquanto que as que residem em países em desenvolvimento devem viver cerca de 81 anos (POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; HELPAGE INTERNATIONAL, 2012). Os gráficos a seguir sinalizam o aumento da esperança de vida no mundo.

Gráfico 2 - Esperança de Vida no Mundo ao nascer – Homens (1955/1960 – 2005 -2010)

Fonte: U.N. (apud KANSO, 2013)

Gráfico 3 - Esperança de Vida no Mundo ao Nascer – Mulheres (1955/1960 – 2005/2010)

Fonte: U.N. (apud KANSO, 2013)

Verifica-se, portanto, o aumento gradual da expectativa de vida, sendo ainda mais elevado para as mulheres. Geralmente, as mulheres vivem mais do que os homens por causa de vantagens biológicas e comportamentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE,

2011), além de que fatores externos como homicídios também estão mais relacionados ao sexo masculino (CERQUEIRA; MOURA, 2014). Em todo o mundo, as mulheres vivem mais que os homens, o que se confirma com os dados dos gráficos acima. O que não se pode afirmar é que as mulheres vivem em condições melhores que os homens.

Mundialmente, o envelhecimento é também uma questão de gênero, dado que as mulheres correspondem à maioria das pessoas idosas. Em 2012, para cada 100 mulheres com 60 anos ou mais de idade havia apenas 84 homens. E para cada grupo de 100 mulheres com 80 anos ou mais existiam apenas 61 homens. Deste modo, o envelhecimento ocorre de forma diferenciada entre mulheres e homens (POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; HELPAGE INTERNATIONAL, 2012).

O superenvelhecimento, como nomeia Camarano (2014), é outro fator importante no processo do envelhecimento mundial, ou seja, além da inversão na pirâmide etária, de jovens para idosos, ocorre simultaneamente o fenômeno do “centenário” ou idosos mais velhos. De tal modo que a tendência é que as pessoas consigam alcançar idades ainda mais avançadas. De acordo com os dados da População das Nações Unidas e da Helpage International (2012), o número de centenários aumentará de 316.600, em 2011, para 3,2 milhões em 2050.

As alterações no prolongamento da vida resultam em um segmento de pessoas distintas, ativas, com total autonomia, “com capacidade de contribuir para o desenvolvimento econômico e social e que desempenham papéis importantes na família” (CAMARANO, 2004, p. 2), e também pessoas com incapacidades e demências, impossibilitadas de realizar atividades básicas da vida diária. Cada grupo deste segmento, ricos, pobres, indígenas, analfabetos, negros, homens, mulheres, possuem necessidades e características diferentes, o que comprova a importância de discussões e estudos sobre essa temática, os quais devem ultrapassar visões estereotipadas ou reducionistas e considerar a complexidade de tal.

Significativamente, caminha-se para um período de redução da população mundial adicionado ao envelhecimento e às transformações nas esferas econômica, social, política, ambiental, arranjos familiares e no papel da mulher na sociedade. São quesitos que influenciam o processo de envelhecimento populacional e que precisam acompanhar o ritmo de mudança para que se possa manter a sociedade harmônica em suas diversas esferas.

Colocam-se em xeque desafios diários e cotidianos em todo o mundo, sobretudo nos países em desenvolvimento que, como já mencionado, vem expressivamente alterando seu perfil etário. São provocações que já fazem parte destes países, mas que necessitam ainda mais de um olhar aguçado tendo em vista a complexidade do processo de envelhecimento. Estas provocações incluem, por exemplo: o atendimento das necessidades sociais básicas, como educação e saúde. (CAMARANO, 2004).

Sintetizando, já se constatou que embora o mundo esteja envelhecendo sua população total irá declinar. Grande parte desta tendência de envelhecimento ocorre sobretudo em países em desenvolvimento, com causas diversas, variando desde mudanças nas taxas de fecundidade até alterações nas causas de mortalidade, a depender da região.

Cumprе sinalizar que as economias também estão envelhecendo. Segundo a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), estas economias correspondem quando o consumo de idosos (65 anos ou mais) é maior ao consumo de crianças e adolescentes (0 a 19 anos). Há 30 anos não era possível verificar economias envelhecidas, mas informações atuais relatam que em 2010 já haviam 23 economias envelhecidas no mundo e que se estima que em 2040 serão 89 e em 2070, 155 (KANSO, 2013, UNFPA; HELPAGE INTERNATIONAL, 2012).

O envelhecimento da população é um fenômeno que já não pode mais ser ignorado, pois repercute nas diversas esferas da sociedade e se caracteriza por suas singularidades. De tal modo, vem sendo temática de Estado, mas ainda não em sua visão mais ampla, mas sim em sentido restrito. A transição demográfica e epidemiológica já é realidade tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento e rebata na urgência de ações que acompanhem estas mudanças.

O Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento realizado em Madri, em 2002, reflete o primeiro compromisso internacional no tocante ao envelhecimento, tendo como meta a inclusão do envelhecimento em todas as políticas de desenvolvimento social e econômico e a redução à metade do envelhecimento com pobreza até 2015, alinhando-se ainda com as metas de desenvolvimento do milênio (KALACHE, 2008). Apesar disto, observa-se, neste ano, 2015, o quão aquém está a execução de políticas direcionadas à efetivação deste plano e a um envelhecimento digno.

1.3 O Panorama do envelhecimento no Brasil

A evolução científica e tecnológica corroborou para o prolongamento e para a qualidade da vida. No entanto, o envelhecimento é cercado por questões políticas, sociais, econômicas e culturais que o fazem divergir entre países e regiões. Como afirmado por Camarano (2004), Teixeira (2006), Paiva (2014), Silva e Yazbek (2014) é um processo heterogêneo e singular.

Silva e Yazbek (2014) enfatizam que as desigualdades sociais propiciam um cenário ainda mais desafiador para a superação das dificuldades enfrentadas na garantia de um envelhecimento digno. Sendo assim, nos países latino-americanos, dentre eles o Brasil, esta etapa da existência humana tem sido um grande desafio para a maioria dos idosos.

A saber, o envelhecimento populacional no Brasil, assim como no contexto mundial, toma visibilidade a partir da queda da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida, aqui, oriundo a partir da segunda metade da década de 1960. Entre 1940 e 2010 este segmento passou de 1,7 milhões - 4,4% da população, para 20,5 milhões – 10,8% da população, e o aumento na expectativa de vida no mesmo período passou de 41,5 anos para 73,5 anos (KANSO, 2013).

Gráfico 4 – Envelhecimento Populacional no Brasil

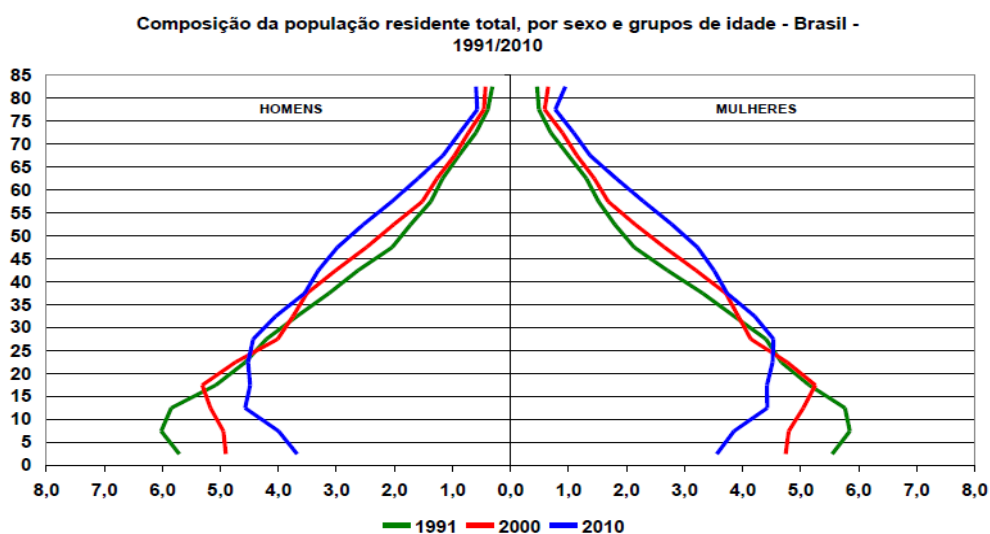
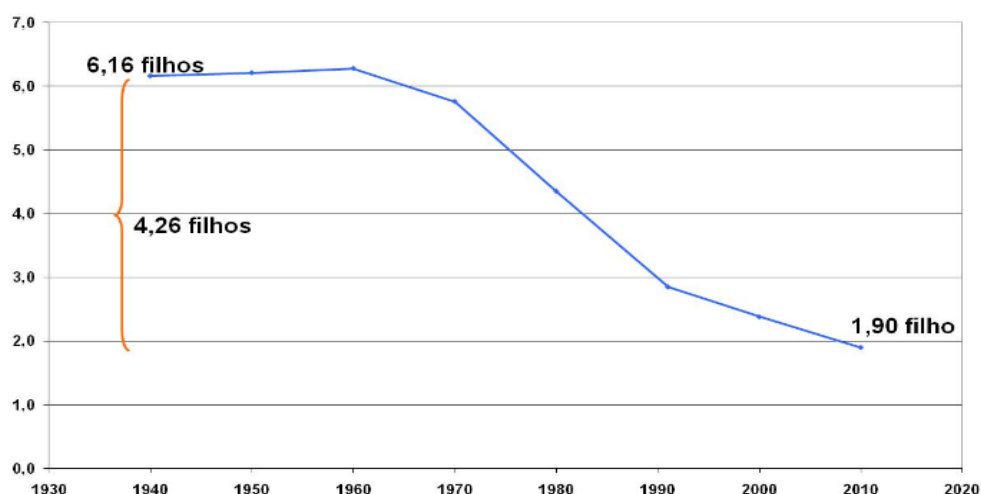


Gráfico 5 – Taxa de Fecundidade Total no Brasil – 1940/2010**Taxa de fecundidade total – Brasil – 1940/2010**

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010.

Atualmente, no Brasil, conforme Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio (2013), 13% de sua população total é composta por pessoas com 60 anos ou mais de idade. A distribuição desses idosos ocorre de forma mais expressiva nas seguintes regiões: Rio de Janeiro (16,0%) e região metropolitana (16,7%), Rio Grande do Sul (16,6%) e região metropolitana de Porto Alegre (15,4%), Santa Catarina (14,1%), São Paulo (13,9), Minas Gerais (13,6), região metropolitana de Recife (13,6%), Pernambuco (13,5%), Ceará (13,3%) e Paraíba com 13% de sua população formada por idosos (IBGE, 2014).

Nas últimas quatro décadas houve um aumento de 13 anos na esperança de vida ao nascer do país e de 6,4 anos na esperança de vida aos 60 anos. A tabela a seguir sinaliza o aumento na esperança de vida dos brasileiros. (KANSO, 2013)

Tabela 2 - Esperança de Vida ao Nascer e aos 60 anos por Sexo: BRASIL - 1980, 1991, 2000, 2010

	Esperança de Vida ao nascer		
	Homens	Mulheres	Total
1980	59,3	65,7	62,4
1991	63,5	71,6	67,5
2000	67,2	74,8	70,9
2010	71,2	79,1	75,0

Esperança de Vida aos 60 anos de idade			
	Homens	Mulheres	Total
1980	15,4	17,8	16,7
1991	16,7	19,8	18,4
2000	18,0	21,3	19,7
2010	21,2	24,8	23,1

Fonte: Camarano e Kanso, (mimeo). (*apud* KANSO, 2013)

Os idosos brasileiros estão vivendo mais, na medida em que pessoas de 80 anos ou mais de idade estão crescendo na pirâmide etária do país e já representam 1,8 % da população brasileira (IBGE, 2014). Conforme Camarano (2014), esse fenômeno é ocasionado pelas melhores condições de saúde da população. Indiretamente, o aumento da escolaridade feminina associado à redução das diferenças de gênero tem minimizado a importância do casamento e da maternidade para as mulheres (REHER, 2007; JONES, 2011, *apud* CAMARANO, 2014), o contribui para a baixa taxa de fecundidade.

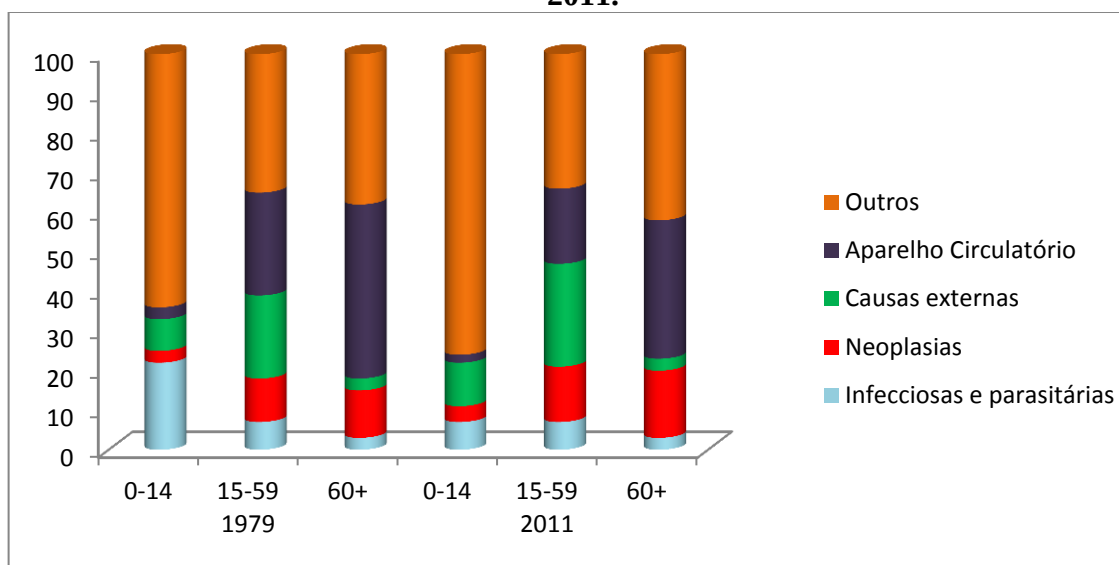
O envelhecimento no país reflete a questão de gênero, considerando que os idosos brasileiros correspondem, em sua maioria, a pessoas do sexo feminino - 55% (IBGE, 2014). A feminização da velhice está associada à sobremortalidade masculina, dado que em torno de 60% dos óbitos são do sexo masculino contra 40% do sexo feminino. Por exemplo, entre 15 a 29 anos, para cada cem óbitos do sexo feminino, morrem 396 homens. Em 1980, a esperança de vida ao nascer masculina era de 59,3 anos em 2010, e passou para 70,1 anos. Entre as mulheres, era de 65,7 anos e aumentou para 77,7 anos. (KANSO, 2013).

De acordo com Fiala e Brázdová, Wong e Chung, (*apud* KANSO, 2013), há uma maior exibição masculina a fatores de risco,

[...] bem como a menor utilização dos serviços de saúde, seja de promoção ou prevenção, são frequentemente citadas como fatores que contribuem para maior mortalidade masculina. O segundo ponto é sobre a maior variabilidade à idade ao morrer entre os homens, que pode estar associada à elevada mortalidade entre os jovens devido a causas externas. (KANSO, 2013, p. 174)

É importante notar que o padrão de mortalidade alterou-se nos últimos 30 anos. Antes, predominavam mortes ocasionadas por doenças infecto-contagiosas, enquanto, hoje, as neoplasias e as causas externas ganharam destaque e são as principais causas de morte no país.

Gráfico 6 – Distribuição Proporcional das Causas de Mortes Por Idade no Brasil – 1979 – 2011.



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS. (apud KANSO, 2013)

A longevidade brasileira também se relaciona diretamente com a previdência social, tendo em vista as particularidades do processo de envelhecimento. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014) afirmam que, em 2013, 23,9% das pessoas com 60 anos ou mais de idade não recebiam aposentadoria ou pensão, contra 7,8 que acumulavam os dois benefícios. Este quantitativo que não recebia os benefícios, subentende-se que possivelmente estejam inseridos no mercado de trabalho, dado que a taxa de ocupação foi de 27,4% nesta faixa etária.

Cabe pautar que dentre os idosos inseridos no mercado de trabalho, 69% possuem trabalhos informais, isto é, sem garantias trabalhistas. Além disto, os trabalhadores informais são os que recebem menores rendimentos. Em 2013, o rendimento médio da população ocupada em trabalhos informais correspondia a 57% do rendimento médio da população ocupada em trabalhos formais (IBGE, 2014). Uma disparidade gritante de rendimentos, o que sinaliza a precariedade do trabalho informal, sobretudo nesta etapa da vida. Todavia, o ínfimo valor referente aos benefícios recebidos, como ainda os custos de vida elevados no

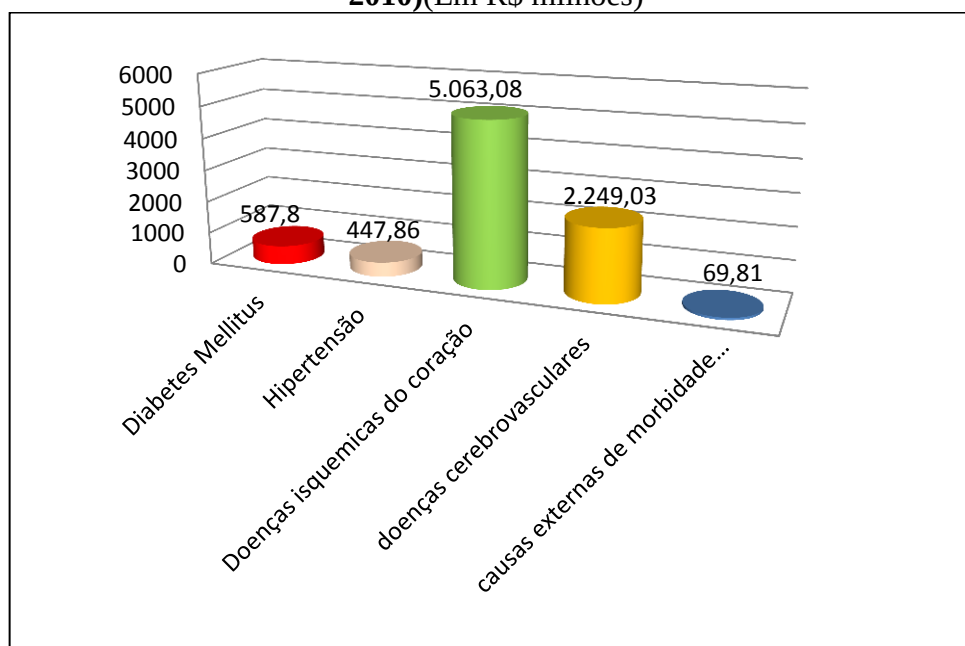
envelhecimento, induzem muitos a procurarem um complemento de renda a fim de melhorar sua condição de vida.

O rendimento do idoso é uma variável significativa para a sua qualidade de vida. Esse advém em maior parte dos benefícios supracitados, como também do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que corresponde ao valor de 1 salário mínimo pago aos idosos com idade de 65 anos ou mais que comprovem renda mensal familiar *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Em 2012, existia 1.750.121 idosos beneficiários do BPC (DATAPREV, *apud* BRASIL, MINISTÉRIO DE COMBATE A FOME, 2013). O fato é que para muitos idosos este benefício corresponde a sua principal renda e talvez seja a primeira “renda” fixa.

O recorte em torno do envelhecimento do país aponta ainda para o baixo nível de escolaridade deste segmento, com média de 4,7 anos de estudo, variando de acordo com a região geográfica. Por exemplo, no Nordeste a média é de 3,3 anos de estudo, já no Sudeste a média sobe para 5,5 anos. Vale salientar que 28,4 % dos idosos tinham menos de um ano de estudo, agravando esse percentual para 46,9% na região Nordeste (BRASIL, IBGE, SIS, 2014). Considerando o bem social da educação na formação e no desenvolvimento humano, destacam-se as limitações deste grupo etário nesta fase da vida, dado também pelo seu baixo nível educacional.

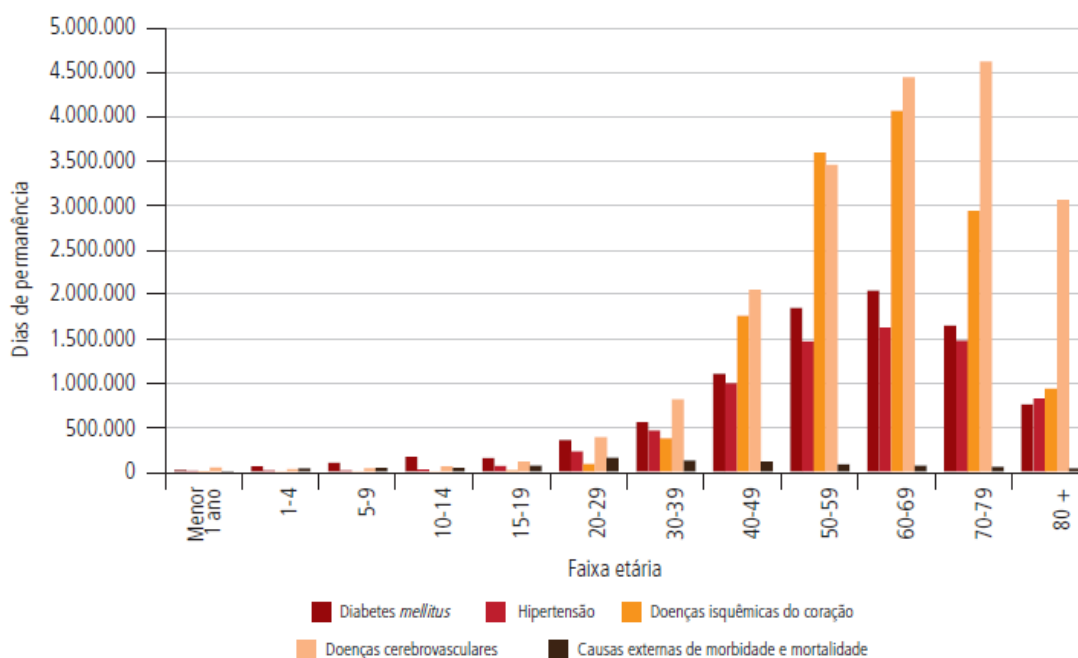
Os idosos são a parte da população brasileira que cresce em ritmo acelerado e que demanda o desenvolvimento de políticas públicas e sociais que acompanhem esta expansão. Na saúde, este segmento populacional já demanda maiores gastos públicos. Para Nunes, Glennerster, Matsaganis, e Rubio (*apud* MARINHO, CARDOSO, ALMEIDA, 2014) isto ocorre porque o tratamento de doenças crônico-degenerativas (ex.: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes, doenças respiratórias) é mais oneroso, e estas são as doenças que mais acometem este público na atualidade. As taxas de internação dos idosos também são mais elevadas, visto que estes utilizam mais os serviços de saúde e o tempo médio de sua internação é maior do que as demais faixas etárias. Isto é, os idosos demandam assistência de alta complexidade e de alto custo, mesmo porque o Brasil não possui em sua formação histórica foco prioritário em ações de prevenção e promoção em saúde, o que reflete na qualidade de saúde nas idades mais avançadas.

Gráfico 7 - Valor Total das Autorização de Internações Hospitalares por Causa (2000-2010)(Em R\$ milhões)



Fonte: Fonte: SIH/SUS. (apud MARINHO, CARDOSO, ALMEIDA, 2014)

Gráfico 8 – BRASIL: dias de permanência por causa e faixa etária (2000 – 2010)



Fonte: SIH/SUS. Elaboração dos autores. (apud MARINHO, CARDOSO, ALMEIDA, 2014)

Os problemas de saúde dos idosos permanecem por um longo período, requerendo cuidado contínuo, pessoal qualificado, trabalho integrado de equipes multidisciplinares,

equipamentos, exames complementares e afins. Cabe mencionar que a população de menor poder aquisitivo é quem mais utiliza os serviços de saúde, pois, quanto menor a renda, maior a prevalência de patologias e agravos diversos (MARINHO, CARDOSO, ALMEIDA, 2014).

Para Minayo e Coimbra Junior (2011), embora haja novas conformações demográficas e epidemiológicas no Brasil, com novos horizontes no cuidado ao envelhecimento, o trato com este fenômeno no país ainda repercute sob um viés de caridade pública para os pobres e indigentes, como também de forma reducionista enquanto questão médica.

A tradicional perspectiva hospitalocêntrica é outra característica fortemente presente na contemporaneidade, em que a medicalização da vida sobrepõe-se à prevenção e a investimentos contínuos e de qualidade que englobem todas as esferas da vida: habitação, saneamento, lazer, trabalho, saúde, educação, dente outras.

O envelhecimento populacional traz novas configurações na maneira como a pessoa idosa passa a ser vista na sociedade, imprimindo à velhice a dimensão de expressão da questão social. Assim, sua inserção na agenda das políticas públicas é requerida enquanto fortalecimento da rede assistencial ofertada a este segmento populacional (FERREIRA; TEIXEIRA, 2014). No Brasil, a legislação em torno do direito a um envelhecimento digno avança a partir dos anos de 1990, pós Constituição Cidadã. Observa-se um expressivo ganho normativo em torno dos direitos sociais, no entanto, a não efetividade desses direitos corrobora para o agravamento das condições de vida dos idosos.

Estruturalmente, os direitos sociais são negligenciados e ter acesso a uma vida digna torna-se sinônimo de poucos, ao tempo que, ainda hoje, a luta é a favor de direitos basilares, tais como vida, igualdade, dignidade, segurança e saúde. Isto é, trata-se de um avanço “às avessas”, em que à medida que se expandem “as políticas sociais”, alargam-se em proporções ainda maiores e mais excludentes as condições de exploração e desigualdade.

Cumprir notar que os membros familiares desempenham também o cuidado com os idosos, dentre elas a mulher. Mais uma vez, a questão de gênero é evidenciada no processo de envelhecimento. Tradicionalmente, as mulheres desempenharam esse papel (CAMARANO, 2004), e o Estado, de Estado Mínimo. Neste sentido, a ausência do papel do Estado enquanto responsável maior no cuidado ao idoso também é fator preponderante para as limitações identificadas no cotidiano desses sujeitos.

Destarte, embora haja especificidades em cada região geográfica, evidenciam-se características semelhantes no processo de envelhecimento como: o aumento de idosos mais idosos, a feminização da velhice e a ausência do Estado. Entende-se o envelhecimento populacional, portanto, como um fenômeno social importante de relevância nacional e internacional que reflete sobretudo na participação/ausência histórica do Estado em torno da classe trabalhadora.

CAPÍTULO II – AS VÁRIAS FACES DA VELHICE

Nesta seção abordar-se-á o envelhecimento diante da conjuntura capitalista em que o Brasil está inserido. A partir da compreensão da exploração da força de trabalho da ordem vigente, em que prevalece a obtenção do lucro em detrimento dos direitos sociais, fica o trabalhador à mercê de condições de vida precárias e degradantes ao longo de sua história, o que repercute diretamente na condição do envelhecer.

É sabido que se a ordem ideológica reza pela primazia da “exploração”, o sistema de direitos sociais ocorrerá de forma simplista, e assim ocorre no Brasil. Observa-se a desproteção social que surge sempre na intenção de romper com os obstáculos existentes à expansão do capital e apaziguar a massa trabalhadora. Ou seja, são direitos que não conseguem ultrapassar as barreiras do sistema vigente, garantindo mínimos à população, incluindo os idosos.

Todavia, apesar de todas as limitações inerentes ao sistema econômico atual, o país viveu com a Constituição Federativa brasileira de 1988 uma “expansão” em torno de conquistas sociais para a classe trabalhadora. Esta conquista teve a contribuição de diversos movimentos sociais que surgiam e/ou ressurgiam pós ditadura militar. Dentre eles, pode-se apontar o movimento da reforma sanitária, que tinha como defesa a luta por um sistema único de saúde, público, democrático e de qualidade.

Nesta propositura, houve o desenvolvimento de diversos mecanismos legais referentes aos direitos sociais, dentre eles o direito à saúde do idoso. Aqui destacar-se-ão os arcabouços legais: Política Nacional do Idoso e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a fim de sinalizar os avanços legais, na saúde, a favor do idoso na conjuntura capitalista. O tripé da Seguridade Social, Assistência, Previdência e Saúde avançam na garantia de direitos. Todavia, frente à esgarçada desigualdade social que perpassa o país, tais direitos não conseguem universalizar-se, prevalecendo os interesses da classe dominante.

Como bem assinala Pereira (2012), a constituição supracitada apresenta “avanços sociais formais”. Entretanto, tendo em vista a entrada neoliberal ao país, estes são “negados por princípios”. Logo, ainda conforme a autora, são esses acontecimentos socialmente regressivos ao lado de conquistas simbólicas que atribuem ao Brasil o título de campeão de

desigualdade social. Sendo assim, sinaliza-se: proteção social ou desproteção social brasileira ao idoso?

2.1 O velho trabalhador e as amarras do Sistema Capitalista

Vale lembrar que desde o início da sociedade a riqueza é produzida pelo trabalho. É o trabalho, portanto, a base da atividade econômica. O lucro do capitalista advém da exploração da força de trabalho, sendo a mais-valia a forma típica do excedente econômico (NETTO; BRAZ, 2009). Esta exploração é agudizada a partir do capitalismo monopolista e das novas configurações do capital.

É notória a intrínseca relação capital *versus* trabalho, o que repercute diretamente na vida em sociedade. Ao homem resta-lhe a venda da sua força de trabalho que, conseqüentemente, é dirigida sobre os ditames mercadológicos em detrimento do bem-estar do trabalhador. É sobre esta perspectiva que se vincula o trabalhador brasileiro, onde o envelhecer torna-se desafio, ainda maior, em virtude de toda a conjuntura histórica e das condições trabalhistas, sociais e econômicas do país.

Na sociedade capitalista, os trabalhadores idosos,

[...] como uma parte da classe trabalhadora na atualidade, não são sequer explorados, são os supérfluos para o capital; a camada lazarenta da classe trabalhadora, compondo o pauperismo oficial cuja situação é decorrente do modo de produção e reprodução social da sociedade capitalista, condição social que não afeta a todos os idosos (e a todas as classes) da mesma maneira, nem em termos de expectativas de vida, em condições de vida, nem no modo de vivenciar o envelhecimento. (BEAUVOR *apud* TEIXEIRA, 2006, p.60)

Para Teixeira (2009, p. 64), na ordem do capital, a classe trabalhadora é “[...] a protagonista da tragédia no envelhecimento, considerando-se a impossibilidade de reprodução social e de uma vida cheia de sentido e valor, quando perde o ‘valor de uso’ para o capital, em função da expropriação dos meios de produção e do tempo de vida”. Esses trabalhadores são privados dos meios de produção e da riqueza capaz de lhe garantir uma velhice digna. Nesta conjuntura, os idosos são submetidos à pobreza, à dependência dos recursos públicos e privados, ao abandono e às doenças.

O processo de vida do trabalhador até a sua velhice é tracejado por desigualdades e por dificuldade de acesso aos serviços de saúde, moradia, educação, alimentação, lazer, dentre outros. Cumpre notar que o número de idosos no país ganha visibilidade a partir da década de 1960 (IBGE, 2009), com o decréscimo na taxa de natalidade de forma mais contundente e expansiva. Entre 1960 e 1980, observou-se no Brasil uma queda de 33% na fecundidade (ALVES; VERAS *apud* VERAS, 2003).

Até então, a estimativa de idosos era pequena, fruto das precárias condições de vida. Conforme os dados da publicação Tendências Demográficas no período de 1940-2000 (IBGE, s/d), na década de 1940, as taxas de natalidades eram numerosas, as mulheres tinham em média 6,2 filhos, e acreditava-se que o alto crescimento seria um fator de progresso com os futuros trabalhadores, sendo que a expectativa de vida da população nesse período era de 42,7 anos.

Nesta conjuntura, os trabalhadores idosos que apresentavam rendimentos/produção inferior aos das outras faixas etárias eram incorporados às legislações trabalhistas da época que proporcionava assistência médica, aposentadoria e pensão. Por exemplo, a lei Eloy Chaves, em 1923, instituía a obrigatoriedade das Caixas de Aposentadoria e Pensão (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Destaca-se que isto ocorria de forma privada entre empregadores e empregados e restrita a algumas categorias profissionais, sendo expandido no decorrer dos anos para outras categorias.

Para essas autoras, os direitos trabalhistas urgiam de acordo com a pressão dos trabalhadores organizados, como ainda dos interesses dos detentores do poder, pois se o país tinha uma economia fundada na monocultura voltada para exportação, certamente os ferroviários e marítimos eram as categorias profissionais que mais impactavam no desenvolvimento econômico do país. Por isto, foram os primeiros trabalhadores a obterem os direitos trabalhistas.

Para Santos (1979), a responsabilidade estava nitidamente repartida: ao estado incumbia-se o papel de zelar por maior ou melhor justiça no processo de acumulação, ficando as associações privadas compelidas de assegurarem os mecanismos compensatórios das desigualdades criadas por este mesmo processo.

Acompanhando as mudanças econômicas, políticas e sociais do Brasil, o perfil demográfico do país altera-se, como mencionado, em virtude da baixa taxa de fecundidade, do declínio significativo da mortalidade geral e do processo tecnológico em saúde (vacinas, antibióticos e exames complementares de diagnóstico, dentre outros) (CAVALCANTI; CARVALHO; MEDEIROS, 2012). Paulatinamente, observa-se na pirâmide etária um contingente cada vez maior de idosos que com suas particularidades demandam do Estado políticas públicas e sociais que corroborem com as singularidades do processo de envelhecimento.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio (PNAD) realizada em 2013, o Brasil possui 13% de sua população composta por pessoas com idade de 60 anos ou mais. Comparados ao ano anterior, os dados revelam um aumento de 0,4 ponto percentual maior que no ano de 2012. Já com relação à população entre 0 e 24 anos verifica-se que esta corresponde a 38,8% da população brasileira, no entanto, apresenta um decréscimo de 0,8 ponto percentual quando comparado ao ano de 2012.

O envelhecimento do trabalhador vinculado ao processo de reprodução do capital, como bem sinaliza Teixeira (*apud* PAIVA, 2014), encontra-se atrelado à valorização do capital em negação das necessidades humanas desse trabalhador, sobretudo para aqueles que envelhecem na periferia do sistema. Nesta conjuntura, alerta-se para o caráter de não naturalização do envelhecimento, mas sim de sua expressão enquanto questão social.

Desta forma, considerando a sociedade capitalista em que o idoso está inserido, o homem se vê condicionado apenas enquanto força de trabalho, não conseguindo, sobretudo nos países periféricos, resgatar a sua condição de sujeito ao longo de sua história de vida, principalmente quando deixa de ser “mão de obra” (VASCONCELOS; SANTOS, s/d).

Esse ator social possui uma série de características inerentes ao processo de envelhecimento: diminuição da capacidade física, maior dependência, doenças crônicas e isolamento social. Portanto, está mais susceptível a utilizar os serviços de saúde e demanda ações mais complexas/específicas em seu cuidado, desde o ambiente familiar, perpassando pelos diversos níveis de atenção, políticas e programas, e na própria comunidade.

O envelhecimento também traz mudanças relevantes nas condições econômicas deste segmento, visto que a conjuntura social conduzida pela égide do capital impera em

difficuldade de sobrevivência humana entre os indivíduos e famílias por diversas razões. Há que se destacar as transformações no mundo do trabalho e no processo de acumulação do capital, tais como a financeirização da economia, o desemprego, a precarização do trabalho, dentre outras. O resultado deste processo é a busca pelas famílias, dentre eles, os idosos, por diversas formas de trabalho visando sua manutenção e sobrevivência (MUNIZ; BARROS, 2014).

Sendo assim,

Ao idoso aposentado, as restrições de sobrevivência se encontram pela dificuldade de acesso ao mercado de trabalho ou do acesso a trabalhos informais e precários; em razão dos baixos valores pagos pela aposentadoria; e pelo comprometimento de sua renda com a própria família. Ao idoso pauperizado, sem nenhum benefício previdenciário lhe cabe depender da Política de Assistência Social com suas regras e concessões, que no cenário das políticas neoliberais são focalistas e seletivas. (MUNIZ; BARROS, 2014, p. 106)

Segundo os autores supracitados, a reinserção do idoso no mercado de trabalho refere-se, sobretudo, à necessidade de provento familiar, pois muitas vezes sua renda é a única fonte de sustento da família. Outro fator deve-se ao grande gasto com medicação, suplementos e afins. O valor de sua aposentadoria ou do seu benefício é insuficiente para suprir as necessidades deste processo.

Para Mendonça e Pereira (2013, p. 144) “[...] os idosos acima de 75 anos consomem em torno de 4,1 vezes mais da atenção à saúde e assistência social do que as pessoas situadas abaixo dessa faixa etária [...]”. Logo, para atender às necessidades deste segmento populacional o Estado terá maior gasto público. Destarte, o acelerado processo de envelhecimento produz grandes impactos no sistema de proteção social brasileiro.

Os problemas de saúde nos trabalhadores mais velhos, além de persistirem por longo período, requerem pessoal qualificado, trabalho multidisciplinar, exames complementares, como também boas condições de moradia, alimentação e renda. Os idosos com maior dependência funcional necessitam de cuidados constantes, medicação de uso continuado e exames periódicos.

Não obstante, apesar de sua delimitação etária por parte das políticas públicas o envelhecimento não pode ser homogeneizado, pois como aponta Ferreira e Teixeira (2014) os idosos apresentam características plurais, atreladas a fatores econômicos, sociais e culturais

do processo de envelhecimento. Assim, o idoso pobre que esteve submetido a precárias condições de trabalho ao longo de sua vida ou mesmo fora do mercado de trabalho estará certamente arraigado a maiores problemas de saúde, ou melhor, de sobrevivência.

Deste modo, ainda que se reconheçam os avanços na qualidade de vida da população, cabe sinalizar que chegar a essa etapa da vida em países da América Latina tem sido um enorme desafio para a maioria dos idosos, visto que se registra um contexto caracterizado por profundas desigualdades sociais (SILVA; YAZBEK, 2014), o que repercute diretamente nas condições de vida e de saúde da população.

Decerto, este “trabalhador excedente” ao sistema do capital, tracejado por um processo de desproteção social encontra-se, enquanto demanda crescente da Política de Saúde *vis-à-vis*, em um contexto de limitações, privatizações, culpabilização, “exclusão” e exploração.

2.2 A (des)proteção social brasileira ao idoso

O marco histórico brasileiro da proteção social não se difere para o “velho trabalhador”. Ao contrário, este é reflexo do sistema excludente e desigual que perpassa o Brasil, inclusive na questão saúde. A força de trabalho “não produtiva” depara-se com inúmeras dificuldades de acesso integral a uma vida digna na maior parte de sua vida.

A exploração da força de trabalho é o elemento fundante para a manutenção do sistema capitalista; e é a partir do processo de acumulação da base urbano-industrial da sociedade capitalista que se dá o resultado da acumulação, simultaneamente, entre crescimento da riqueza social e da acumulação da pobreza (NETTO, BRAZ, 2009).

Assim, com o processo tardio da industrialização brasileira ocorreu a urbanização crescente, em que imigrantes europeus se mobilizavam junto aos trabalhadores brasileiros na conquista por direitos trabalhistas e sociais. Até então, a saúde era tida enquanto reflexo exclusivamente dos aspectos biológicos do trabalhador, sendo esta perspectiva alterada apenas a partir de 1940. Ocorriam, desta forma, as primeiras lutas de trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislação voltadas ao mundo do trabalho, contexto no qual os determinantes sociais passaram a ser impactantes (POLIGNANO, 2005).

A Política de Saúde brasileira ganha visibilidade quando naquele momento emergiam determinadas epidemias, a exemplo da varíola, malária, febre amarela, dentre outras, que afetavam direta ou indiretamente a economia do país. Era uma conjuntura de ausência de um modelo sanitário no país e de dominação da exploração da força de trabalho ao seu máximo em benefício do capital, ou seja, precárias condições trabalhistas e sanitárias.

Para Polignano (2005), precisamente a partir da década de 1900 houve a estruturação dos aparelhos ideológicos do Estado da Saúde, as instituições de saúde. A partir de então, fatos importantes ocorreram para política de saúde, sobretudo com a entrada de Getúlio Vargas no poder, pois medidas estruturantes foram realizadas: houve a institucionalização da Saúde Pública (criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública), a criação das Caixas e Aposentadorias e Pensão, dentre outras medidas populistas.

O avanço da proteção social do trabalhador deu-se em torno da capacidade contributiva daqueles que estavam inseridos nos mercados de trabalho. Vale destacar a Lei Eloi Chaves, de 1923, que estabelecia a obrigatoriedade da criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), organizadas pelas empresas, de caráter contributivo, proporcionando assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões.

Diante de um cenário de transformação social e perante a industrialização que adentrava o país e, conseqüentemente, com o agudizamento das desigualdades sociais, pobreza e fome, restava, aos indigentes, dentre eles os idosos, as santas casas de misericórdias, de caráter caritativo. Existia, ainda, a política previdenciária como forma de intervenção da “problemática social” do envelhecimento do trabalhador, por meio da concessão de benefícios rentáveis, dentre outros (TEIXEIRA, 2006). Decerto, o processo de envelhecimento é marcado por desigualdades e por escassez de acesso aos serviços básicos de sobrevivência.

No campo da saúde prevalece a prática médico-curativa, individual, assistencialista e especializada, na qual o Estado busca acarretar lucro do setor saúde, favorecer a capitalização da medicina e beneficiar o produtor privado desses serviços. Ainda hoje, apesar dos avanços legais em torno da saúde coletiva, horizontal e, em benefício do trabalhador, verifica-se a presença primordial da perspectiva hospitalocêntrica.

Não obstante, a acumulação do capital impacta fortemente a classe operária, como, por exemplo, a constituição de um exército industrial de reserva. Tal contingente é componente necessário e constitutivo da dinâmica histórico-concreta do capitalismo, sendo um poderoso instrumento de exploração (NETTO; BRAZ, 2009). Ademais, o “velho trabalhador” inserido na parte estagnada da superpopulação fica à mercê dos interesses do capital; logo, longe de ser um aspecto natural, o envelhecimento populacional se configura, sobretudo, como resultado da reprodução do sistema do capital (PAIVA, 2014).

Atendo-se à “ameaça” que este contingente de trabalhador, sem valor de uso, poderia incidir sobre os lucros do sistema de acumulação, observa-se, em contrapartida, a ampliação da “proteção social” voltada a este segmento populacional. O Estado, deste modo, ao pretender o controle demográfico do País, conforme Brauner (2003, p. 11), esperava evitar “[...] uma ‘superpopulação’ que significaria escassez de recursos, miséria e devastação ambiental [...]”. Esta visão repercute no Brasil e corrobora para a entrada e o funcionamento de inúmeras instituições e recursos destinados ao controle da natalidade (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Camarano e Pasinato (2004) ressaltam dois momentos importantes para a ampliação das políticas sociais voltadas para a pessoa idosa. O primeiro em 1961, com a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e de Gerontologia, que dentre seus objetivos destaca a necessidade de estimular as iniciativas e obras sociais de acolhida à velhice, e o segundo, em 1963, com as atuações do Serviço Social do Comércio (Sesc), sob o abandono dos idosos.

Expandiram-se também neste contexto as legislações previdenciárias, como a renda mensal vitalícia (RMV) e a institucionalização de idosos, ambos direcionados para aqueles que contribuíram com a previdência social. Observa-se, portanto, que as iniciativas do governo voltadas para esta faixa etária dirigiam-se historicamente para ações de rentabilidade e asilamento, não incidindo sobre o cerne do problema, mostrando-se de forma pontual e seletiva.

As ações específicas para a saúde dos idosos se apresentavam debilmente e foram influenciadas também pelas Assembleias Mundiais que ocorreram em Viena, 1982, e em Madri, no ano de 2002, consideradas um marco na constituição da agenda internacional de políticas públicas direcionadas para este público. De acordo com Paiva (2014), embora o Brasil tenha absorvido algumas das propostas lançadas pelas assembleias, tais como o

discurso do “Envelhecimento Saudável” e do “Envelhecimento Ativo”, em face da ofensiva neoliberal evidenciou-se o esvaziamento dos princípios da Reforma Sanitária contidos na Seguridade Social.

De fato, cabe aos trabalhadores mais pobres, um envelhecimento desprotegido, em sua maioria objeto de ações filantrópicas; assim caminha o processo de (des)proteção social ao idoso. Como sinaliza Netto (2010, p. 14-15),

A imediatez da vida social planetariamente mercantilizada é proposta como a realidade – e, não por acaso, a distinção epistemológica clássica entre aparência e essência é desqualificada. A realidade, na complexidade ontológica dos seus vários níveis, é apreendida no efêmero, no molecular, no descontínuo, no fragmentário, que se tornam a pedra-de-toque da nova “sensibilidade”: o dado, na sua singularidade empírica, desloca a totalidade e a universalidade, suspeitas de “totalitarismo”.

Conforme mencionado acima, a mercantilização da vida produz um contingente de “velhos trabalhadores” reféns, subordinados e desprovidos de condições que os garantam sobreviver aos ditames do capital, visto que já não são incorporados pelo mercado de trabalho. Assim, para Teixeira (2006) as ações estatais são funcionais à reprodução do capital e auto-responsabilizam esses sujeitos (e a família) pelo seu bem-estar físico e mental e por suas condições e qualidade de vida; tais circunstâncias são disseminadas sobremaneira no cenário contemporâneo.

Cumprir sinalizar que o Estado brasileiro nasce sob uma ampla ambiguidade entre um “liberalismo formal como fundamento” e o “patrimonialismo herdado”, conforme aponta Boschetti e Behring (2008), o que influenciou e se desenvolveu, ainda que sobre outras conjunturas, no processo histórico brasileiro (nos campos social, político, econômico e cultural), e também nas políticas sociais. Nesta direção, as políticas sociais, dentre elas a Política de Saúde, de caráter estratégico sobre as expressões da questão social operam através da preservação das relações capital/trabalho.

Portanto, a cidadania brasileira vinculada ao mundo do trabalho, conforma-se de forma restrita, concebida como cidadania regulada, isto é, “[...] cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, sendo tal sistema definido por norma legal” (SANTOS, 1979, p. 75). É importante mencionar ainda a acepção de Marshall de que a cidadania caracteriza-se como uma igualdade sobreposta a

uma sociedade desigual. Para os detentores do poder, a proteção social é concebida na perspectiva da “efetiva cidadania” para os trabalhadores.

Kornis (*apud* Fiori, 1997, p. 9) aponta que o *Welfare State* brasileiro corresponde a “[...] um financiamento regressivo do gasto social e uma hipertrofia burocrática que eleva em muito o custo operacional e favorece a manipulação clientelística [...]”. Caracteriza-se, portanto, por um sistema não-redistributivo, preparado sobre um quadro de grandes desigualdades e misérias. Ainda segundo o autor, em síntese, temos: um sistema “meritocrático-particularista fundado na capacidade contributiva do trabalhador e num gasto público residual financiado por um sistema tributário regressivo” (p.9).

É fundamental explicitarmos também que uma das primeiras formas de “proteção social” foi a chamada Lei dos Pobres (1601), bastante difundida pelos países europeus e que antecedeu a proteção social em moldes de seguro social. Visava conter as ameaças que a pobreza trazia para população e proteger os pobres através de medidas caritativas.

Já o sistema de proteção com cariz de seguro é oriundo da experiência ocorrida na Alemanha com Bismarck, 1880, onde “[...] o enfrentamento do movimento operário se conformava uma proposta intencional de organização do universo do trabalho – o corporativismo submetido ao Estado – e de controle social” (VIANNA, 2002, p. 04), os seguros ocorriam através do contrato entre empregados e empregadores, portanto, restrito aos que tinham um trabalho.

Na Inglaterra, na década de 1940, o plano Beveridge veio propor a instituição do *welfare state*; neste, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade (BEVERIDGE; CASTEL, *apud* BOSCHETTI, 2009). Ambos eram direcionados sobremaneira aos direitos trabalhistas.

Não obstante, perante décadas combatendo à mortalidade infantil e buscando alternativas para controlar a fecundidade, os países passam a se preparar para enfrentar a questão do envelhecimento populacional (SILVA; SOUZA, 2010). Deste modo, observa-se no Brasil a ampliação da legislação direcionada ao Idoso, quais sejam: Política Nacional do Idoso (PNI - Lei nº 8.842/1994), Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI - Portaria nº 2.528/2006), Benefício de Prestação Continuada

(BPC), dentre outros. Todavia, ambos não alteraram a estrutura “excludente” do capitalismo, ao contrário, servem-lhe para sua manutenção.

Decerto, os “direitos legais” conquistados sobretudo no processo de “democratização brasileiro” devem ser abordados também enquanto um avanço, uma vez que refletem em um ganho para a classe trabalhadora, ainda que ínfimo e todo resultado a favor dessa classe impõe entraves ao sistema capitalista. No entanto, a concessão desses direitos ocorre atrelada a uma “universalização” às avessas, aquém da cidadania, com o descumprimento do seu próprio arcabouço legal que compromete o envelhecimento digno.

No Brasil, é incontestado que seu sistema de seguridade social se deu a partir da mescla desses sistemas, visualizado sobretudo com a Constituição Federal de 1988 na implementação da Seguridade Social, através do tripé, Previdência, Assistência e Saúde, que segundo Boschetti (*apud* BOSCHETTI, 2009) adotam os seguintes modelos: na previdência social, predomina-se o modelo bismarckiano e na saúde e assistência prevalece o modelo beveridgiano.

Nesta propositura, a saúde brasileira legalmente democratizada encontra-se inserida em um contexto de ofensiva neoliberal, com o aumento das desigualdades sociais e da precarização dos serviços de políticas públicas. Por exemplo, à medida que se expande a oferta de serviços de saúde no mercado (privatização da saúde) e, por conseguinte, a (des) responsabilização do Estado, perdem forças as lutas sociais em defesa da Política Pública de Saúde.

Após duas décadas da democratização do país, a Política de Saúde ainda limita-se a se efetivar, bem como as demais políticas sociais. Assim, de acordo com Borges (*apud* FERNANDES; SANTOS, 2007, p. 51-52), o Estado brasileiro não garante o acesso a uma população desprivilegiada,

[...] a exemplo da maioria dos idosos, aos serviços públicos que poderiam dignificar o seu cotidiano. Na prática, [...] o que ocorre é que os que detêm renda mais alta suprem suas necessidades e resolvem seus problemas no âmbito do privado (por exemplo, através de organizações privadas de assistência médica), com o incentivo da perspectiva neoliberal, porque isso favorece o desenvolvimento do mercado [...].

Decerto, o Estado brasileiro intervém sobremaneira na ampliação das condições de manutenção e intensificação da produção que, a partir do processo de reestruturação produtiva do capital, tem suas condições aguçadas pela remodelagem das políticas macroeconômicas a favor do imperioso capital. Portanto, o Estado torna-se o principal agente econômico brasileiro, como bem ressalta Cignolli (1985). Vale salientar que este passa a intervir no campo social enquanto regulador, com parcerias privadas e co-responsabilização da sociedade.

Portanto, se por um lado houve a ampliação dos arcabouços jurídicos no tocante aos direitos sociais via políticas sociais, por outro, deparar-se com o trato da “nova questão social”, em que suas refrações contribuem para mistificar as contradições inerentes ao sistema capitalista, ocorrendo, portanto, um processo de empobrecimento e de regressão desses direitos.

Assim, avalia-se que mesmo diante de um processo de estabelecimento da Seguridade Social brasileira, com a defesa legal em volta da democracia, universalidade e demais princípios emancipatórios, sobretudo na saúde, evidencia-se a esgarçada manutenção de políticas (anti) sociais que se desvinculam da garantia dos direitos sociais. Prevalece a reprodução da pobreza em seu caráter macro e, por conseguinte, a concentração de riquezas e a ênfase na financeirização do capital.

Não há dúvidas de que a “proteção social” brasileira ainda está muito aquém de efetivar-se. À luz desta propositura permanece a (in)seguridade social, de forma híbrida e em favor, sobretudo, do capitalismo.

2.3 Dos Arcabouços Legais: Política Nacional do Idoso e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

A partir do processo histórico brasileiro pode-se constatar que a organização da sociedade civil produz impactos relevantes na formulação dos direitos sociais, com destaque para o movimento dos aposentados enquanto importante ação para a expansão e garantia dos direitos direcionados a este segmento populacional.

Isto é, o período de transformação do perfil demográfico brasileiro a partir das décadas de 1960 e 1970 acarreta no aumento do número de velhos trabalhadores. É neste contexto que

o movimento dos aposentados ganha visibilidade. Esta conjuntura é caracterizada pela ditadura militar e suas atrocidades em torno da classe trabalhadora, arrocho salarial, tortura, censura da imprensa, autoritarismo, dentre outros, o que corroborou para uma série de mobilização por parte dos trabalhadores nos anos seguintes, dentre eles, o movimento dos aposentados e pensionistas.

Conforme Siqueira (2014), o “movimento dos 147%” que correspondia à luta dos aposentados pelo reajuste das aposentadorias e pensões foi o que obteve o maior destaque. Outro movimento que impulsionou a temática do envelhecimento foi aquele estimulado e em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC). Paz (*apud* GROISMAN, 2006) destaca a importância da mobilização dos trabalhadores aposentados, pois a partir destas mobilizações os demais problemas relacionados aos idosos ganharam destaque, tais como: situações de negligência, ausência de acessibilidade, dentre outros.

Todavia, vale lembrar que esses movimentos ocorriam na busca por direitos previdenciários e na defesa de ações filantrópicas, voluntárias. Logo, além de excluir a parcela de idosos que estava fora do mercado de trabalho, protegiam sobretudo os interesses liberais.

Não obstante, um dos pontos fulcrais para a inserção do envelhecimento do trabalhador na agenda social foram as lutas e reivindicações dos próprios trabalhadores. Destaca-se também a sanção da Lei nº 6.179, de 1974, a qual institui o amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. No seu artigo 1º, esta lei aduz, dadas as condicionalidades, que:

Os maiores de 70 (setenta) anos de idade e os inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, que, num ou noutro caso, não exerçam atividade remunerada, não auferam rendimento, sob qualquer forma, superior ao valor da renda mensal fixada no artigo 2º, não sejam mantidos por pessoa de quem dependam obrigatoriamente e não tenham outro meio de prover ao próprio sustento, passam a ser amparados pela Previdência Social, urbana ou rural [...] (BRASIL, Lei nº 6.179, 1974, p. 01).

Concomitante a este período de efervescência social evidenciam-se a nível nacional discussões em torno da problemática do envelhecimento, como sinaliza Teixeira (2006). Dentre os importantes encontros realizados no Brasil pode-se destacar o Seminário Nacional, realizado em Brasília, “Estratégias de Política Social para o Idoso no Brasil”, como ainda, em

1985, a fundação da Associação Nacional de Gerontologia (ANG), que tinha como finalidade trabalhar por melhores condições de vida para os idosos do país (CARVALHO; PAPALÉO *apud* ARAÚJO 2012). Embora levantassem questões importantes sobre o envelhecimento, mantinham-se na perspectiva abstrata, não tratando os aspectos estruturantes que contribuíam para a manutenção da pobreza e das desigualdades.

No surgimento das articulações em prol de uma “futura” proteção social do idoso no país, destaca-se a âmbito internacional a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que ocorreu em Viena em 1982, mencionada na seção anterior, a qual resultou em um plano global com o objetivo de “[...] garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 254). As implicações sociais do envelhecimento passaram a ser consideradas como a necessidade de construção de políticas públicas para promoção da independência do idoso.

Teixeira (2006) ressalta ainda que estas mobilizações (nacional e internacional) em torno de melhores condições de vida dos idosos encontravam-se dentro da perspectiva do capital, ou seja, à lógica que autoresponsabiliza os sujeitos, assim, em favor da desresponsabilização do Estado.

Todavia, tais acontecimentos influenciaram no nascimento das políticas públicas e sociais direcionadas à pessoa idosa no Brasil, que se expandiram a partir da década de 1990. Nestse período a ofensiva neoliberal adentra ao país, e com ela as prerrogativas de um Estado Mínimo centrado na perspectiva de redução dos direitos sociais e maximização dos interesses privados.

Como já mencionado nas seções anteriores verifica-se a continuidade do crescimento de idosos em detrimento das faixas etárias mais jovens. Assim, para atender as novas demandas e temendo os riscos que este exacerbado contingente poderia causar ao desenvolvimento econômico do país, o Brasil começa a investir em políticas públicas voltadas para essa faixa etária.

Em 1994, ocorreu a promulgação da Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada em 1996, que urge visando assegurar os direitos sociais do idoso a partir da criação de condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

No entanto, embora implique em avanços, ao se avaliar o conteúdo dessa política vislumbra-se a homogeneização do idoso; a responsabilização dividida entre Estado, sociedade civil e iniciativa privada, restringindo, assim, a ação do Estado aos mais pobres; a ausência de orçamento único para política e o fortalecimento a criação de programas focalizados e setoriais, por grau de necessidade.

Neste sentido, a PNI (1994) em seu artigo 3, aponta que a “família” juntamente com a “sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania”. Afirma também, no artigo 4, que a prioridade do atendimento ao idoso é através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar. No artigo 10 diz que cabe ao poder público “estimular a criação de incentivos”, “apoiar a criação”, em vez de posicionar o Estado no dever de instituir os mecanismos de garantia dos direitos sociais ao idoso (FERREIRA; TEIXEIRA, 2014). Observa-se, portanto, uma forte responsabilização imposta à família, em lugar do papel do Estado, permanecendo o continuísmo dos interesses neoliberal.

No que tange à saúde do idoso a PNI no capítulo IV, artigo 10, avança ao:

a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso. (BRASIL, PNI, 1994, p. 03)

Verifica-se que normativamente o Estado visa “garantir”, “prevenir”, “promover”, “recuperar” e “criar” medidas que viabilizem uma saúde digna à pessoa idosa. No entanto, no cotidiano dos serviços públicos de saúde vislumbramos o duelo entre a “integralidade” e a “fragmentação”, em que a garantia a uma saúde de forma integral esbarra-se em ações fragmentadas e descoordenadas, priorizando a doença e não a saúde do idoso. Como afirma Teixeira (2006), essa política representa o “continuísmo histórico” da proteção social brasileira.

Em 2003, cria-se o Estatuto do Idoso, como forma de reafirmar e validar “o envelhecimento como direito personalíssimo e sua proteção um direito social” (ESTATUTO DO IDOSO, 2003, p.2). Este abrange as três políticas que compõem a seguridade social e ainda políticas setoriais, como habitação, educação, dentre outras. Considera-se o arcabouço jurídico mais completo com relação à legalização dos direitos sociais voltados ao idoso. No quesito saúde encontra-se o capítulo IV, reforçando o direito integral à saúde e sua legitimação sendo obrigação do Estado, através do SUS.

Segundo Fernandes e Soares (2012), em torno de 70% a 80% das pessoas idosas são dependentes exclusivamente do Sistema Único de Saúde, havendo portanto a necessidade do fortalecimento de políticas públicas direcionadas para a saúde do idoso. Assim, em 2006, por meio da Portaria nº 399/GM foram criadas as Diretrizes do Pacto pela Saúde, que contempla o Pacto pela Vida onde a saúde do idoso aparece como prioridade nas ações dos entes federativos.

Em seguida, com a portaria nº 2.528 de 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) é aprovada com a finalidade de restaurar e promover o bem-estar e a autonomia dos idosos. Todavia, a própria PNSPI sinaliza que na prática não ocorre a efetivação do que rege essas políticas, acarretando em serviços insatisfatórios para atender as necessidades da população idosa.

De acordo com a portaria, esta política deve estar atrelada com os princípios e diretrizes do SUS de tal maneira que o má funcionamento do mesmo irá repercutir diretamente em sua eficácia, o que em via de realidade já desmonta a expectativa de dias melhores para o envelhecer do pobre trabalhador. Suas diretrizes orientam-se para:

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; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (BRASIL, PORTARIA nº 2.528, 2006, p. 08)

Ou seja, “promoção”, “estímulo”, “apoio”, mas não efetivação, uma vez que tais premissas já são observadas em outros regimes legais. No tocante à intersectorialidade com as demais políticas, verificamos a defesa do compartilhamento de responsabilidades com outros setores; no entanto, não aponta as fontes de financiamento para tal.

Ghaouri (2013) enfatiza as limitações do SUS a partir da *integralidade x fragmentação*; universalização às avessas no processo de desresponsabilização das funções do Estado; foco na doença e não na saúde; e tecnologia médica com uso cumulativo e excessivo acarretando em altos custos; o que impacta diretamente na inacessibilidade do idoso à saúde com qualidade.

Destarte, ambas as políticas encontram-se articuladas com o tripé da seguridade social, que até hoje não conseguiu consolidar-se, o que decerto repercute na materialização das mesmas. O SUS apresenta desafios de financiamento, organização, dentre outros; a assistência social direciona a triagem cada vez mais condicionalizada dos miseráveis entre os miseráveis; e a previdência social volta-se aos critérios de priorização do capital em detrimento da classe trabalhadora.

Deste modo, corroborando com Camarano e Pasionato (2004) a intervenção do Estado brasileiro em relação ao envelhecimento populacional ocorre em meio a uma conjuntura recessiva e de crise fiscal, o que inibe a expansão do sistema de proteção social de forma universal, igual e integral para todos.

Logo, o sistema de proteção social brasileiro coloca o Estado enquanto regulador via políticas sociais, dando ênfase à responsabilização da família, reafirmando o caráter paliativo das políticas sociais, não sendo capaz de romper com a trajetória de (in)seguridade social.

CAPÍTULO III – AS COMPLEXIDADES EM SAÚDE, ENVELHECIMENTO E QUALIDADE: MÉDIA COMPLEXIDADE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

A partir do pressuposto de que a saúde é um direito social, entende-se que suas bases legais devem ser efetivadas para que a população, dentre ela a idosa, possa usufruir desse direito de forma digna. Todavia, os levantamentos teóricos apontam a contramão deste feito.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é aquele responsável pelas ações e serviços públicos de saúde disponíveis à população brasileira. Este se encontra legitimamente organizado em três níveis de assistência, quais sejam: a básica; média e de alta complexidade, a partir dos quais as ações devem se integrar a fim de produzirem um cuidado em saúde humanizado, com qualidade.

Como já foi sinalizado no início deste trabalho procurou-se analisar o atendimento em saúde voltado para idosos no município de João Pessoa em relação à qualidade prestada, segundo os idosos usuários. Nos primeiros passos direcionados à construção do estado da arte sobre a qualidade em saúde, observou-se que a produção do conhecimento em relação à temática além de incipiente em geral não contempla a lógica do sistema público de saúde, ou seja, a produção é demasiadamente voltada para o movimento observado no sistema privado de saúde, não tão vulnerável aos movimentos políticos-partidários. Assim, elegeu-se um conceito que se aproximava da compreensão que se tinha sobre qualidade em saúde em um sistema tão oscilante como o SUS. Portanto, considerou-se, neste estudo, o conceito de Malik (1996), que engloba vários componentes encontrados no sistema público, tais como: a impunidade dos trabalhadores, demanda reprimida, desigualdade social, normatização jurídica, mortalidade, infecção hospitalar, custo por procedimentos, escassez de recursos, papel do Estado e a esses agregamos o princípio da integralidade por se entender que na busca por um serviço de qualidade é imprescindível não descuidar da noção de totalidade que só a integralidade permite alcançar.

Notadamente, existe uma grande diferença entre o SUS real, integral, e o cotidiano dos serviços de saúde. O SUS é perpassado por diversas políticas e navega com os avanços e retrocessos destas. E é neste contexto que se encontra o idoso brasileiro; aquele que “viveu” anos e anos de exploração depara-se ainda com a falta de acesso à saúde, a uma velhice “sem” qualidade.

Considerando a ausência histórica de ações preventivas em saúde, chegou-se a uma velhice também acometida por doenças crônicas, sendo os idosos o grupo populacional com maior incidência nesta natureza de adoecimento, o que requer serviços especializados, equipes multiprofissionais ou, em outras palavras, a materialização do SUS.

Nesta direção, buscar-se-á traçar uma discussão em torno deste Sistema Único de Saúde, com ênfase na média complexidade em saúde, considerando a importância da integralidade da assistência e o conceito de qualidade em saúde para a materialização do SUS.

3.1 A saúde do idoso face ao princípio da integralidade

A integralidade aqui discutida parte do pressuposto inicial de que esta corresponde a um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) oriundo de um processo de mobilização histórico em defesa de um sistema de saúde democrático e de direito, Movimento da Reforma Sanitária. Sendo definida como: “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE, 1990, p 03).

Cumprir notar que estudiosos da temática sinalizam para os diversos sentidos da integralidade em saúde, não podendo reduzi-la a conceitos estáticos, uma vez que essa engloba diversos fatores do processo saúde-doença, político, cultural, social, dentre outros. No tocante à saúde do idoso, a integralidade possui a finalidade de contribuir para um envelhecimento saudável, apresentando-se enquanto uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: integralidade da atenção à saúde do idoso.

Brito, Freitas e Silva (*et al* 2014) consideram a integralidade em saúde como um fio condutor indispensável na efetivação do direito à vida digna do idoso, e esse princípio caracteriza-se a partir do processo articulado de ações entre os níveis de complexidade em saúde. Segundo esses autores a integralidade refere-se à integração dos serviços de saúde por meio de redes assistenciais. Vale frisar que esta articulação entre os serviços devem compor de ações que abarquem a prevenção, promoção e recuperação em saúde, bem como sinalizam Fratini, Saupe e Massaroli (2008). Tal contexto proporcionaria um atendimento

multidimensional, uma vez que, dada a incompletude institucional, a interligação entre os serviços é determinante para abarcar as demandas do processo de envelhecimento.

O conceito de integralidade da assistência à saúde conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações. A integralidade é resultado da visão sistêmica da vida, a qual compreende que somos totalidades integradas, cujas propriedades essenciais sempre serão do todo, uma vez que nenhuma das partes as possui isoladamente. (SILVA; SANTOS; PELZER; BARLEM; ARRIECHE *apud* BRITO; FREITAS; SILVA *et al* 2014, p. 1134)

Todavia, ao compreender o envelhecimento como processo complexo e heterogêneo entende-se que a integralidade em saúde vai além do contexto “articulação entre a rede assistencial de saúde”; a integralidade em saúde perpassa sua concepção de articulação, conforme aponta Pinheiro (s/d). Para esta autora, a integralidade incorpora três processos: integralidade como princípio do direito à saúde; integralidade como meio de concretizar o direito à saúde e a integralidade como fim na produção da cidadania do cuidado. Vislumbra-se, assim, uma análise mais aprofundada do termo tratado – integralidade.

Para a autora, a integralidade é, como já mencionado, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa materializar a saúde como direito e serviço.

De acordo com Pinheiro (s/d, p. 257-258),

Na experiência a ‘integralidade’ ganha o sentido mais ampliado de sua definição legal, ou seja, pode ser concebida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

Decerto, “a ‘integralidade’ das ações consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo e realizado por indivíduos em defesa da vida” (Pinheiro, s/d, p. 258). A concretização do direito à saúde da população, segundo a autora, carece, sobretudo, do princípio da integralidade; e sua operacionalização por parte dos sujeitos envolvidos desdobra-se em dois movimentos: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade.

Ou seja, para Pinheiro (s/d) o binômio “interesses econômicos” *versus* “direitos sociais” fragiliza significativamente a concretização do direito à saúde da população, logo, a não efetivação do princípio da integralidade. As políticas sociais com viés paliativo são incapazes de superar as desigualdades sociais. Decerto, à mercê de inúmeras “exclusões” no seu processo de vida, o homem virá cada vez mais a demandar ações e serviços públicos de saúde.

Se, de um lado, a forma de organização de nossa sociedade, baseada no capitalismo, tem favorecido inúmeros avanços nas relações de produção, sobretudo no que diz respeito à crescente sofisticação e progresso de tecnologias em diferentes campos, inclusive da saúde, o mesmo não se pode dizer das relações sociais. Estas revelam o sofrimento difuso e crescente de pessoas que são cotidianamente submetidas a padrões de profundas desigualdades, expressos pelo acirramento do individualismo, pelo estímulo à competitividade desenfreada e pela discriminação negativa, com desrespeito às questões de gênero, raça, etnia e idade. (PINHEIRO, s/d, p. 258)

Sendo assim, compreender a integralidade como meio de concretizar o direito à saúde inclui considerar a organização dos serviços, os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde, as políticas sociais e a participação da sociedade civil. Faz necessário considerar sobremaneira as necessidades dos usuários. Tal concepção ultrapassa o entendimento da integralidade sinalizado por Brito, Freitas e Silva (*et al* 2014).

A integralidade como fim na produção da cidadania do cuidado considera o cuidar integral, “[...] um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos, reais, concretos e portadores de projetos de felicidade” (PINHEIRO, s/d, p. 260).

Neste sentido, a integralidade compreende a necessidade de práticas que primem por um cuidado que respeite as diversas diferenças existentes entre os sujeitos, suas demandas e particularidades. É preciso que haja práticas integrais.

Mattos (2009) enfoca que a integralidade é uma “bandeira de luta”, pois abarca uma série de características do sistema de saúde, das instituições executoras e das práticas em saúde, ou seja, representa um conjunto de valores nos quais contribuem para uma sociedade mais justa e solidária. Ela possui diversos sentidos, sendo impossível reduzi-la. Ele aponta que o termo integralidade é polissêmico, isto é, tem,

Sentidos correlatos, sem dúvida, posto que forjados num mesmo contexto de luta e articulados entre si. Mas sentidos distintos, que permitem que vários atores, cada qual com suas indignações e críticas ao que existe, comunguem nessas críticas e, pelo menos por um instante, pareçam comungar os mesmos ideais. Mais importante do que isso, uma imagem-objetivo não diz de uma vez por todas como a realidade deve ser. Ela traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas, que têm em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual (que almejamos transformar) (MATTOS, 2009, p. 46).

Por exemplo, a integralidade como traço da boa medicina implica em superar os limites da medicina “anátomo-patológica” e da racionalidade médica, apresentando uma intervenção orientada por uma concepção ampla das necessidades dos usuários. Compreende, portanto, que o termo “integralidade” dentre seus vários sentidos, desde a busca por ultrapassar o aspecto meramente biológico da doença até a tentativa de compreender a necessidade da presença dos diversos serviços (preventivos, assistenciais, gestão e afins) no cuidado com o usuário. “Um paciente não se reduz a uma lesão que no momento lhe causa sofrimento [...] O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos” (MATTOS, 2009, p. 65). O autor salienta que a integralidade é componente necessário entre profissionais de saúde, vale acrescentar: entre gestores e demais políticas setoriais.

É algo que se encontra nas entrelinhas da organização dos serviços, das práticas profissionais, na formulação e execução das políticas, na rede de serviço, no território, na participação cidadã, encontra-se em permanente construção, visando propiciar melhoria para a saúde da população. Reconhece que esse princípio encontra-se situado em outras políticas, como a de assistência social, dirigindo assim, a universalização e a consolidação dos direitos sociais, o que ainda encontra-se aquém de se efetivar.

Um outro sentido destacado por Mattos (2009) é a integralidade relacionada com a organização dos serviços e das práticas de saúde. Articular práticas em saúde com assistenciais significa acabar com as distinções entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais. Exige-se assim a horizontalização dos serviços, de modo que estes devem estar organizados para realizar uma apreensão expandida das necessidades da população à qual atendem. A partir do momento que profissionais, políticas, programas ou instituições voltam suas ações para determinadas doenças, acabam se distanciando do princípio da integralidade.

A fragmentação dos serviços é algo inadmissível para a integralidade, por exemplo, “não parece admissível que uma mulher com hanseníase seja acompanhada por um médico que não saiba como está se dando o acompanhamento ginecológico” (MATTOS, 2009, p.58). Há a necessidade da articulação, da organização da rede de serviço. Mas será que essa já é uma realidade “prática”? São muitos os “desserviços” no cotidiano da rede pública de saúde no Brasil, sobretudo com relação à saúde do idoso.

Para o autor, a integralidade é “uma marca de um modo de organizar o processo de trabalho, feita de modo a otimizar seu impacto epidemiológico”. Urge como um “princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional” (2009, p.61). Cabe aos gestores ofertar respostas aos problemas de saúde de modo a incorporar ações assistenciais, de prevenção, promoção, e recuperação em saúde.

Analogamente, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos (MATTOS, 2009, p. 65-66).

Mattos (2009) assinala ainda o caráter transversal da integralidade: “Como responder adequadamente à Aids nos presídios, por exemplo, sem uma perspectiva de integralidade que vá muito além dos recortes da saúde?”. Dentre os temas integrantes da integralidade evidencia-se a intersectorialidade, percebida como a articulação entre os serviços de saúde e de toda a rede adjacente, conforme Assumpção (2007).

Para Cecílio (*apud* ASSUMPÇÃO, 2007, p.52),

[...] Integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja em um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital [...] e outras instituições não necessariamente do setor de saúde é tarefa para um esforço intersectorial.

Daí a necessidade da articulação entre os níveis de atenção em saúde, Atenção Básica, Média e de Alta complexidade, como ainda entre os demais serviços de saúde e políticas públicas. O que embora teoricamente seja defendido no cotidiano dos serviços ainda é algo deficitário, que dificulta o acesso digno dos usuários, dentre eles, os idosos, aos serviços de saúde. Entende-se que não há efetivação do direito à saúde havendo a fragmentação desses serviços. Que “integrar” é algo macro, complexo, assim como o envelhecer.

O termo integralidade corresponde a uma ação social que resulta da interação dos atores envolvidos nos distintos planos de atenção em saúde, os quais devem considerar os aspectos objetivos e subjetivos do processo saúde-doença.

Não obstante, considerando os diversos sentidos da integralidade aqui elencados, podemos suscitar: No campo político-administrativo, a integralidade engloba a organização dos serviços de saúde em seus níveis de atenção, com a integração com os demais setores e serviços disponíveis para a garantia da atenção integral à saúde. E no campo da atenção à saúde refere-se tanto a relação entre a realidade social e a produção de saúde, como a relação equipe-usuários dos serviços de saúde, considerando a integração de saberes e práticas, tendo sempre implícito a interdisciplinaridade e a intersetorialidade (FAGUNDES; NOGUEIRA, s/d).

Neste conjunto de entendimento sobre o termo integralidade podemos concluir o quanto necessário é evocar e defender a sua efetivação por compreender que esta só vem a contribuir para o bem-estar da saúde do idoso. É um fundamento que perpassa pelos variados saberes, práticas, setores, políticas e afins, responsáveis pela garantia do direito à saúde. Decerto, não há fórmula para descrevê-la, mas certamente há um longo caminho teórico-prático para seu amadurecimento e conseqüentemente para sua materialização.

Os níveis de complexidade em saúde, assim como a política de saúde pública são direcionados legalmente por este princípio. Todavia, já compreendemos que isso não basta para a concretização do mesmo. Deparamo-nos com formações profissionais direcionadas por outro viés, que vai de encontro com a defesa dessa integralidade, logo, práticas e instrumentos técnico-operativos que se distanciam do real sentido da atenção integral em saúde.

O que ainda se observa são práticas assistenciais reducionistas e fragmentadas, onde um nível de atenção não mantém comunicação com o outro, executando ações isoladas e sem resolubilidade, que acabam por se

repetir em diversos pontos da rede, gerando uma duplicidade da demanda em um serviço de saúde (BRITO; FREITAS; SILVA *et al* 2014, p.1133)

O papel reducionista do Estado e suas manobras contra a efetivação do Sistema Único de Saúde são fatores que limitam o direito à saúde do idoso. Como sinaliza Pinheiro (s/d), de um lado, visualizam-se a crescente sofisticação e o progresso de tecnologias em diferentes campos, inclusive na saúde, de outro, profundas desigualdades. É um *vis-à-vis* de contrários, o que direciona o não cumprimento do princípio da integralidade. Como sinalizado abaixo, preconiza-se a redução dos investimentos em saúde:

O gasto do governo federal com investimentos (obras e compras de aparelhos) na saúde caiu 32% nos primeiros sete meses de 2015 em relação a igual período do ano passado. De janeiro a julho de 2014, o desembolso para a construção de unidades de saúde e compra de equipamento médicos chegou a 2,5 bilhões. Neste ano, o montante não passou de 1,7 bilhão. Em meio à crise, o Ministério da Saúde sofreu um corte de 13 bilhões em seu orçamento original, que era de 121 bilhões para 2015. (AMORA, DIMMI; FOREQUE, FLAVIA; CANCIAN, NATÁLIA, 2015, p.1)

Cumprir destacar que assim como a Política de Saúde, a atenção de Média Complexidade em saúde também apresenta os obstáculos já sinalizados para a concretização da integralidade em sua concepção macro. Nesta, são nítidas as fragilidades para o cumprimento deste princípio, sobretudo por situar, no meio das demais complexidades, necessitando sempre da articulação entre ambas.

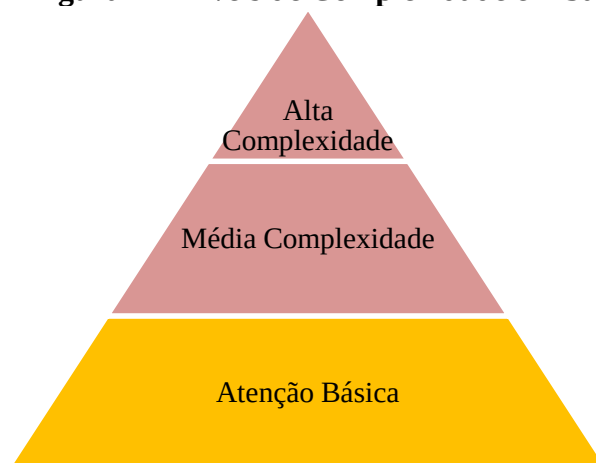
A atenção em saúde direcionada ao idoso requer sistematicamente um cuidado especializado. Como já apontado no início deste estudo, o idoso possui características peculiares do processo de envelhecimento. Embora estejam vivendo mais, os idosos vêm apresentando doenças crônicas que comprometem a sua qualidade de vida e requerem atenção especial. Neste sentido, a procura pela atenção secundária ganha extensão e daí o nosso interesse pela temática, na perspectiva de compreender se este nível de atenção acompanha e responde às necessidades da população idosa.

3.2 As particularidades da Média Complexidade no atendimento à saúde do idoso

Esta seção centra a discussão em torno da Média Complexidade em Saúde e a Saúde do Idoso. Os serviços especializados fazem parte da rede organizacional de saúde que no Brasil surge com o Sistema Único de Saúde (SUS). Para Starfield (2002), um dos motivos que contribui para a organização dos serviços de saúde foram os custos crescentes com a atenção em saúde, oriundos sobremaneira do processo de envelhecimento, doenças crônicas, dentre outros.

Sendo assim, na a lei 8.080/1990 que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde brasileira encontra-se estruturada em 3 níveis de complexidade, a saber:

Figura 1 – Níveis de Complexidade em Saúde



Fonte: o autor, 2015.

A partir do texto legal da política de saúde verifica-se que esta organização baseia-se nos princípios de regionalização e hierarquização, o que corresponde a um serviço estruturado por nível de complexidade tecnológica crescente, arranjado com território e população delimitados. Favorecem-se, assim, ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde, além de serviços de atenção ambulatorial e hospitalar, como também a articulação entre os serviços existentes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Segundo Starfield (2002), o modelo em saúde instituído em níveis de complexidades (que se inicia pela Atenção Primária) surgiu na década de 1920, na Grã-Bretanha, o qual serviu de base para a organização dos sistemas de saúde de vários países. Todavia, apenas em 1978 com a Iª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a

Infância (Unicef), é que a Atenção Primária entra na pauta das discussões. Foram propostos acordos e metas entre os países membros para atingir o maior nível de saúde possível para todos os povos até o ano 2000 através da Atenção Primária em Saúde (APS).

Segundo esse autor, a atenção primária caracteriza-se enquanto abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. Ela “[...] aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar” (p.28, 2002).

É possível dizer, conforme Matta e Morosini (s/d), que no Brasil a APS incorpora sua formatação através dos princípios defendidos pela Reforma Sanitária e legalizados pelo SUS, o que resulta na Atenção Básica em Saúde (terminologia usada para se referir a Atenção Primária); sendo a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a base da Atenção Primária brasileira (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003).

Decerto, é com o Sistema Único de Saúde em 1990 que a assistência em saúde no Brasil foi organizada em duas dimensões, uma relativa à atenção básica e outra referente às ações de média e alta complexidade, conforme sinalizado na figura acima. O segundo momento é considerado o mais oneroso para o orçamento governamental, como comprovado por dados do DATASUS - 2000-2012.

Tabela 3 – Gasto per capita do Ministério da Saúde com atenção à saúde 2000-2009

Gasto per capita do Ministério da Saúde com atenção à saúde, por componente, segundo ano Brasil, 2000-2012			
Ano	Gasto per capita com atenção à saúde	Gasto per capita com atenção básica	Gasto per capita com atenção de média e alta complexidade
2000	41,98	17,17	24,81
2001	55,46	20,17	35,29
2002	64,46	23,53	40,93
2003	82,40	25,70	56,70
2004	120,83	33,97	86,86
2005	131,78	38,22	93,55
2006	153,01	44,99	108,02
2007	183,82	52,14	131,68
2008	200,11	62,73	137,38
2009	219,63	66,51	153,12
2010	243,30	75,87	167,44
2011	270,59	88,81	181,78
2012	300,00	104,99	195,01

Fontes:
Ministério da Saúde: Fundo Nacional de Saúde – FNS
Ministério da Saúde: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento: Coordenação-Geral de Orçamento e Finanças
IBGE: base demográfica.

A atenção básica é, portanto, o modelo em saúde que se encontra mais próximo da comunidade, das condições ambientais e de moradia, dos recursos sociais e culturais do

território. Este novo perfil de cuidado à saúde é desenvolvido pelas equipes de Atenção Básica (equipes de saúde da família ESF- e outras modalidades de equipes de atenção básica), onde as Unidades de Saúde da Família dispõem de um importante papel, sobretudo, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que estão cotidianamente nos espaços do território. Esta nova compreensão em saúde visa superar o caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, conduzidas às populações de territórios delimitados (BRASIL, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, s/d).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), locais onde são realizadas as ações de saúde, visam englobar a promoção, proteção e prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e promova a autonomia das pessoas, considerando os determinantes e condicionantes em saúde.

Neste processo, o atendimento junto às Estratégias de Saúde da Família apresenta-se como referência para o cuidado, na priorização de fatores e grupos de riscos, na atenção ao domicílio, nas ações intersetoriais e integrada à rede de serviços de saúde e na promoção da qualidade de vida dos usuários, dentre eles, os idosos.

A média complexidade em saúde é integrada à atenção básica e demais redes socioassistenciais. Corresponde às ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar, exigindo a utilização de equipamentos e profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. É composta por diferentes profissionais: assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos, dentre outros. A alta complexidade caracteriza-se por procedimentos com alto consumo de recursos assistenciais, cujo objetivo é propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-se aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade são:

- 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnóstico; 10) fisioterapia;

11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

O financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade é oriundo dos recursos do limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) e fundo de ações estratégicas e compensação (Faec), considerando as tabelas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares, como também a Portaria MS/SAS nº 224/2003 (BRASIL, CONASS, 2007). A organização das ações de média complexidade cabe ao gestor local, que deve fazê-la de forma regionalizada considerando os determinantes sociais, epidemiológicos e demográficos, dentre outros aspectos. O planejamento da média complexidade em saúde parte do recorte dado as políticas nacionais, por:

[...] tipo de problema de saúde (doença renal, doença neurológica, câncer, doenças cardiovasculares etc.); • tipo específico de serviço de atenção, (urgência/emergência, procedimentos eletivos de média complexidade, traumatologia-ortopedia, pequenos hospitais); • em áreas de atenção (Saúde bucal, saúde do portador de deficiência etc.); • em determinados segmentos populacionais (idosos, mulheres etc) (BRASIL, CONASS, 2007, p 60)

Nesta propositura, considerando o “fortalecimento” das ações em torno da saúde da pessoa idosa, com o Pacto pela Vida, em 2006, insere-se uma diretriz dentro das ações governamentais direcionada para a saúde do idoso.

Cumprir notar que o envelhecimento da população brasileira ocorre sobre um viés marcado de exploração da força de trabalho, desigualdades e pauperismo, o que atinge diretamente a qualidade de vida de população. Logo, tal contexto repercute nas condições em que este trabalhador alcançará sua longevidade.

A inoperância do Estado brasileiro também corrobora para as precárias condições de vida dessa população. Vejamos que ao não prevenir doenças e agravos nas fases primeiras da vida humana, ao não oferecer condições sanitárias, de moradia, educação, alimentação, lazer, trabalho e renda, nos deparamos com diversas doenças crônicas, as quais requerem cuidados especializados. Neste contexto encontra-se o idoso brasileiro, consumindo em torno de 4,1 vezes mais de atenção à saúde e de assistência social, como já mencionado no início desta dissertação (MENDONÇA; PEREIRA, 2013).

No que tange à atenção especializada ao idoso, esta deve garantir mecanismos de:

- reestruturação e implementação das redes estaduais de atenção à saúde da pessoa idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência;
- implementação, de forma efetiva, de modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível;
- contemplação de fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no Sistema Único de Saúde (BRASIL, CONASS, 2007, p. 145).

Ressalta-se que embora os órgãos responsáveis pelas políticas públicas de saúde defendam que essas devam melhorar, torna-se contraditório expor em documento legal, como mencionado acima, que a atenção articulada entre diversos profissionais de saúde no atendimento à saúde do idoso somente seria necessário, se possível fosse. Como se uma abordagem em saúde não ultrapassasse os diversos aspectos do conhecimento, biopsicossocial, considerando ainda fatores econômicos, políticos.

Pode-se considerar que a implementação e a reestruturação das redes estaduais de atenção à saúde do idoso ainda se encontram em curso, uma vez que no cotidiano dos serviços de saúde destacam-se: a inoperância da política (fruto do contexto estrutural do SUS e das diversas expressões da questão social, ali encontradas). A integração dos serviços é precária, quando inexistente, e a abordagem multiprofissional se reduz, na maioria das vezes, apenas “às diversas categorias profissionais por serviço”, não concretizando um trabalho multiprofissional. A adoção das providências necessárias à organização da rede assistencial direcionada ao idoso com os Centros de Referência, propostos pelas Redes Estaduais de atenção à saúde da pessoa idosa, não se efetivou.

Como sinalizado na Política de Humanização (2006), os desafios para a efetivação do SUS persistem: fragmentação do processo de trabalho; falta de complementaridade entre rede básica e o sistema de referência; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e no fomento à cogestão e, ainda, desrespeito aos direitos dos usuários, dentre outros.

Os Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso devem dispor de um hospital que ofereça internação, como também ambulatório especializado em saúde do idoso, Hospital-Dia Geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade, visando constituir a

referência para a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, e prestando uma atenção de forma integral. Além disto, os centros devem seguir outros critérios, quais sejam: relacionados às instalações físicas; recursos humanos; matérias e equipamentos; recursos diagnósticos; recursos terapêuticos; registro de pacientes; transporte de paciente; normas, rotinas e treinamentos; como também devem seguir o que rege a portaria SAS/MS n.º 249/2002 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As diretrizes auxiliares dos Centros de Referência defendem o disposto pela Política Nacional de Saúde do Idoso:

a) promoção do envelhecimento saudável; b) manutenção da autonomia e da capacidade funcional do idoso pelo maior tempo possível; c) assistência às necessidades de saúde do idoso; d) desenvolvimento de atividades de reabilitação visando à melhoria da capacidade funcional comprometida; além do e) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 18)

Se efetivada, seria um salto de dignidade para o idoso brasileiro, que aguarda para além de documentos formais o acesso humanitário à vida, com o direito a uma saúde de qualidade. Hoje, já em 2016, vislumbra-se a reafirmação dos mesmos princípios, metas e planejamentos das políticas na tentativa de concretizá-los. É um processo contínuo, repetitivo, que ora avança, ora retrocede, sobretudo, em virtude da defesa inesgotável da acumulação de capitais. Defesa unívoca do sistema capitalista.

De acordo com Paiva (2014), apenas 17 centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso foram cadastrados em todo o país, sem terem a sua proposta efetivada. Decerto, este é apenas mais um retrato de como são elaboradas e operadas as políticas de saúde do idoso, pois é nítido o descumprimento do que versam as legislações, configurando-se a assistência em saúde para o idoso ainda de forma insuficiente e com imensos óbices na consolidação de suas ações e serviços.

O acesso ao direito à saúde da população enfrenta desafios, e dentre eles está a efetivação do SUS: portas abertas do sistema para garantir o atendimento à população historicamente desassistida em saúde (fato que tem alcançado sucesso no Brasil, por meio de ampla expansão da atenção básica em saúde, desde a implantação do SUS); e a implantação de redes de atenção à saúde que possam dar conta das necessidades de atendimento (quesito

em que o SUS ainda não obteve sucesso, persistindo desigualdades de acesso significativas entre as diferentes regiões do país) (BRASIL, CONASS, 2007).

Ademais, desde o início de sua implementação o SUS apresenta sérios problemas estruturais para a sua materialização. Trata-se de fragilidades crescentes, encontradas no processo de gestão e efetivação da atenção à saúde da população brasileira, com desdobramentos no atendimento à saúde integral da pessoa idosa. Sendo assim, a média complexidade em saúde direcionada ao atendimento das necessidades da pessoa idosa é um dos desafios para a melhoria da saúde do idoso.

3.3 O processo de busca da qualidade em saúde nos serviços públicos de atendimento ao idoso

Investigar o tema da qualidade em saúde implica em se cercar de vários cuidados metodológicos, já que na literatura há uma pluralidade de tendências e variadas perspectivas de se encaminhar estudos acerca deste tema.

Em geral, é consensual a importância de se considerar o contexto no qual a qualidade está sendo avaliada (ex.: no setor público ou privado; se o estudo é de uma instituição ou de determinado serviço). Importa também levar em consideração o nível da assistência (baixa, média ou alta complexidade). Observa-se, por outro lado, que invariavelmente sua análise vem agregada à categoria da avaliação e todos os conteúdos que a mesma impõe.

Para Donabedian (1988), a avaliação da qualidade apresenta algumas dificuldades que precisam ser consideradas. A primeira se refere ao que se considera por qualidade em saúde, a segunda está no que se pretende avaliar, e a terceira em como medir a qualidade. Qualquer que seja a abordagem escolhida para monitorar a qualidade da assistência, o ponto crítico é a transformação do conceito de qualidade em representações concretas sob a forma de critérios, indicadores ou padrões, que lhe assegurem a validade desejada. (COLUSSI, 2010, p.57)

Considerada uma temática multidimensional, a qualidade em saúde requer a construção de indicadores particulares a cada contexto em que será analisada. Contudo, alguns autores se arriscam em conceituá-la, a exemplo de GRAHAM, como observado abaixo:

Na área da saúde, a definição de qualidade torna-se mais ou menos ampla dependendo do quão ampla é a definição de saúde e da responsabilidade da equipe clínica no seu atendimento. Significa que os envolvidos nos atos de saúde estão constantemente preocupados quanto às propriedades, benefícios e malefícios dos serviços prestados, desenvolvem atividades de aferição e aperfeiçoamento, para uma maior satisfação dos que necessitam desses serviços. A gestão da qualidade é a adoção de programas desenvolvidos internamente ou segundo padrões externos, capazes de comprovar um padrão de excelência assistencial, a partir da melhoria contínua da estrutura, dos processos e resultados (GRAHAM N. *apud* CARVALHO, p. 3; 2004)

Face a esta complexidade que a temática incorpora, a literatura indica que existe uma polarização nos estudos, ou seja, ou se generaliza a questão da qualidade como sinônimo de excelência, zero defeito, ou se reporta a ela de modo que a reconhecer a sua complexidade e propor enfoques que consideram conjuntos de atributos, retirados de cada realidade a ser analisada (CAMPBELL *et al. apud* MACHADO, 2014).

Neste estudo, utilizar-se-á do conceito de qualidade defendido por Malik (1996), a qual infere a Qualidade em Saúde enquanto aspecto que engloba diversos componentes, tais como: a impunidade dos trabalhadores, demanda reprimida, desigualdade social, normatização jurídica, mortalidade, infecção hospitalar, custo por procedimentos, escassez de recursos, papel do Estado, dentre outros. Isto é, a qualidade entendida em sua concepção macro, que considera diversos fatores do processo saúde/doença, inclusive sociais, econômicos, culturais e políticos.

A autora aponta ainda que sua concepção de Qualidade em Saúde incorpora o modelo de Donadedian que considera a avaliação a partir da análise da estrutura, dos processos e dos resultados. Assim, a questão da avaliação é condição essencial na discussão sobre a qualidade em saúde. No entanto, ela não se restringe a explicar a qualidade apenas a partir da avaliação e agrega outras características no processo, tais como: técnicas utilizadas na produção do cuidado em saúde; relações interpessoais e o que ela denomina de “amenidades”.

Sendo assim, a construção do conceito de qualidade em saúde defendida por Malik parte da *técnica*, em que considera a *estrutura* caracterizada pela disponibilidade dos equipamentos, recursos humanos (quantidade e qualidade técnica), gestão, dentre outros. Do ponto de vista do *processo* considera-se o aperfeiçoamento dos diagnósticos, adequação do tratamento e condutas; e com relação aos *resultados*, analisa a mortalidade e morbidade, obtenção de recursos, entre outros.

Ainda para esta autora na percepção *interpessoal*, no que se refere à *estrutura*, observamos a força das novas tecnologias sobre as atribuições profissionais e o surgimento de profissões. Do *processo*, verificamos a relação de comunicação e o relacionamento entre profissionais e usuários e suas famílias; e dos *resultados* incorpora-se a satisfação dos usuários, dos encaminhamentos recebidos, e dos retornos em novos episódios de adoecimento.

No tocante à “*amenidades*”, na *estrutura* está a limpeza e o acesso; no *processo*, eficiência do fluxo de pacientes e tempo de espera; e por fim, os *resultados* é a satisfação dos usuários e de seus familiares, encaminhamentos e obtenção de recursos (MALIK, 1996).

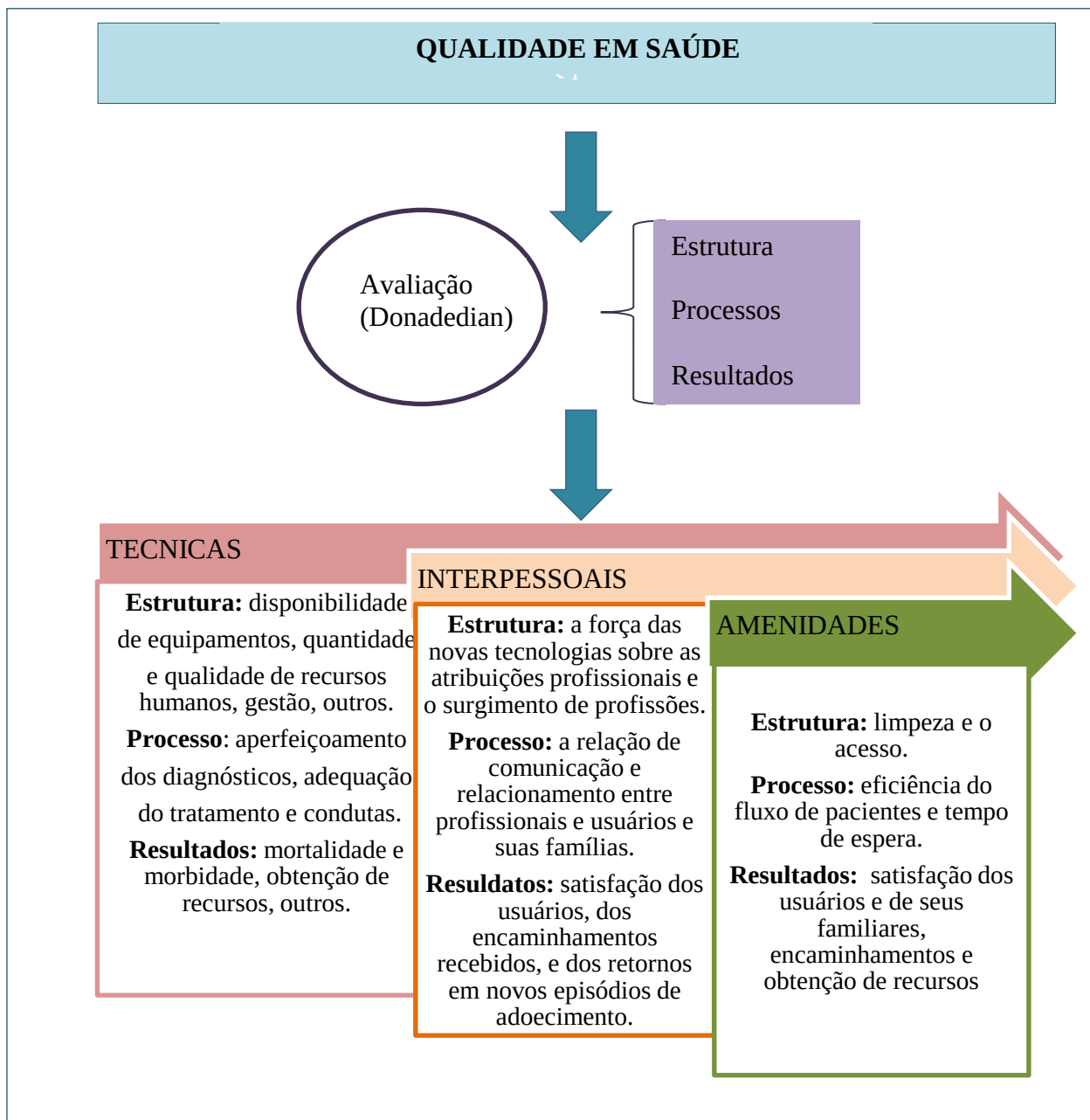
Assim, a Qualidade em Saúde envolve desde as instalações e equipamentos adequados, presentes em um serviço de saúde, passando pelos consultores externos com seus “pacotes prontos” de gestão até os níveis de satisfação dos usuários. Para Malik, cada um desses processos possui uma visão diferenciada da qualidade em saúde. Deste modo,

Há visões mais voltadas à área da saúde, entre elas as mais pertinentes aos serviços utilizados e disponíveis e outras que consideram as condições de vida, como auto-estima e possibilidades de desenvolver uma vida plena e saudável. Ainda cabe lembrar das chamadas iniciativas ou programas de qualidade, entre os quais cabem desde os genéricos até os eminentemente específicos programas de humanização, patrocinados pelo Ministério da Saúde, passando pelos onipresentes instrumentos projetados para ouvir o usuário. Também há instrumentos operacionais, que questionam os serviços de ordem geral como estacionamento, elevador e limpeza e outros mais voltados às necessidades de saúde, como pesquisas de morbidade referida (como a pesquisa de necessidades de saúde recentemente apresentada referente ao município de São Paulo, disponível no seu portal da internet ou a pesquisa sobre acidente vascular isquêmico — AVCI) [...] Finalmente, há instrumentos que questionam o processo de assistência propriamente dito. (MALIK, 2005, p. 354)

Ou seja, não existe uma percepção unívoca em torno do conceito qualidade, tendo em vista que os critérios utilizados pelos atores políticos difere daqueles defendidos pelos usuários. Cada ator protege os aspectos “de qualidade” que mais condizem com os seus interesses.

A seguir, na figura 2, esboçamos de forma sintética a concepção de qualidade em saúde segundo Malik, 1996:

Figura 2 - Da Qualidade em Saúde segundo Malik, 1996



Fonte: Primária, 2016.

Em suma, adota-se neste estudo a concepção de Malik (1996) à luz dos conceitos de técnica, da interessoalidade e das amenidades, acima definidos, com ênfase na satisfação dos usuários idosos dos serviços de média complexidade em saúde. O estudo partiu da percepção dos usuários idosos do Centro de Atenção Integral em Saúde do Idoso (CAISI) para analisar as “condições” dos serviços ofertados. Vale frisar que para uma avaliação mais aproximada do conceito de qualidade defendido por Malik precisaríamos considerar outros atores,

profissionais de saúde e gestores, por exemplo. O que poderá ser feito em outro momento, dando continuidade e aprofundamento a este estudo.

No Brasil é imensa a insatisfação dos usuários dos serviços de saúde. Em Pesquisa realizada pelo instituto Datafolha (2014), 93% dos eleitores avaliaram como péssimos, ruins ou regulares os serviços públicos e privado de saúde. Entre os usuários do SUS, 87% declaram insatisfação (SALOMÃO, 2014). É sabida a inoperância dos serviços de saúde brasileiro em contraposição a um vasto arcabouço jurídico, frente ainda a demandas sociais cada vez maiores.

Neste sentido, o processo de busca da qualidade desses serviços é algo complexo, que requer a participação de diversos atores, sobretudo da sociedade civil organizada. Alcançar esta propositura é efetivar princípios já existentes e não materializados. É uma missão árdua e longa de luta. Desde a sua criação o Sistema Único de Saúde busca aprimorar-se. Todavia, existe a contrapartida da defesa maior deste Estado o que talvez efetivá-lo e, assim, garantir a qualidade dos serviços ofertados, ainda seja algo inalcançável.

No que tange aos serviços ofertados aos idosos essa realidade não difere; ao contrário, tende a se agudizar dadas às condições de saúde desta população. Segundo dados do IBGE de 2009, 75,5% dos idosos têm alguma doença crônica, sendo 70,6% dependentes do SUS. Ou seja, os idosos demandam mais dos serviços públicos de saúde, o que não garante que estes tenham suas necessidades sanadas. Ao contrário, este segmento populacional vem buscando através da judicialização da saúde ter acesso a esse direito social.

O Poder Judiciário, em todas as suas instâncias, vem se deparando com um volume cada vez maior de ações judiciais individuais que reivindicam os mais diversos medicamentos, insumos, tratamentos e produtos de saúde em face do Estado, como garantia do direito à saúde resguardada constitucionalmente. (DIAS, E.F., 2011, p. 01)

A ex-presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Elisa Franco de Assis Costa, destaca que o Brasil já tem 3 vezes mais hipertensos e diabéticos se compararmos com o Canadá. Este último possui 2 milhões de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e o Brasil tem 6 milhões nessas condições. Elisa aponta preocupação, sobretudo, com o a população mais idosa, que segundo ela cresceu 65% nos últimos anos (REVISTA EM DISCUSSÃO, 2010). De fato, o idoso brasileiro necessita de cuidados em

saúde e o SUS ainda é deficitário na oferta de seus serviços, o que atinge diretamente as condições de vida desta população. A busca pela qualidade no cuidado à saúde do idoso faz-se então extremamente necessária.

Seguindo tal problematização e coordenadas teóricas, este estudo busca responder às seguintes indagações: diante das contradições inerentes ao sistema capitalista, é possível proporcionar ao velho trabalhador o direito a uma saúde com qualidade? A infraestrutura e a ambiência dos serviços de saúde são compatíveis com o perfil dos usuários idosos? Nos moldes em que as políticas sociais em saúde são implementadas é possível garantir a integralidade da produção do cuidado ao idoso? O sistema de informações construído entre idosos e profissionais é qualificado? O que será explanado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO IV – A QUALIDADE DOS SERVIÇOS OFERTADOS NO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

Este capítulo se propõe a proceder uma análise sobre a qualidade dos serviços ofertados no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI) do Município de João Pessoa-PB. Para tanto, dividiu-se a análise em três módulos, os quais abordam sobre: Módulo I: A Infraestrutura do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso; Módulo II: Integralidade da produção do cuidado em saúde e Módulo III: O Sistema de informações construído entre usuários idosos e profissionais do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso.

Ainda traz a caracterização do usuário idoso do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso e a apresentação do CAISI e da rede de proteção à saúde do idoso no município de João Pessoa/PB, bem como os procedimentos metodológicos que circunscrevem este estudo.

A interpretação analítica dos dados coletados foi embasada em técnicas de análise quantitativas e qualitativas por meio da apreensão crítica desta pesquisadora sobre o objeto investigado, fundamentada na leitura de autores que estudam as categorias que permeiam a relação qualidade, idoso, saúde e políticas sociais, além da recorrência a dados derivados de fontes secundárias levantadas pela pesquisa documental.

A qualidade dos serviços de saúde aqui considerada perpassa as diversas questões do processo saúde-doença, bem como o perfil do usuário idoso daquele serviço. De tal forma, recorre a abordagem crítica em torno das políticas sociais, neste caso, a saúde, a partir das contradições inerentes ao sistema econômico vigente.

4.1 Procedimentos Metodológicos

Em termos gerais, adotou-se como base conceitual a abordagem crítica das Políticas Sociais, engendradas pela burguesia na garantia do consenso da classe trabalhadora (BRAVO, 2009). Para tanto, referenciou-se nas interpretações teóricas derivadas da perspectiva marxista em torno da análise do objeto investigado – a Saúde do Idoso - à luz das múltiplas contradições geradas pela sociedade capitalista.

Portanto, buscou-se fundamentar no método histórico-dialético com vista a uma análise do objeto de estudo a partir da totalidade da realidade investigada como a unidade do

real entre o todo e suas partes (as relações) constituintes, em que o todo não é a soma das partes, mas a expressão da articulação entre as diferentes relações (as partes) que o constitui (NOGUEIRA, 2002).

Quanto aos procedimentos metodológicos, consideramos a pesquisa científica “[...] mais que uma descrição formal dos métodos e técnicas a serem utilizadas; indica as conexões e a leitura operacional que o pesquisador fez do quadro teórico e de seus objetivos de estudo” (DESLANDES, 2009, p. 46). Assim, inserido nesta óptica, tipificamos este processo investigativo como uma pesquisa social aplicada de cunho descritivo com uso de técnicas de análise quanti-qualitativas.

A adoção quantitativa permitiu afinar as opiniões de entrevistadas por meio do uso de instrumentos estruturados, com o objetivo de mensurar os resultados que são concretos e menos passíveis de erros de interpretações (DANTAS; CAVALCANTI, 2006). Ainda segundo essas autoras, a pesquisa qualitativa tem caráter descritivo, pois estimula os entrevistados a pensarem livremente sobre o objeto ou conceito.

Deste modo, procurou-se articular as técnicas de análise quantitativas e qualitativas seguindo a concepção de Marsiglia (2009, p. 387), a qual defende que “[...] devemos aproximar esse dois tipos de conhecimento, para que eles se complementem e se fertilizem mutuamente”, logo corroborando para uma análise mais fecunda em torno do objeto investigado.

Universo da Pesquisa

A presente pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI, Média Complexidade), inserido na rede de serviço de saúde do município de João Pessoa/PB. O local da pesquisa é referência no cuidado à saúde do idoso no município de João Pessoa/PB, sendo o único espaço em saúde no Estado da Paraíba direcionado especificamente para a saúde do idoso.

O Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI) situa-se em um anexo do Hospital Municipal Santa Izabel, à Rua Deputado Barreto Sobrinho, bairro Tambiá, constituindo-se em um centro de atendimento ambulatorial especializado à saúde do idoso, pertencente ao Município de João Pessoa/PB. Este centro tem foco na atenção à saúde da

pessoa idosa oferecendo atendimento assistencial multiprofissional, com equipe formada por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, como também espaços de convivência (grupos de idosos) que visam a promoção do envelhecimento saudável e o fortalecimento da autonomia dos idosos.

O CAISI tem atualmente 15 mil idosos cadastrados, dos quais 11 mil frequentam os seus serviços regularmente. O acesso ao centro ocorre através da Unidade de Saúde da Família (USF), como também por demanda espontânea. A coleta de dados ocorreu nos meses de Outubro e Novembro de 2015.

Os pesquisados do Estudo

Participaram da pesquisa os usuários idosos do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI, Média Complexidade) do município de João Pessoa-PB, que aceitaram participar do estudo a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado.

Seleção da amostra da pesquisa

Para a seleção da amostra considerou-se a média mensal de atendimento no CAISI em torno de 1100 atendimentos; logo, calculou-se 5% desse número. Deste modo, foram entrevistados 50 usuários idosos que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Usuários (as) com idade igual ou superior a 60 anos, conforme versa o Estatuto do Idoso;
- ✓ Estar sendo atendido(a) pelos serviços mencionados há pelo menos seis meses (considerando que iremos captar sua avaliação sobre a qualidade do atendimento prestado);
- ✓ Não possuir nenhuma doença crônica de ordem neurológica que comprometa sua capacidade cognitiva.

Instrumentos e Técnicas de Coleta de Dados

Para melhor fundamentar as categorias temáticas que perpassam o objeto deste estudo – qualidade, Políticas Sociais, Política de Saúde, Saúde do Idoso - recorreu-se a autores,

como: Camarano (2004), Camarano, Kanso e Fernandes (2014), Teixeira (2006, 2008), Paiva (2014), Bravo (2009), Polignano (2005), Cavalcante, Carvalho e Medeiros (2012), Pinheiro (s/d), Malik (1996), Kalache (2008), dentre outros. Utilizou-se ainda de fontes secundárias, como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde e outras, além da pesquisa sobre a legislação pertinente à Política de Saúde e Saúde do Idoso. Consideraram-se, ainda, as observações da pesquisadora e a aplicação de formulário previamente elaborado com 26 perguntas distribuídas entre abertas e fechadas.

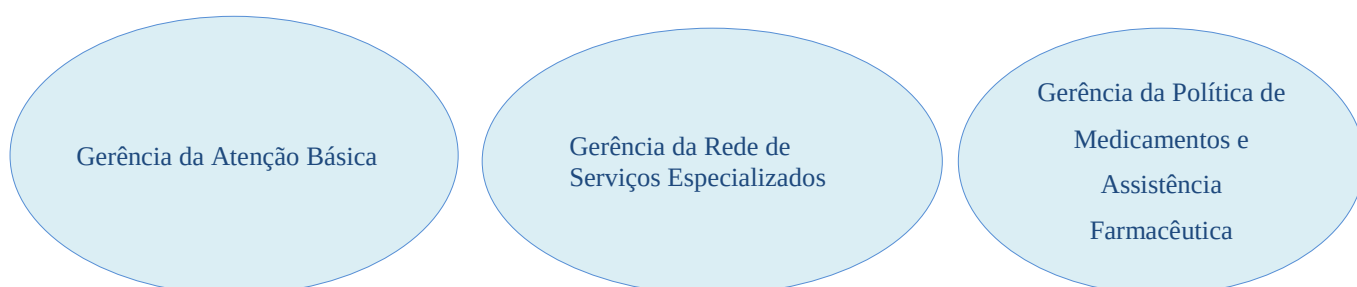
Instrumentos e Técnicas de Análise de Dados

Os dados coletados foram analisados considerando sua forma de abordagem:

- a) Quando quantitativa – Foi feita a leitura estatística descritiva com uso da média, expressa em percentagem, no Excel, cujos resultados estão alocados em forma tabelas e gráficos.
- b) Quando qualitativo – A análise do conteúdo ocorreu a partir da aproximação com o método de Bardin (2006) por categorização temática dos fragmentos de fala dos(as) usuários(as) pesquisados(as).

4.2 A Rede de proteção à saúde do idoso no município de João Pessoa/PB

Na história das políticas públicas do país o direito à saúde do idoso ganha visibilidade a partir da implementação da Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e do Estatuto do Idoso. No entanto, apenas com o Pacto pela Saúde (2006) é que a saúde de idoso aparece como prioridade junto às ações de saúde dos entes federativos. Em João Pessoa/PB, a saúde do idoso organiza-se segundo as diretrizes da Diretoria de Atenção à Saúde, da seguinte forma:



O primeiro nível de organização dos serviços de saúde ocorre nas ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família (USF), atenção básica. Dentro das ações executadas pela Atenção Básica no município de João Pessoa, a Estratégia de Saúde Família se constitui enquanto principal estratégia de organização da Atenção Básica. A rede da Atenção Básica do município de João Pessoa é composta pelos seguintes serviços: Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Diabetes e Hipertensão, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso e Saúde Mental (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, s/d). Este nível de atenção em saúde volta-se para ações que abarcam as necessidades de cada território, focadas na realidade social vivenciada. É considerada a porta de entrada em saúde.

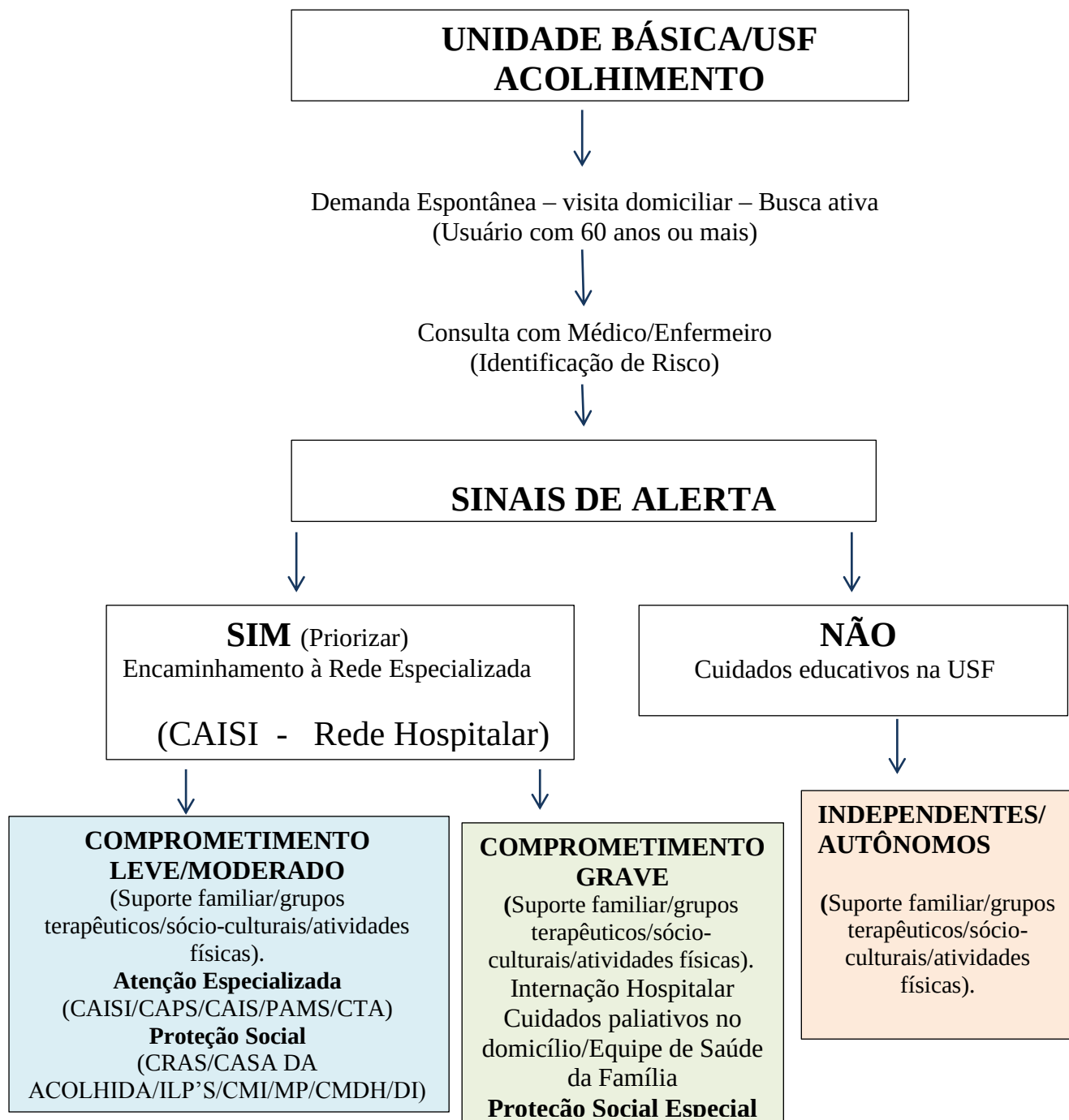
Existem em João Pessoa/PB cerca de 186 Equipes de Saúde da Família (ESF) e quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os idosos recebem também Serviços de Atendimento Domiciliar (SAD) e oferta de atividades físicas nas praças através do projeto João Pessoa Vida Saudável e grupos de convivência por meio das equipes de Saúde da Família. Para ter acesso aos serviços, o idoso deve procurar a Unidade de Saúde da Família mais próxima de sua residência (SOUSA, 2015).

Outro mecanismo direcionado à saúde do idoso refere-se aos Serviços Especializados em saúde que compõem seções de Saúde Mental, Medicina Natural e Práticas Complementares, bem como o Núcleo de Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais, divididos entre necessidades motoras, auditivas e visuais. Todas as especialidades estão distribuídas pelas seguintes unidades: CAIS Mangabeira; CAIS Cristo; Centro de Especialidades Odontológicas Mangabeira; Centro de Especialidades Odontológicas Centro; Centro de Especialidades Odontológicas Cristo; Centro de Saúde Maria Luíza Targino; Centro de Saúde de Mandacaru; Centro de Saúde Lourival Gouveia Moura; Centro de Saúde Francisco das Chagas; Unidade de Saúde das Praias; Centro de Saúde Teixeira de Vasconcelos; Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (Caisi); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Caminhar; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Gutemberg Botelho; Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Cirandar; Residência Terapêutica; Núcleo de Portadores de Necessidades Especiais; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); Centro de Controle de Zoonoses; Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS; Laboratório Central do Município (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, s/d).

Por fim, encontram-se os serviços da Gerência de Medicamentos e da Assistência Farmacêutica que são responsáveis pelas demandas relacionadas a medicamentos e a rede hospitalar.

Vejamos o fluxo de assistência em saúde do idoso na cidade de João Pessoa/PB:

FLUXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB



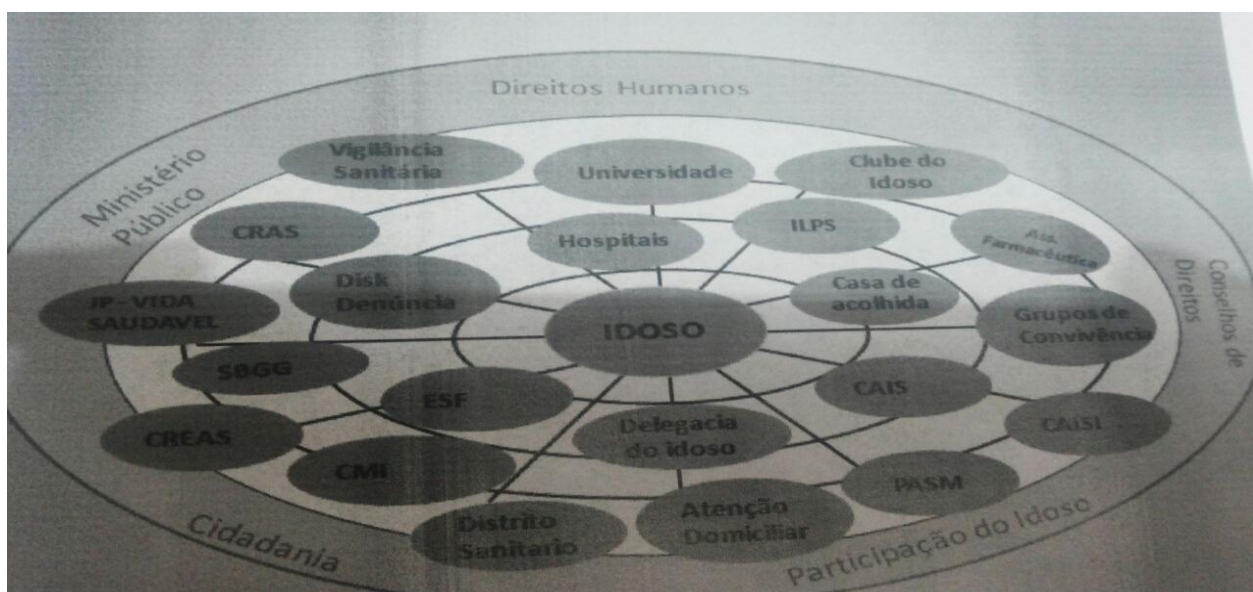
Fonte: Secretária Municipal de Saúde/Diretoria de Atenção À Saúde- Saúde do Idoso, 2015.

Cumprir notar que a atenção à saúde do idoso também corresponde à da população em geral, diferenciando-se apenas devido aos serviços ofertados pelo Centro de Atenção Integral à Saúde do idoso, especificamente direcionados ao segmento idoso. Ações comunitárias na assistência aos idosos são idealizadas e concretizadas de forma independente da secretaria de saúde e do respectivo distrito sanitário, ou seja, cada equipe de saúde da família identifica as necessidades da comunidade e planeja tais atividades (ARAÚJO; VALENÇA; ROCHA, 2012). Depara-se, na maioria das vezes, com ações pontuais e agudas, fragmentadas e em caráter campanhista.

Pensar em Saúde demanda considerar os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde/doença, o que requer uma atenção articulada, hierarquizada e regionalizada da rede de proteção social. Nesta propositura, conforme a Lei nº 12.303 de 2012, que dispõe sobre a criação do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso da Política Municipal do Idoso, “o atendimento aos direitos dos idosos no Município de João Pessoa será feito através das políticas públicas sociais básicas: Educação, Saúde, Recreação, Esporte, Cultura, Turismo, Lazer e Profissionalização, além de outras no campo da Assistência Social, assegurando-se na prestação de todas elas o tratamento com dignidade, o respeito à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (2012; p.1).

Visando a transversalidade das políticas, a figura a seguir apresenta a interligação necessária a efetivação do direito integral à saúde do idoso:

Figura 3 – Proteção Social ao Idoso no Município de João Pessoa-PB



Fonte: Secretária Municipal de Saúde/Diretoria de Atenção À Saúde- Saúde do Idoso, 2015

O fluxograma expõe a rede de proteção social disponível no município de João Pessoa/PB que, ofertando um serviço de qualidade e trabalhando na lógica de completude das suas ações, alcançaria uma maior aproximação na garantia do direito integral à saúde do idoso. Infelizmente, ainda se destacam práticas paliativas no cotidiano desses serviços oriundas de um processo histórico de negação de direitos sociais. Assim, é indispensável a discussão em torno das políticas públicas, dentre as quais a de saúde, tão ampla e indispensável à vida do trabalhador.

4.3 Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso do Município de João Pessoa/PB

O Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI) foi criado no ano de 2007 na tentativa de expandir o atendimento à saúde do idoso no município de João Pessoa/PB. Urge como uma unidade de média complexidade em saúde com o objetivo de desenvolver ações voltadas aos usuários com 60 anos ou mais de idade. Uma proposta de expansão da atenção à saúde do idoso, com uma infraestrutura física melhor e uma equipe multiprofissional, a fim de dar resolutividade às demandas apresentadas pelos usuários idosos. Essas informações foram repassadas via comunicação verbal por um profissional da instituição que se encontra na mesma desde seu surgimento.

Para o surgimento e funcionamento do centro, na época, alocaram profissionais de mecanismos da rede assistencial de saúde, especificamente aqueles que já trabalhavam com o público idoso, por exemplo, profissionais do Centro de Reabilitação de Idoso (CRI) e de Unidades Básicas de Saúde que eram referência em Hipertensão e Diabetes. Hoje, à frente do funcionamento das atividades do CAISI estão aproximadamente 70 profissionais das diversas áreas do conhecimento, gestão e administração. Essas informações foram repassadas via comunicação verbal por um profissional da instituição que se encontra na mesma desde seu surgimento e pela gestora da unidade.

O CAISI situa-se na Praça Caldas Brandão, s/n, bairro Tambiá, anexo ao Hospital Santa Isabel no município de João Pessoa/PB. É uma unidade de saúde complementar da Rede de Especialidades em Saúde, exclusiva para pessoas com idade igual ou maior que 60 anos. Sua gerência ocorre por meio da Secretaria de Saúde da prefeitura Municipal de João Pessoa/PB. É o pioneiro no Nordeste (SECOM/JP, 2015).

Com nove anos ofertando serviços à pessoa idosa, o CAISI tem atualmente 15 mil idosos cadastrados, dos quais 11 mil frequentam os seus serviços regularmente. O acesso ao centro ocorre através da Unidade de Saúde da Família (USF), como também por demanda espontânea. O centro disponibiliza atendimento multiprofissional nas seguintes áreas: Serviço Social, Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia. O atendimento médico é direcionado às seguintes especialidades: angiologia, cardiologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, nefrologia, neurologia, reumatologia e eletrocardiograma.

Também são disponibilizadas por este serviço atividades em grupos: escola de postura; grupo de manutenção para pacientes neurológicos; aulas de flauta e canto; coral; atividade física; terapia comunitária; grupo de convivência; grupo de estimulação da memória e apoio aos cuidadores. É um serviço com ampla oferta, mas que ainda caminha para a efetivação do direito integral à saúde do idoso.

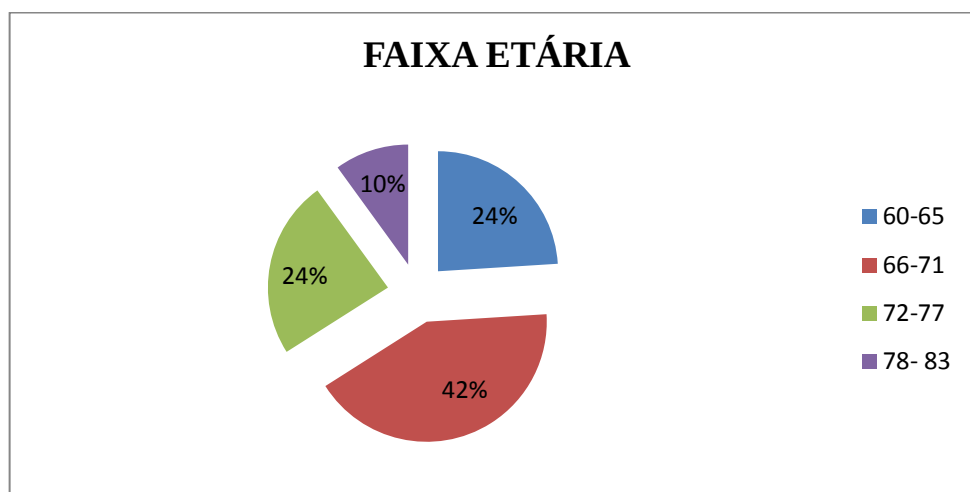
4.4 A caracterização do usuário idoso do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso

A caracterização dos entrevistados deste estudo faz jus a uma amostra de 50 idosos que utilizam os serviços de saúde do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), localizado no município de João Pessoa/PB, no período da coleta de dados, realizada em Outubro e Novembro de 2015. Para tanto, utilizou-se um formulário que integrou um roteiro de entrevista com perguntas objetivas e subjetivas, conforme modelo em anexo.

A análise dos dados do perfil dos idosos entrevistados é apresentada estatisticamente por meio de gráficos e tabelas. Contemplaram-se as seguintes variáveis: faixa etária, gênero, condições de moradia, escolaridade, renda familiar, inserção no mercado de trabalho, doença crônica, acesso à rede socioassistencial e motivo que levaram os idosos a buscarem o serviço (CAISI).

Inicia-se a análise de dados com a variável faixa etária dos idosos entrevistados, conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 9 – Faixa Etária dos Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.



Fonte: Primária

Identifica-se no gráfico acima a maior incidência de idosos no intervalo de 66-71 anos de idade ou mais, perfazendo 42% do total da amostra. Verifica-se, ainda, que 34% dos idosos encontram-se na faixa etária entre 70 e 80 anos de idade. A esperança de vida ao nascer e nas idades avançadas respinga nas condições de vida e de saúde de uma população. Logo, no Brasil, a expectativa de vida cresce de 69,8 anos de vida, em 2000, para 74,8 anos em 2013. (IBGE, SIS, 2014). Caminha-se para um superenvelhecimento populacional. Um novo paradigma demográfico se forma, com a prevalência de famílias menores, diminuição da população e da força de trabalho e aumento do número de idosos mais velhos, centenários. (CAMARANO, KANSO E FERNANDES, 2014; UNFPA; HelpAge International, 2012). Tal contexto é reafirmado neste estudo, em que apenas 24% da amostra encontra-se entre 60-65 anos de idade, idosos jovens, prevalecendo idosos mais velhos.

Este novo perfil demográfico demanda um maior acesso aos serviços de saúde e a toda rede de proteção social, como também uma perspectiva gestora de políticas públicas que ultrapasse o caráter paliativo prevalecente e que consiga garantir ao homem-idoso-trabalhador os mínimos necessários para um envelhecimento digno.

Cumprir notar que a caracterização da pessoa “idosa” no Brasil tem sobretudo um recorte etário, em que segundo o Estatuto do Idoso (2003), é idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Este instrumento legal recente na história dos direitos sociais brasileiros ainda carece de seu efetivo cumprimento, o que repercute diretamente nas condições de saúde da pessoa idosa.

A Tabela 04 a seguir refere-se à questão de gênero dos usuários entrevistados, como se vislumbra abaixo:

Tabela 04 – Gênero dos usuários entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.

GÊNERO	TOTAL
F	44
M	6
Total Geral	50

Fonte: Primária

Os dados acima corroboram com a feminização da velhice amplamente discutida entre estudiosos como Kanso, Almeida, Mafra, Silva (2015) e Camarano (2014). As mulheres compõem a maioria dos idosos brasileiros. Estimativas indicam que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens, conforme Nicodemo e Godoi (*apud* KANSO, ALMEIDA, MAFRA, SILVA, 2015).

No mundo, para cada 100 mulheres com 60 anos ou mais, há 84 homens. As mulheres idosas correspondem a 55,8 % das pessoas idosas no Brasil (UNFPA; HelpAge International, 2012; IBGE, SIS, 2010). Um levantamento do Banco Mundial, em 2011, também reafirma a feminilização do envelhecimento e que esse fenômeno implica diretamente nas políticas de emprego, saúde e assistência.

Vale notar que a questão de gênero rebate em um processo histórico arraigado de discriminação e violência, em que as mulheres estiveram em grande parte de sua vida subalternizadas à mercê de precárias condições de trabalho e vida. Na maioria das vezes, excluídas do acesso aos direitos trabalhistas e ao mercado de trabalho formal. A longevidade feminina requer uma maior atenção por parte das políticas públicas e sociais.

Quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados verifica-se que 46% dos idosos afirmaram possuir ensino fundamental incompleto; 24% possuem ensino médio completo; 20% declararam-se analfabetos; 6% têm ensino fundamental completo; 2% possui ensino médio incompleto e os outros 2% lograram o ensino superior completo.

Dados estatísticos declaram que a escolaridade do idoso brasileiro é baixa. De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais (2010), 30,7% dos idosos tinham menos de um ano de instrução. O número médio de anos de estudo no país era de 7,7 anos em 2013, sendo a região

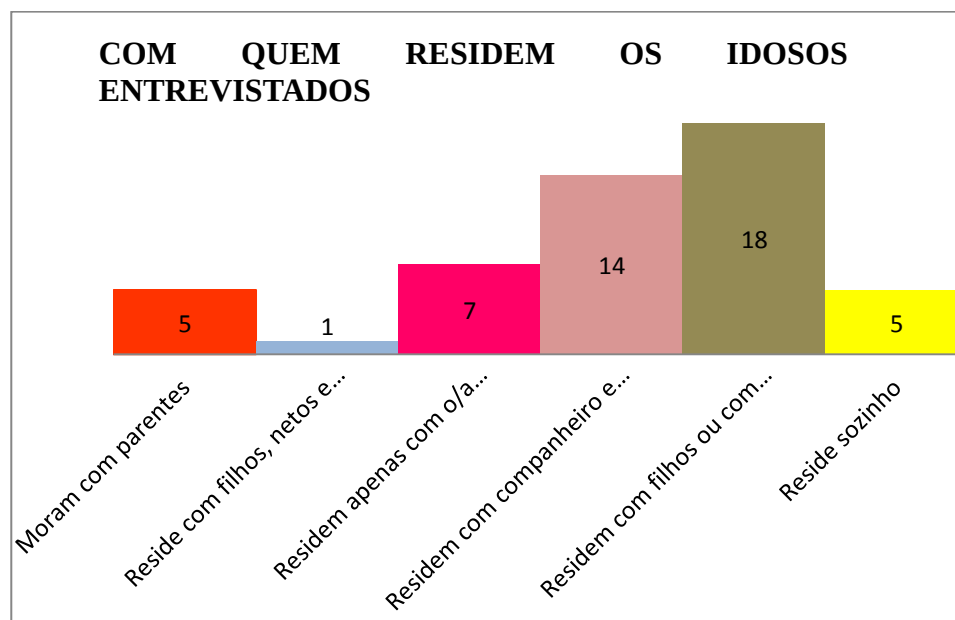
Nordeste a que apresentou a menor média de anos de estudo (6,6) em relação às demais regiões (IBGE, PNAD, 2013).

A educação é essencial para a melhoria das condições de vida de uma população. Esta é mediadora de oportunidades edificantes, contribui para a inserção no mercado de trabalho e para o aumento no rendimento familiar, promovendo cidadania e inserção social. Logo, ao constatar um baixo nível de escolaridade neste segmento populacional conclui-se que há um percentual considerado de idosos sem acesso à informação e, portanto, com dificuldades para reivindicar a efetivação dos seus direitos sociais, dentre eles, a saúde.

É partir de uma população informatizada que conheça seus direitos e deveres sociais que se pode avançar enquanto sociedade civil organizada, na luta por melhores condições de vida, de acesso aos direitos sociais com qualidade e universalidade, rompendo as barreiras de um sistema excludente e desigual.

A seguir, apresentam-se os dados pertinentes à variável com quem residem os idosos entrevistados.

Gráfico 10 – Com quem residem os Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.



Fonte: Primária

De acordo com os dados acima: 36% dos idosos entrevistados informaram residir com filhos ou com filhos e netos; 28% alegaram residir com companheiro e outros membros da

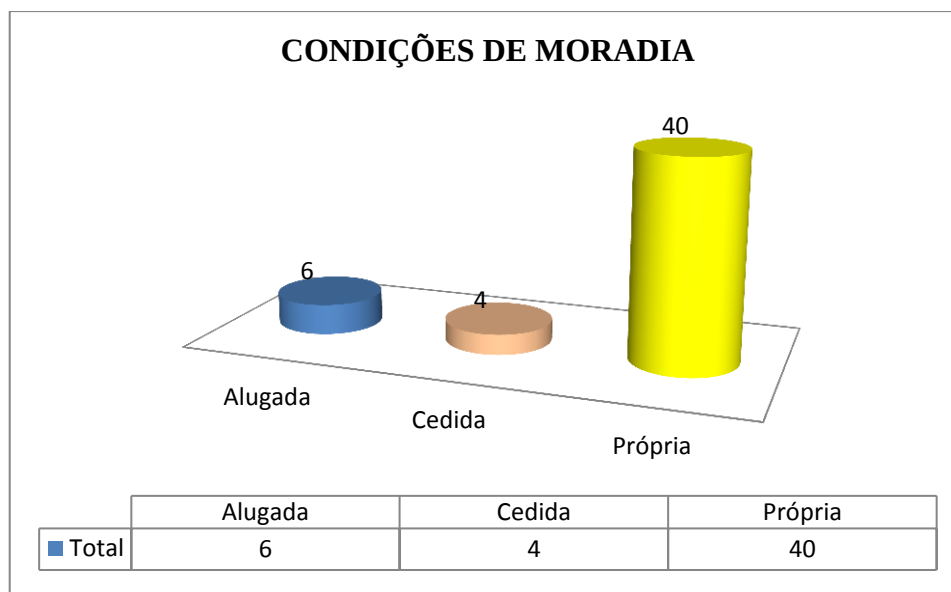
família (filhos, netos, parentes, irmãos, outros); 14% dos idosos disseram que residiam apenas com o/a companheiro/a; 10% declararam morar com parentes; 10% falaram que residiam sozinhos e 2% disseram residir com filhos, netos e nora. Observa-se que mais de 50% da amostra residia com outros membros familiares, o que implica geralmente em participação na aplicação da renda familiar.

O envelhecer demanda cuidados, dado o processo natural do envelhecimento humano. Tal contexto requer atenção especial do Estado para suprir as necessidades emanadas por este público. Todavia, a família sempre foi considerada como a responsável pelo cuidado ao idoso, inclusive enfatizado nos instrumentos legais direcionados à pessoa idosa.

Nesta propositura, vale ressaltar que a responsabilização familiar é uma tendência das reformas neoliberais que visa à diminuição do papel do Estado como mecanismo de redução de gastos sociais (TEIXEIRA, 2008). Entende-se que a família também é provedora de cuidados, no entanto, é dever do Estado garantir a proteção social aos idosos de forma universal e com qualidade, e não através da transferência de responsabilidades. Ainda segundo Teixeira (2008), a grande parte dos idosos no Brasil reside com seus filhos, com destaque para as regiões Norte e Nordeste, e isso pode ser justificado devido às necessidades socioeconômicas locais e das próprias necessidades dos idosos, como também devido às questões culturais dessas regiões. Tal conjuntura revalida os dados deste estudo em que 66% dos entrevistados alegaram residir somente com filhos, ou com filhos e outros membros familiares.

A análise seguinte trata das condições de moradia dos usuários entrevistados. O acesso à moradia está intrinsecamente relacionado à distribuição de renda do País. Apesar das desigualdades sociais que imperam no Brasil, nos últimos anos constatou-se um avanço no acesso ao imóvel próprio em virtude da expansão de programas de financiamento federal a “favor” da casa própria.

A partir desta realidade verificam-se nos dados abaixo que 80% dos idosos possuem casa própria; 12% moradia alugada e 8% imóvel cedido, o que corrobora com o avanço sinalizado no parágrafo anterior. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, em 2013, confirmam os dados deste estudo apontando um crescimento de 5,7% de domicílios em aquisição entre 2012 e 2013. Em 2004, os imóveis que estavam sendo pagos representavam 4,2% do total de moradias no país, em 2013, o indicador chegou a 5,1%.

Gráfico 11- Condições de Moradia dos Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.

Fonte: Primária.

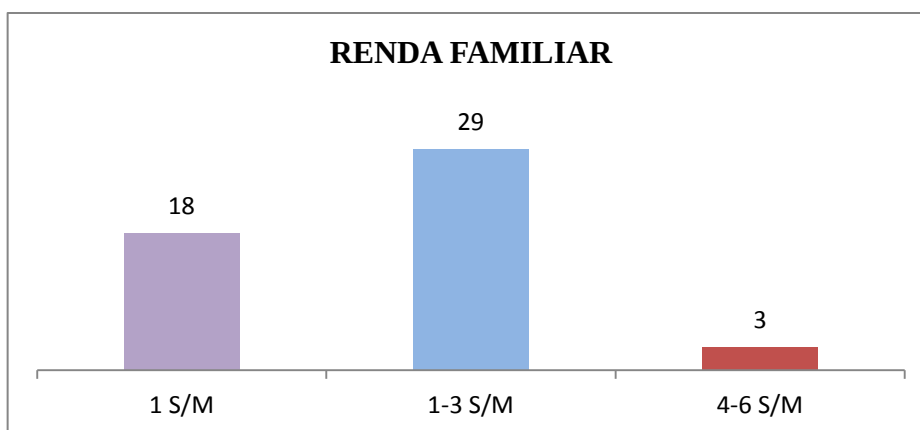
O direito à renda via seguridade social também contribuiu para a aquisição da casa própria do idoso. Teixeira (2006) coloca ainda que o acesso à renda contribuiu também para a pseudovalorização da pessoa idosa, que eleva a condição de consumidor manipulado de mercadorias, visto que o objetivo final da produção é a valorização do capital e não satisfações de necessidades humano-sociais.

Cumprir notar que o acesso à casa própria não vem necessariamente acompanhado de condições dignas de habitabilidade. Constatou-se, neste estudo, a prevalência de 18% de residências localizadas em locais sem rede de esgoto, o que é um grande problema de saúde pública. O bem-estar da população relaciona-se à infraestrutura de serviços de saneamento básico. Dados da Pesquisa Nacional de Saneamento - PNSB 2008 – (2010) apontam que 18% da população brasileira estava exposta ao risco de contrair doenças em decorrência da ausência da rede coletora de esgoto, e o Nordeste, apresentava a situação mais alarmante de esgotamento sanitário.

Vale frisar que 100% dos entrevistados alegaram residir em imóvel de alvenaria, com energia elétrica, lixo coletado e água encanada, e no setor urbano, o que contribui positivamente para a qualidade de vida deste segmento populacional.

Analisa-se, a seguir, a renda familiar dos entrevistados cujos dados evidenciam que 58% possuem renda familiar entre 1-3 salários mínimos; 36% renda de 1 salário mínimo e 6% alegam possuir renda entre 4-6 salários mínimos.

Gráfico 12 – Renda Familiar dos Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.



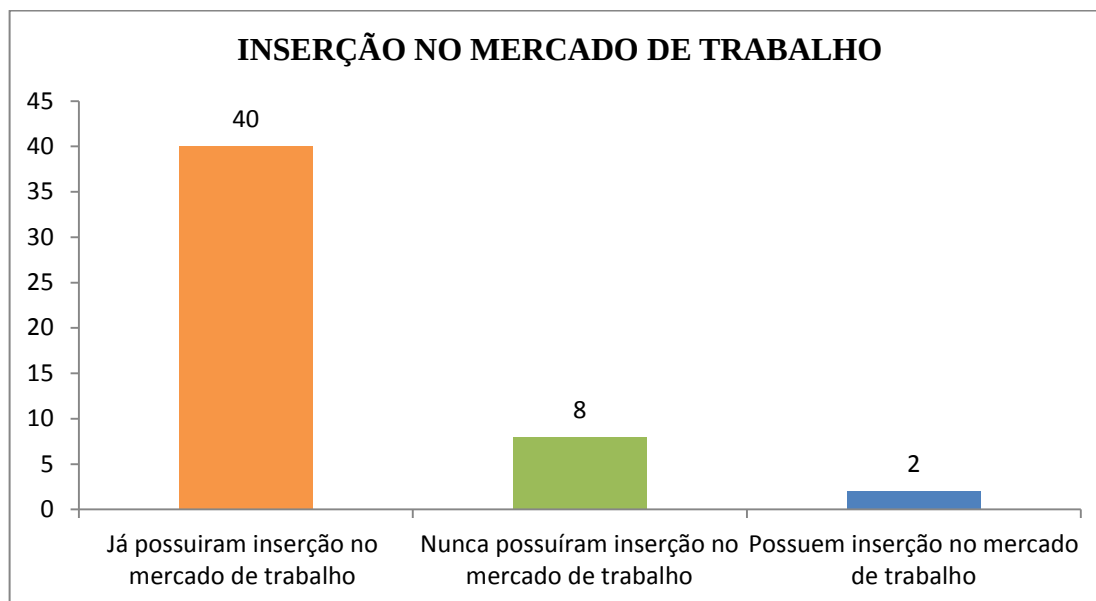
Fonte: Primária

Os dados acima sinalizam que 94% dos entrevistados possuem renda familiar em torno de 1 a 3 salários mínimos, valor considerado ínfimo diante das necessidades do processo de envelhecimento. Os idosos, sobretudo àqueles acima de 75 anos de idade, consomem em torno de 4,1 vezes mais de atenção à saúde e a assistência social (MENDONÇA; PEREIRA, 2013); o envelhecimento vem acompanhado de uma série de novas demandas que incluem um outro tipo de alimentação, medicação, exercícios físicos, acessibilidade, e outros, o que carece de uma maior renda financeira para suprir tais necessidades.

Deve-se considerar ainda o valor do salário mínimo em 880,00 reais, valor este que, de acordo com a Constituição Federativa do Brasil de 1988, deve ser capaz de suprir as necessidades básicas do trabalhador e de sua família, quais sejam: moradia, educação, saúde, alimentação, vestuário, transporte, previdência, dentre outras, o que se torna impossível com o mínimo ofertado. A má distribuição de renda e as desigualdades sociais são fatores que além de contribuir para o agudizamento da pobreza comprometem a condição digna de vida da população.

Em seguida, discute-se a inserção no mercado de trabalho pelos idosos entrevistados.

Gráfico 13 – Inserção no Mercado de Trabalho pelos Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.



Fonte: Primária

Constata-se que 84% dos entrevistados afirmaram já ter realizado alguma atividade laboral ou a realizam. Desses, 60% realizaram atividades de cunho informal ou como autônomos, sem vínculo empregatício, prevalecendo as seguintes atividades: agricultor, pintor, costureira, empregada doméstica, lavadeira de roupa, servente de pedreiro, vendedor, outros. E os 24% tiveram acesso ao trabalho formal. O restante da amostra, 16%, alegaram nunca ter possuído inserção no mercado de trabalho. Ambos os entrevistados são do sexo feminino.

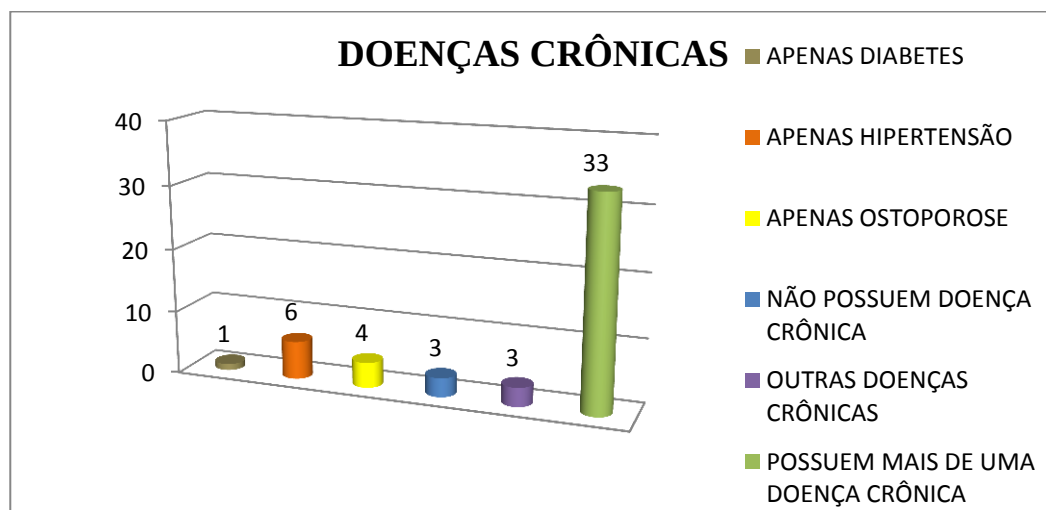
Observa-se uma amostra em sua maioria com histórico no processo produtivo, referindo-se a um idoso trabalhador, mas que permaneceu na informalidade, logo submetida a relações precárias de trabalho e a quem dos direitos trabalhistas. Para Teixeira (2006), essa fase da vida para o trabalhador envelhecido apresenta-se com a reprodução e ampliação das desigualdades sociais, sendo o envelhecimento do trabalhador uma das expressões da questão social, dado o processo de produção voltado para a valorização do capital em detrimento da produção para satisfazer as necessidades humanas dos que vivem ou viveram da venda da sua força de trabalho.

Portanto, trata-se aqui de um idoso que durante o processo de trabalho vivenciou a precarização que a informalidade carrega e isso certamente é um agravante ao seu quadro de

saúde com a chegada da velhice. É um idoso com problemas de saúde, dependente, pobre e desprotegido. A precarização vivenciada pelo idoso durante seu processo de trabalho pode também ser relacionado à baixa escolaridade, conforme observamos neste estudo 46% dos entrevistados afirmaram possuir apenas ensino fundamental incompleto.

Em relação ao quadro clínico dos entrevistados, a amostra revelou a presença de um leque de doenças crônicas, típicas do envelhecimento. Quais sejam:

Gráfico 14 - Prevalência de Doenças Crônicas segundo Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.



Fonte: Primária.

A amostra deste estudo sinaliza que 66% dos idosos entrevistados possuem mais de uma doença crônica: hipertensão, diabetes, osteoporose, artrite, artrose e/ou câncer; 12% possuem apenas hipertensão; 8% alegam ter apenas osteoporose; 6% relatam possuir outras doenças crônicas; 2% afirmam possuir apenas diabetes e o restante, 3%, dizem não possuir doenças crônicas. Verifica-se um arsenal de demandas por parte deste conjunto de idoso, o que requer um bom funcionamento da média e da alta complexidade em saúde, assim como das demais políticas públicas.

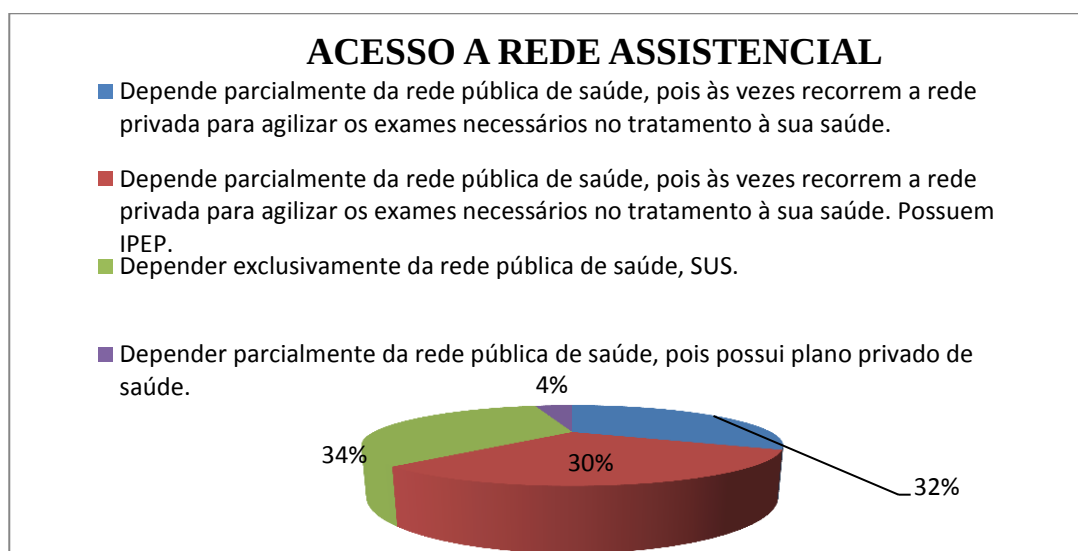
Em geral, as doenças que acometem o idoso brasileiro são crônicas e múltiplas, exigindo atenção especializada, requerendo mais consultas, exames, medicamentos, entre outros. O processo histórico da ausência do Estado em ações de prevenção e promoção em saúde resulta na (in)efetividade dos serviços da atenção básica fazendo com que o primeiro

atendimento em saúde ocorra, muitas vezes, em estágio avançado, o que além de aumentar os custos agudiza o quadro clínico do idoso (VERAS, 2001; VERAS, 2003; FERNANDES, SOARES, 2012).

Historicamente, a rede básica de saúde manteve-se seguindo o paradigma médico-sanitário, promovendo a triagem dos problemas e reordenando a demanda para os serviços de assistência médica especializada (pública e privada) ambulatorial, hospitalar e para procedimentos auxiliares de diagnose e terapia. É o estrangulamento da assistência acrescido da privatização da saúde pública. Os níveis de complexidade em saúde devem ofertar seus serviços de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a economia de escala para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada (SOLLA; CHIORO, s/d).

Porém, no cotidiano dos serviços de saúde vislumbra-se o arranjo “[...] da oferta a partir da lógica de mercado e do modelo médico-hegemônico, baseado em procedimentos, [...] gerando profundas iniquidades, com sobreposição de oferta de serviços em determinadas áreas e vazios assistenciais em outras, além de um custo insustentável [...]” (SOLLA; CHIORO, s/d, p. 4). A oferta especializada dos serviços de saúde ainda se encontra fortemente vinculada aos serviços privados. A contratação desses serviços dá agilidade e amplia a resolutividade para os usuários que têm acesso, o que revalida os dados do gráfico a seguir.

Gráfico 15 – Acesso a rede assistencial em saúde pelos Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.



Fonte: Primária

Esses dados apontam que 34% dos entrevistados afirmaram depender exclusivamente da rede pública de saúde – SUS; 32% relataram depender parcialmente da rede pública de saúde, pois às vezes recorrem à rede privada para agilizar os exames necessários no tratamento de sua saúde; 30% disseram depender parcialmente da rede pública de saúde, pois às vezes recorrem à rede privada para agilizar os exames necessários no tratamento de sua saúde; porém, este grupo afirmou ter acesso também aos serviços de saúde ofertados pelo Instituto de Assistência à Saúde do Servidor do Estado da Paraíba; 4% alegaram depender parcialmente da rede pública de saúde, pois possuem plano privado de saúde.

Constata-se que 62% dos entrevistados recorrem ao setor privado em busca de resolutividade ao seu problema de saúde. É a privatização da saúde; a concepção de ineficácia do serviço público, de precarização e da busca pela sobrevivência. Os idosos revelam que se esforçam para fazer exames e/ou procedimentos “particulares”, pois a depender do SUS irão padecer na fila de espera. Os serviços públicos de saúde recebem ainda usuários da saúde suplementar que procuram esses serviços para procedimentos mais caros, ampliando as distorções na utilização dos serviços públicos (SILVA, *apud* SOLLA, CHIOLO, s/d). Neste estudo, 4% dos entrevistados buscaram os serviços do SUS mesmo possuindo plano privado de saúde.

Considerando que a média e alta complexidade em saúde são os aparados que utilizam tecnologias mais complexas, é nesses espaços que prevalece o maior desfinanciamento do SUS. Segundo Solla e Chiolo (s/d), os serviços de média complexidade caracterizam-se pela “[...] dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis de complexidade em saúde” (p. 13).

A análise seguinte refere-se aos motivos que levaram os entrevistados a buscarem o Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI). Atesta-se que 66% dos idosos afirmaram procurar os serviços do centro com a finalidade de consulta médica; 22% buscaram o centro em busca de consulta com os demais profissionais da unidade (assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, outros) e 12% disseram procurar o CAISI por motivos terceiros.

Dentre os outros motivos que levaram os idosos a procurarem o CAISI, destaca-se a procura por receita médica em virtude do uso de medicação contínua. Os idosos apontam a dificuldade de conseguir essa receita quando os profissionais médicos que os atendem estão de férias, licença ou afins. É uma demanda que fica à mercê do “jeitinho brasileiro”, já que os idosos que procuram o fazem em sua maioria sem estarem regulados.

4.5 Módulo I – A Infraestrutura do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso

A qualidade dos serviços de saúde perpassa também pelas condições de infraestrutura do local onde os serviços são ofertados. Neste sentido, essa seção discorrerá sobre a infraestrutura do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI) a fim de averiguar suas condições para a garantia do direito à saúde do idoso.

Malik, 1996, aponta que a análise da qualidade em saúde deve considerar o processo de estrutura em sua concepção ampla, de técnicas, interpessoais e de amenidade, englobando assim a qualidade dos recursos humanos, higiene, satisfação dos usuários, relação de comunicação e relacionamento entre profissionais e usuários e suas famílias, dentre outros já mencionados no capítulo anterior deste estudo.

Para tanto, este módulo de análise utilizar-se-á das seguintes variáveis: quanto à localização do serviço, a estrutura de transporte, à acessibilidade para pessoas com capacidades limitadas, à circulação de ar, com relação aos canais de comunicação para atender as solicitações dos usuários, à privacidade no atendimento ao usuário e à higiene do local.

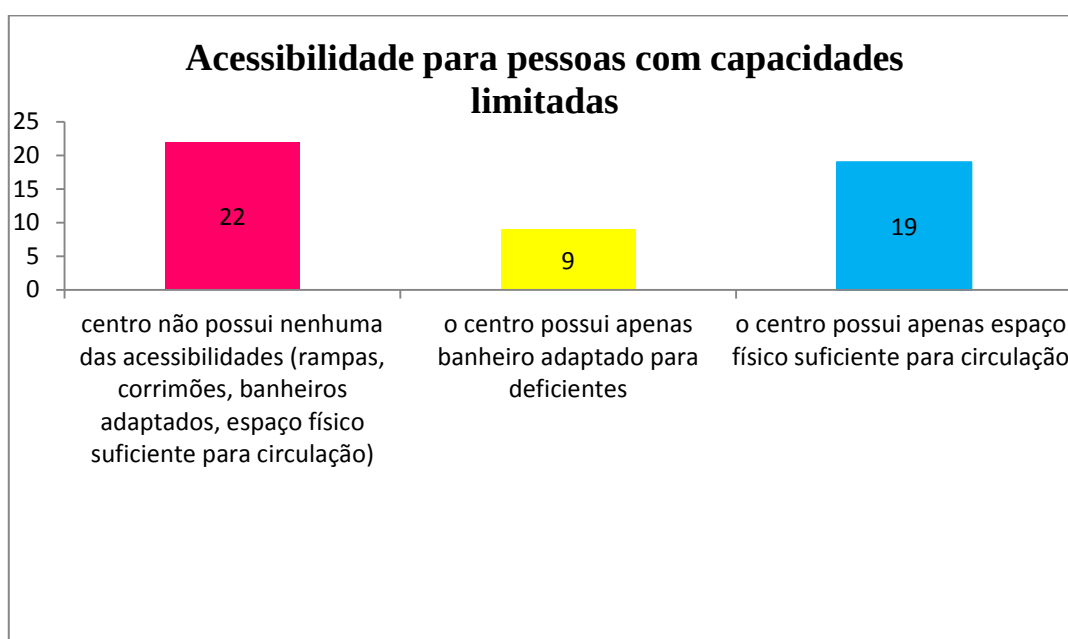
Inicia-se a análise desses dados com a variável localização do CAISI. Os dados colhidos apontam que 56% dos entrevistados afirmaram ser BOA a localização do centro; 24% disseram ser ÓTIMA; 16% alegaram ser REGULAR e 4% informaram ser RUIM, prevalecendo otimismo e satisfação por parte dos usuários.

Quanto à estrutura de transporte, 34% dos idosos relataram ser REGULAR; 32% consideram RUIM a estrutura de transporte que cobre este centro; 26% declaram ser BOA; 4% avaliaram como PÉSSIMA e os demais, 4%, como ÓTIMA. Aqui se constata que a maioria da amostra (68%) avaliou de forma negativa o serviço de transporte público que cobre o CAISI. É a velha problemática dos transportes públicos que oferecem serviços

precários à população, sendo essa precariedade agudizada em se tratando da pessoa idosa, devido às limitações próprias do envelhecimento que se transformam em mais trabalho para aqueles que conduzem os transportes.

A discussão a seguir aborda a acessibilidade para pessoas com capacidades limitadas, conforme aponta os dados do gráfico 16 abaixo:

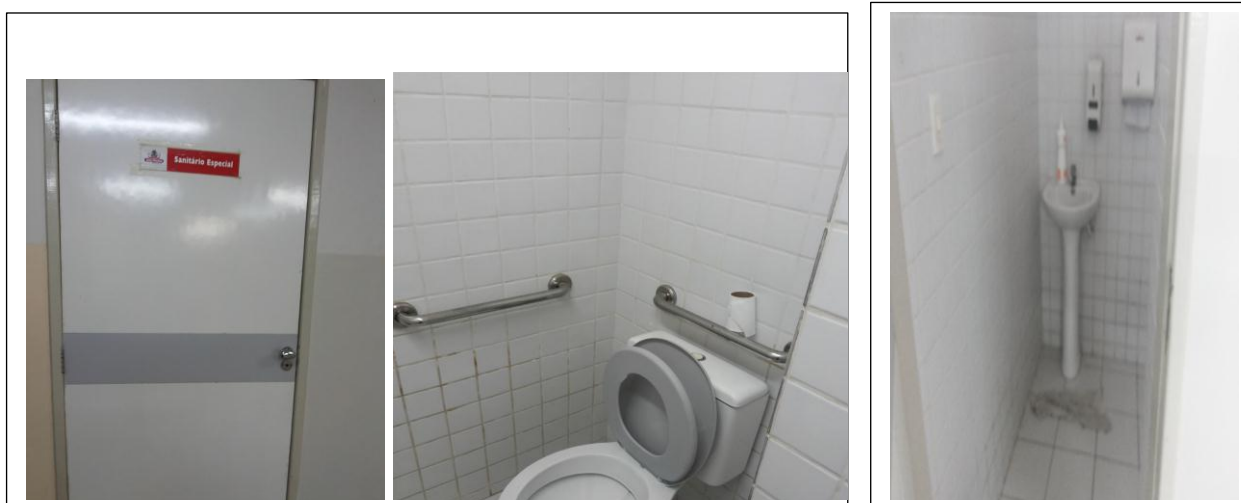
Gráfico 16- Acessibilidade para Pessoas com Capacidades Limitadas Segundo Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.



Fonte: Primária

Os dados acima atestam que 44% dos idosos entrevistados relataram que o centro não possui nenhuma das acessibilidades necessárias para o bom deslocamento de pessoas com capacidades limitadas (rampas, corrimões, banheiros adaptados, espaço físico suficiente para circulação); 38% informaram que o CAISI possui apenas espaço físico suficiente para circulação e 18% disseram que o centro possui apenas banheiro adaptado para deficientes. Cumpre notar que apesar de não mencionado pela maioria dos entrevistados, o centro disponibiliza banheiro “adaptado”, ainda que apresente algumas limitações nas adaptações. Seguem fotos do banheiro adaptado:

Figura 4 – Banheiro Adaptado no CAISI. João Pessoa/PB, 2016.



Fonte: o autor, 2015.

A presença da acessibilidade no meio urbano é uma requisição constitucional, tendo em vista permitir ganhos na autonomia e mobilidade de uma parcela maior de pessoas, inclusive aquelas que tenham capacidades limitadas, para que possam usufruir dos espaços com mais segurança, confiança e comodidade (PRADO *apud* JUNIOR, ARÊAS, ARÊAS, BARBOSA, 2013). Logo, sendo o CAISI um espaço direcionado à pessoa idosa deveria haver uma preocupação ainda maior do poder público com a consolidação desta acessibilidade.

A análise seguinte trata da circulação de ar do CAISI. Os dados sinalizam que o local é considerado abafado, embora possua ventiladores, segundo 68% dos idosos entrevistados; 30% do idoso disseram que o centro é ventilado, pois possui entradas de ar e 2% consideram “médio” a circulação de ar do local, pois “não faz muito calor”. Verifica-se que a maioria dos entrevistados alega insatisfação no que tange à circulação de ar do centro. Vale destacar ainda que João Pessoa/PB apresenta clima úmido e quente durante quase todo o ano (PEREIRIA, 2014) e considerando que esses idosos são acometidos por doenças cardíacas (gráfico 15) tal contexto pode provocar agravos à saúde desses usuários.

Os dados a seguir referem-se aos canais de comunicação existentes no centro – telefone – para atender as solicitações dos usuários. Constatou-se que 98% dos entrevistados afirmaram existir no centro canais de comunicação, telefone, contra 2% que alegaram não saber informar, pois nunca precisaram deste serviço. Foi ainda verificado pela pesquisadora do estudo, nas falas dos usuários entrevistados, que a grande maioria sinalizou dificuldades no funcionamento ideal deste canal, como: telefone só chama, telefone só dá ocupado, e outros.

Apresentam-se adiante dados pertinentes à privacidade das salas de atendimento do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI). Observou-se que 84% dos idosos entrevistados informou haver privacidade durante o atendimento ofertado neste centro contra 16% dos entrevistados, que relataram:

“Às vezes fica entrando pessoas, eu não acho legal porque tira a privacidade”. (Entrevistado nº 8)

“Porque fica entrando as pessoas, isso é muito chato, tira a atenção, depois a gente esquece até do que estava falando”. (Entrevistado nº 17)

“Entra e sai de pessoas, o povo que trabalha aqui mesmo”. (Entrevistado nº 38)

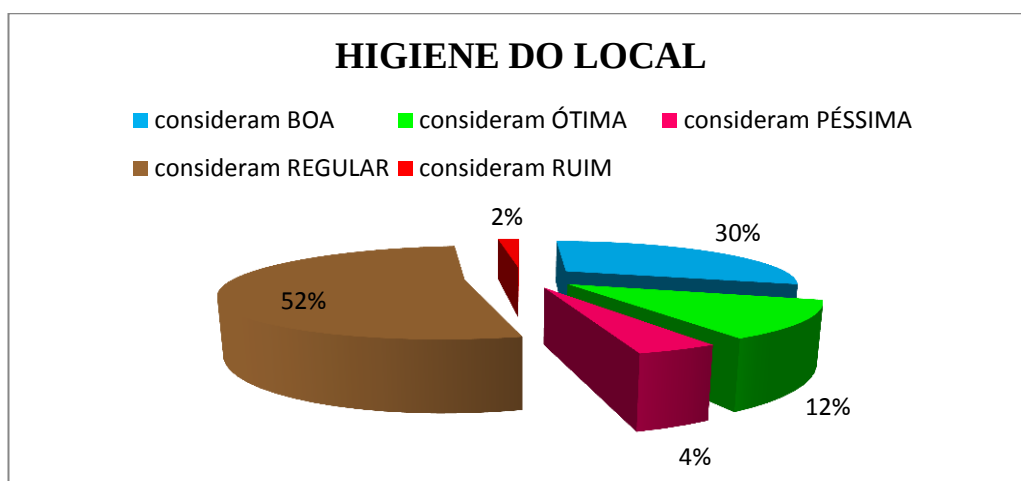
“Fica um entre e sai de pessoas, que tem hora que não deixa a gente à vontade”. (Entrevistado nº 10)

“É um entra e sai de pessoas, isso atrapalha”. (Entrevistado nº 27)

“Fica um entra e sai de pessoa, o pessoal não respeita, não”. (Entrevistado nº 31)

No tocante à higiene do local, os dados apontam que 52% dos idosos entrevistados avaliaram-na como REGULAR; 30% consideraram-na BOA; 12% alegaram ser ÓTIMA; 4% afirmaram ser PÉSSIMA e 2% RUIM.

Gráfico 17 – Higiene Local de Acordo com Idosos Entrevistados. João Pessoa/PB, 2016.



Fonte: Primária.

Destaca-se a prevalência da insatisfação por parte de 58% dos entrevistados, os quais apontaram ser regular, ruim ou péssima. É indispensável uma boa higiene nos espaços que ofertam serviços de saúde, afinal, para se ter uma boa saúde também se faz jus ao cuidado com a higiene pessoal, das cidades, do lar e da sociedade como um todo.

4.6 Módulo II – Integralidade da produção do cuidado em saúde

Considera-se que compreender a saúde do idoso requer englobar um conjunto de variáveis, social, cultural, política e econômica. O envelhecimento traz modificações para o corpo e para a mente do idoso, altera suas relações sociais, é um mister de transformações que solicita um cuidado integral por parte dos gestores e da sociedade.

Um cuidado integral visa entender o “velho trabalhador” em suas limitações mais amplas, abarcar suas condições de vida, suas particularidades, seu território, sua renda, entre outros aspectos. Compreende-se que se faz necessária uma rede de serviços articulada que tenha como doutrina a concepção de saúde ampliada, equânime, integral e universal, rompendo com o caráter hospitalocêntrico, vertical e fragmentado.

Defende-se a saúde como direito de cidadania e defesa da vida, de ações que privilegiem a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos, ao mesmo tempo em que se resgatem as dimensões éticas, culturais e sociais essenciais ao cuidado com a saúde da população, como bem aponta Pinheiro (s/d).

Nesta propositura, a análise dos dados sobre a integralidade da produção do cuidado em saúde apresenta-se estatisticamente com o uso de gráficos e de fragmento das falas dos entrevistados. Para tal, contemplaram-se as seguintes variáveis: articulação do centro com outros setores (educação, assistência, judiciário, previdência), do encaminhamento as demais complexidade em saúde, da existência de atividades educativas no centro com a participação de profissionais de outras políticas e da resolutividade do problema de saúde do idoso.

A análise desses dados inicia-se com a variável articulação do CAISI com outros setores (educação, assistência, judiciário, previdência) dada a necessidade de saúde idoso. Atesta-se a partir dos fragmentos das falas dos entrevistados que 56% alegaram que sua demanda em saúde não precisou da intervenção do centro para a articulação com outros setores da rede de proteção social; 42% informaram não receber informação sobre a

necessidade do seu encaminhamento a outros setores da rede e 2% disseram que o centro intervém nesta articulação, porém nunca precisou ser encaminhado.

Do grupo de entrevistados que falaram que sua demanda em saúde não precisou da intervenção do centro para a articulação com outros setores da rede de proteção social, seguem os fragmentos das falas dos entrevistados:

“Não, eu nunca precisei. Apesar de saber que o remédio que eu tomo o governo dá, porém nunca me encaminhou aqui, não”. (Entrevistado nº 49)

“Nunca precisei disso. Tenho um filho deficiente, mas nunca falaram nada, não”. (Entrevistado nº 33)

“Eu resolvo as coisas por aqui mesmo, não precisei procurar outra coisa, não”. (Entrevistado nº 22)

Verifica-se que, apesar dos idosos informarem não necessitar dos demais setores da rede de proteção social, estes em suas falas apresentam necessidades que deveriam ser encaminhadas e talvez necessitassem de mecanismo da rede de proteção social. Com relação aos entrevistados que relataram não receber informação sobre a necessidade do seu encaminhamento a outros setores da rede, seguem fragmentos de suas falas:

“Não, ninguém nunca me encaminhou, não. Vou vê se consigo o aparelho para diabetes, vou procurar saber como consigo”. (Entrevistado nº 1)

“Aqui é o usuário é quem corre atrás disso”. (Entrevistado nº 10)

A intersetorialidade entre os serviços contribui para a materialização do sistema único de saúde. “Na produção do cuidado em saúde junto à pessoa idosa (prevenção, promoção, cura e reabilitação), há que se atentar para as peculiaridades que o envelhecimento humano demanda, o que envolve nuances de ordem bio-psicossocial que não serão enfrentadas a partir de um único setor” como bem expressa Cavalcante, Carvalho e Medeiros (2012, p. 632). Tal contexto ainda está aquém de se efetivar, pois prevalece a lógica fragmentada e pontual da atenção do cuidado.

Quanto ao encaminhamento às demais complexidades em saúde, contata-se que 90% dos entrevistados informaram que recebem as devidas informações sobre o encaminhamento

às demais complexidade em saúde, sobretudo para as unidades básicas de saúde. Destaca-se que esse encaminhamento é protocolo de funcionamento da instituição, isto é, faz-se necessário para receber tais demandas, daí o quantitativo de falas relatando esse encaminhamento. Seguem fragmentos das falas dos entrevistados:

“Eles orientam, a gente tem que marcar a 1ª consulta no postinho”
(Entrevistado nº 4)

“Já, tem que vir do postinho pra cá”. (Entrevistado nº 26)

“Olha, eles orientam sim, manda a gente ir pra o postinho”.
(Entrevistado nº 38)

“O centro me orienta pra o psf, para marcar exame lá, mas demora demais lá” (Entrevistado nº 40)

“Quando é pra marcar no postinho eles orientam, porém lá no postinho é horrível”. (Entrevistado nº 30)

“Aqui elas mim orientam. Por exemplo, pra ir pra o geriatra eu tenho que ir marcar no postinho” (Entrevistado nº 20)

Os demais entrevistados, 10%, relataram não receber orientação para as demais complexidades em saúde. Seguem algumas das falas dos usuários:

“Eu precisei de uma medicação, mas não me orientaram não, foi minha irmã e minha filha que procuraram saber”. (Entrevistada nº 11)

“Não, nunca falaram nada não”. (Entrevistado nº 16)

“Nunca me mandaram para outro local não”. (Entrevistado nº 39)

Verifica-se a necessidade da articulação com as demais políticas sociais, bem como a primordial integração dos serviços de saúde e de seus 3 níveis de complexidade. Pois, como já mencionado, as demandas em saúde do idoso requerem bem mais do que um cuidado agudo e imediatista. O cuidar integral em saúde exige que haja integralidade das ações em seu conceito mais amplo, para assim alcançar a efetivação do direito à saúde.

Pode-se mencionar que embutida nesta integralidade encontra-se a intersectorialidade; conceitos que estão interlaçados, conforme destaca Andrade (2006), Bidlowski (2004) (*apud* ASSUMPÇÃO, 2007). Ainda para esses autores é preciso,

[...] a responsabilização mútua de todas as esferas governamentais, para a ação intersectorial priorizando a promoção da saúde e suas interfaces como a Integralidade. É preciso que os vários setores ajam sobre os problemas de forma articulada culminando em ações eficazes, fruto da democratização de informações e descentralização do poder e das ações. (p.50)

Dando continuidade à articulação das ações de saúde, os dados seguintes tratam da existência de atividades educativas com a participação de profissionais de outras políticas sociais. Constatou-se que 82% afirmam desconhecer a existência de atividades educativas no centro por parte de profissionais de outras áreas (previdência, educação, assistência, outras), e 18% dos entrevistados relataram existir atividades educativas no centro. Seguem as falas dos entrevistados:

“Sim, acho importante pra a pessoa ficar mais atualizada”
(Entrevistado nº 18)

“Sim, só vi uma vez, é bom ter isso sim” (Entrevistado nº 31)

“Sim, de vez em quando tem, eu acho legal”. (Entrevistado nº 42)

“Sim, às vezes tem, eu gosto. Acho legal saber das coisas”.
(Entrevistado nº 6)

“Sim, às vezes sim. Eu gosto, mas a gente já comentou que vem muita gente falar sobre doença, aí a gente não gosta”. (Entrevistado nº 2)

Verifica-se a importância dessas ações para a prevenção e promoção da saúde do idoso e, ao mesmo tempo, constata-se a exigência de ações pontuais no centro. Vale frisar que o CAISI realiza atividades em grupos, incluindo atividades educativas, no entanto direciona-se para os usuários que fazem parte dos grupos, logo, não englobam todos os idosos que frequentam o centro. Mais uma vez volta-se à importância da intrasetorialidade para as ações e serviços de saúde, conforme mencionado acima.

A seguir, aborda-se quanto à resolutividade do problema de saúde do idoso, os dados apontam que 84% dos entrevistados informaram conseguir resolver seu problema de saúde ao

buscar os serviços do centro, contra 16% que alegaram que nem sempre conseguem resolutividade para o seu problema de saúde.

Dos entrevistados que afirmaram conseguir resolver seus problemas de saúde, seguem algumas das falas:

“Sim. Porque vim marcar consulta, consegui. Precisei da fisioterapia, consegui”. (Entrevistada nº 9)

“Sim. Porque o médico atende, só não consegue quando o médico não vem”. (Entrevistado nº 14)

“Sim. Porque eu falo com a médica, aí sou atendida”. (Entrevistado nº 49)

“Sim. Porque venho pra o atendimento e sou atendido, a não ser quando o médico está doente ou tá de férias”. (Entrevistado nº 12)

“Sim. Porque quando preciso de médico eu consigo”. (Entrevistado nº 33)

“Sim, consigo. Às vezes que vim aqui consigo marcar o que quero. aqui é mais facilidade”. (Entrevistado nº 25)

“Sim. Porque sou atendida” (Entrevistado nº 31)

“Sim, consigo. O tratamento daqui é excelente, é como fosse particular”. (Entrevistado nº 20)

“Sim. Porque eu sou cadastrada por aqui, com os médicos. Sou atendida e resolvo”. (Entrevistado nº 7)

“Sim, quando marco a consulta consigo resolver. Aqui é bom o atendimento”. (Entrevistado nº 24)

Verifica-se que a grande maioria respondeu positivamente. Contudo, é importante qualificar a resolutividade que por vezes é confundida com o acesso, em seu sentido mais restrito. Aqui buscou trazer a condição de acesso que seja resolutiva em relação aos problemas e aos riscos que afetam a qualidade de vida da população, e não meramente o acesso em si, isto é, o fato de terem conseguido o acesso a uma consulta fez com que os usuários considerassem ter alcançado a resolutividade de seu problema em saúde. Embora o CAISI seja referência no cuidado à saúde do idoso e tenha avançado na atenção ofertada, as fragilidades dos serviços de saúde persistem e estes não saciam as necessidades complexas e peculiares do idoso, como bem assegura Brito, 2014.

Em um sistema de des acesso, ter acesso a algum serviço é algo para ser exaltado, e é nesta conjuntura que o idoso brasileiro vai e vem, remando contra a maré, em busca de uma saúde digna.

Cumprir notar que o otimismo dos entrevistados também é reflexo da ausência de parâmetros por partes dos mesmos, dado seu baixo nível de escolaridade (66% estão entre analfabetos e ensino fundamental incompleto). Outro fato observado pela pesquisadora durante a coleta de dados é que os idosos tinham, muitas vezes, receio em apresentar algumas limitações do centro, uma vez que “precisam” daquele serviço e, ao se posicionarem contra, poderiam se “prejudicar”. Inclusive, o fato de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fez com que houvesse resistência por parte de alguns idosos, e a não aceitação em participar da pesquisa por parte de outros. O fato de terem acesso aos serviços de saúde, no CAISI, exime, muitas vezes, as limitações existentes no centro das considerações desses idosos, algo corriqueiro nas falas dos entrevistados.

4.7 Módulo III – O Sistema de informações construído entre usuários idosos e profissionais do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso

Pensar na qualidade dos serviços de saúde requer também compreender como se dá a relação entre usuários e profissionais. Boas práticas profissionais incidem diretamente na integralidade da assistência. Como diz Araújo (2006), as relações entre gestores, profissionais e usuários não se cobrem de significados apenas técnicos, mas se registram em uma prática pluridimensional, inclusive política. Assim, ambos conectados em uma dimensão ampliada de saúde corroboraram para uma maior aproximação da materialização do SUS.

Para tanto, essa seção contemplou as seguintes variáveis: se a equipe prestou/presta as devidas informações sobre seu quadro clínico, se as informações fornecidas tem sido de fácil entendimento, quanto ao acolhimento, informações ofertadas pelos profissionais sobre a rede de serviço de saúde disponibilizada na sua região, informações da equipe de saúde sobre os direitos do idoso.

Esta análise de dados inicia-se com a variável: a equipe de saúde lhe presta/prestou as devidas informações sobre o seu quadro clínico (diagnóstico/tratamento/medicação)? Os dados mostram que 86% dos entrevistados afirmaram SIM, receberam as devidas informações

sobre o seu quadro clínico; 12% relataram NÃO, não receberam as devidas informações sobre o seu quadro clínico e 2% afirmaram ser “mais ou menos” (*“Tem vez que a gente pergunta alguma coisa e eles não respondem”*. Entrevistado nº 3).

Quanto às informações fornecidas para o usuário e/ou sua família terem sido de fácil entendimento, constata-se que 96% dos entrevistados afirmaram que SIM, as informações fornecidas foram de fácil entendimento contra 4% dos idosos que afirmaram que ÀS VEZES SIM, E ÀS VEZES NÃO. Dos que afirmaram às vezes sim, às vezes não, os usuários relataram que há profissionais que não fornecem as devidas informações ou que utilizam uma linguagem muito técnica, o que dificulta uma maior compreensão do seu problema de saúde.

Os dados que seguem fazem referência ao acolhimento prestado pelos profissionais do CAISI. Confere-se que 92% dos entrevistados alegaram ser bem acolhidos pelo centro; 4% informaram não serem acolhidos; 2% relataram serem bem acolhidos por alguns profissionais e os outros 2% relataram serem “mais ou menos acolhidos”. Logo, entende-se que a grande parte dos idosos entrevistados sente-se acolhida, no entanto, quando perguntamos o que eles entendem por acolhimento, observa-se:

“É tratar bem a gente; é educação. O que podem fazer, elas fazem pela gente, todas”. (Entrevistado nº 19)

“Atendimento bom, todo mundo atende bem direitinho, elas falam explicadinho”. (Entrevistado nº 41)

“Porque fui bem recebida, me recebem com bondade” (Entrevistado nº 32)

“É o atendimento direito, sem aborrecimento. Todos atendem bem direitinho”. (Entrevistado nº 11)

“Assim, é ser bem tratado, ser bem recebido”. (Entrevistado nº 15)

“Acolhimento é a pessoa dar bom dia, é dar um riso. E tudo isso a gente tem aqui” (Entrevistado nº 29)

“É ser atendido. O problema é que demora a conseguir a consulta”. (Entrevistado nº 33)

“É receber a gente bem, escutar o que a gente quer dizer, ter paciência”. (Entrevistado nº 44)

O acolhimento em saúde refere-se à aproximação, inclusão, surge como um recurso para a reorganização dos serviços de saúde, para a garantia de acesso e criação de vínculos, conforme Chupel e Miotto (2010). Para o Ministério da Saúde (2010),

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (p.18)

Acolher em saúde não deve ser considerado mero “ato de bondade”, como se vislumbra nas falas das entrevistadas. Acolhimento deve ser compreendido como uma prerrogativa para materialização do SUS que visa prestar um atendimento resolutivo e com responsabilidade, articulado e integral com a produção do cuidado. Para Pinheiro (s/d), este deve buscar a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização. No acolhimento há atributos de atenção integral à saúde, enfim, da integralidade.

Nesta propositura, considerando o acolhimento em sentido macro e verificando as fragilidades já destacadas neste estudo (fragmentação das ações em saúde, condições precárias condições de higiene do centro, ausência de acessibilidade para pessoas com capacidades limitadas, outras) entende-se que a efetivação do direito integral à saúde do idoso ainda tem um longo caminho a percorrer.

Outro resultado na contramão do direito integral à saúde é sobre receber as devidas informações dos profissionais do CAISI sobre a rede de serviço de saúde disponibilizada em sua região, cidade, estado. Atesta-se pelas falas dos entrevistados que 92% afirmaram não terem recebido informações sobre a rede de serviço de saúde disponibilizada aos usuários contra 8% que disseram terem serem informados.

Aqueles que afirmaram não terem recebido informações sobre a rede de serviços de saúde, quando indagados pelo pesquisador se possuíam dúvidas sobre os serviços existentes e seu fluxo, a maioria respondeu que SIM, possuem dúvidas. Dentre os serviços que afirmaram conhecer estava o “postinho de saúde”, as Unidas Básicas de Saúde foram as mais citadas. Seguem algumas das falas dos entrevistados:

“[...] Conheço só os postinhos mesmo”. (Entrevistado nº5)

“[...] Conheço o posto, outras coisas não”. (Entrevistado nº 37)

“[...] Conheço muito pouco os outros serviços”. (Entrevistado nº 23)

“[...] Conheço o postinho, outros serviços, não” (Entrevistado nº 6)

Relacionando os dados acima, 92% alegaram não receber informações sobre a rede de serviço de saúde disponibilizada aos usuários com os dados os referentes à variável encaminhamento para as demais complexidades em saúde, em que 90% informaram receber as devidas informações sobre o encaminhamento às demais complexidade em saúde. Constatase que embora os usuários sejam encaminhados para a atenção básica, isto ocorre, de fato, mais como mecanismo burocrático do centro e não na perspectiva de orientação a respeito da rede de serviços existentes e seu fluxo para a melhoria da saúde do idoso.

A atenção prestada ao idoso, assim como a escuta e a informação devem ser repassadas de forma qualificada a fim de contribuir para sua a qualidade de vida, para a sua inserção e cidadania. Deste modo, seguem os dados relativos à variável são repassadas informações da equipe de saúde do CAISI sobre os direitos do idosos? Atesta-se que a socialização das informações sobre os direitos do idoso por parte dos profissionais do centro ainda deixa a desejar, dado que 84% dos entrevistados informaram não terem recebido informações sobre os seus direitos contra 16% que alegaram terem recebido informações sobre o direito do idoso.

Dos que relataram não receber informações sobre os seus direitos ainda foi perguntado pelo pesquisador sobre haver dúvidas sobre os mesmos. Seguem algumas das falas dos entrevistados:

“[...] não conheço bem meus direitos não, nunca me falaram não. Sei da carteirinha de ônibus e que se o idoso chegar nos cantos ele tem vez primeiro”. (Entrevistado nº19)

“[...] sei mais ou menos sobre meus direitos. Porque também não vale de nada”. (Entrevistado nº 32)

“[...] não conheço meus direitos não, nunca ouvi falar nesse estatuto não”. (Entrevistado nº 10)

“[...] eu mesmo já conheço alguns direitos. Já ouvi falar no estatuto, sim. Mais no postinho mesmo, não dão prioridade ao idoso se for fazer uma consulta é por ordem de chegada”. (Entrevistado nº 44)

“[...] sei de alguns, porque recebo informações em outros cantos”. (Entrevistado nº 21)

Dos que afirmaram receber informações sobre os direitos do idoso, seguem algumas das falas dos entrevistados:

“[...] nos grupos elas falam, quando vem gente de fora, elas falam também. Já ouvi falar no estatuto do idoso também”. (Entrevistado nº 31)

“[...] às vezes dão uns livros pra gente com isso”. (Entrevistado nº 20)

“Sim. Tenho o livrinho” (Entrevistado nº 45)

O acesso à informação qualificada ainda é algo restrito neste país dado o baixo nível de escolaridade da população e o processo histórico alienador, com a predominância midiática a favor de um sistema econômico excludente e desigual. Sendo assim, o idoso tracejado por essa conjuntura se vê diante de uma expansão de direitos sociais, mas que não consegue sequer alcançar o seu conteúdo legal, seja por já está desacreditado na sua validação, seja por não possuir formação crítica que o propicie o lutar pela efetivação dos mesmos, ou porque o acesso da população a essas informações não é prioridade dos gestores.

Neste remar, debruçamo-nos com a distorção da legislação e da realidade dos serviços de saúde, e é aí que se encontra o trabalhador brasileiro, o idoso, que trabalhou durante anos de sua vida e ainda hoje não consegue alcançar um envelhecimento digno. Já dizia Bravo (2009), a existência da disputa de dois projetos, o projeto da reforma sanitária *versus* o projeto privatista, repercute diretamente nas condições de saúde pública ofertada à população. Isto é, enquanto prevalecer ações direcionadas ao projeto privatista, a materialização do direito à saúde integral do idoso enfrentará imensas limitações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a predominância de Políticas Sociais de caráter interventivo do Estado brasileiro à luz da matriz racionalista burguesa, verifica-se a permanência e prevalência dos determinantes próprios da sociedade capitalista de preservação e manutenção da propriedade privada. Assim, o velho trabalhador fica à mercê de ações reducionistas e paliativas de Estado incapaz de cuidar em sua concepção ampla e integral. É uma expansão social ínfima e excludente.

Neste contexto, a atenção à saúde do idoso encontra-se inserida nesta realidade com o descumprimento do Sistema Único de Saúde, posto que os programas de saúde ainda são proporcionados dentro de uma perspectiva fragmentada e limitada, dentro de uma lógica de mercado, médico-centrada.

Nesta perspectiva, a qualidade de atendimento em saúde voltada à pessoa idosa permanece na sua condição simplista. Em que muitas vezes o acesso a determinado serviço repercute diretamente na fala dos entrevistados como “resolutividade do seu problema de saúde”, são percepções rasteiras de uma totalidade que o fazem acreditar que o que lhes é ofertado é de qualidade. Vale lembrar que esse idoso se esbarra em inúmeras dificuldades de acesso aos serviços de saúde ao longo de sua vida, logo, consegui-lo implica em “qualidade”, embora não haja.

Na tentativa de verificar a qualidade dos serviços de saúde ofertados ao segmento idoso em João Pessoa/PB, realizou-se a presente pesquisa, que integra um ciclo de capacitação pós graduada iniciado há quatro anos. *A priori*, a pesquisadora investigou as condições de atendimento em saúde a partir da atenção básica em saúde, especificamente da Unidade Básica de Saúde, durante o período de Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar pela Universidade Federal da Paraíba. Em continuidade, abordou-se neste estudo a qualidade dos serviços de média complexidade em saúde direcionados aos idosos. São níveis de complexidades que repercutem diretamente na saúde da população idosa, que deveriam manter uma articulação caracterizada por práticas resolutivas, preventivas e de promoção em saúde.

Trata-se de uma pesquisa social aplicada, de cunho descritivo e com uso de técnicas de análises quali-quantitativas, vinculada ao Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço

Social (SEPSASS) da Universidade Federal da Paraíba. O resultado do estudo aponta que a execução da política de saúde ocorre em sua concepção micro, prevalecendo a lógica das políticas de estado, com cariz mais excludente do que universal, em que a racionalidade burguesa pulveriza a realidade.

Os dois níveis da atenção em saúde (estudados pela pesquisadora) apresentam dificuldades para a materialização do Sistema Único de Saúde. Todavia, cabe sinalizar que o CAISI é um avanço no tocante aos direitos da pessoa idosa, pois se direciona única e exclusivamente para este segmento populacional, embora ainda apresente expressivas limitações.

Os resultados deste estudo apontam para a existência de uma qualidade em saúde às avessas daquela legalmente instituída, em que permanecem ações imediatistas de atenção em saúde, incapazes de ir além do espaço institucional em que se situam. Tal contexto é fruto de um processo estrutural de negação de direitos, no qual a saúde foi negligenciada e reduzida àqueles que podiam pagar por ela. As condições de trabalho e a ideologia adotadas pelos profissionais de saúde também influenciam diretamente a qualidade dos serviços ofertados. Compreende-se que a lógica médico-centrada ainda é evidente nos espaços de saúde.

A infraestrutura, a organização e a ambiência dos serviços ofertados pelo CAISI ainda não são compatíveis com o perfil dos usuários idosos que os frequentam, embora apresentem satisfação por parte dos usuários. A integralidade da produção do cuidado também não é respeitada no atendimento ao idoso, prevalecendo práticas fragmentadas e pontuais, sendo o encaminhamento à Unidade Básica de Saúde prevalecente nos discursos dos usuários, uma vez que é protocolo de funcionamento da instituição. Quanto ao sistema de informação construído entre os usuários idosos e profissionais constata-se um avanço à medida que as informações repassadas são de fácil entendimento; todavia, sobre a socialização das informações, inclusive quanto aos direitos dos idosos, deixa-se a desejar.

Vale ressaltar que o otimismo dos entrevistados é reflexo da ausência de parâmetros por partes dos mesmos, dado o seu baixo nível de escolaridade (66% estão entre analfabetos e ensino fundamental incompleto). Isto reforça a necessidade de uma análise crítica em torno das respostas obtidas para bem fundamentar este estudo e proporcionalizar uma análise fecunda em torno das políticas sociais engendradas pela burguesia.

Os resultados analisados afirmam as questões levantadas por este estudo, nas quais mesmo diante de um processo de estabelecimento de direitos – Seguridade Social, com a defesa legal em volta da democracia, universalidade e demais princípios emancipatórios, evidencia-se a manutenção de políticas (anti)sociais que se desvinculam da garantia da cidadania e dos direitos sociais.

Sendo assim, as problematizações deste estudo foram nomeadamente construídas a partir das seguintes indagações: a) diante das contradições inerentes ao sistema capitalista é possível proporcionar ao velho trabalhador o direito a uma saúde com qualidade? b) a infraestrutura e ambiência dos serviços de saúde são compatíveis com o perfil dos usuários idosos? c) nos moldes em que as políticas sociais em saúde são implementadas é possível garantir a integralidade da produção do cuidado ao idoso? d) o sistema de informações construído entre idosos e profissionais é qualificado? Obtém-se como resposta a prevalência do descumprimento do Sistema Único de Saúde, logo, a existência de ações paliativas e ínfimas que não conseguem ultrapassar os limites impostos pelo capital.

Acerca das mesmas conclui-se que ao “velho trabalhador” estão dispostas ações de saúde focalizadas, desprovidas do mínimo de qualidade na prestação do cuidado em saúde. Em um contexto marcado pelo despreparo dos profissionais em prover um atendimento voltado às necessidades dos idosos, destacam-se a falta de articulação sistêmica entre as políticas de seguridade social e a ausência de um sistema de informações qualificado para o perfil da população idosa que a estimule a participar ativamente dos processos de prevenção, cura e reabilitação.

Ademais, o estudo constatou que a minimização das ações do SUS afeta diretamente o segmento idoso quando não prioriza sua singularidade, suas necessidades próprias do estágio de envelhecimento, confirmando, deste modo, a ação incisiva da lógica do capital, não apenas na política de saúde de modo geral, mas em particular na Política de Saúde da Pessoa idosa. Por fim, destaca-se que o cuidar integral em saúde exige que haja a integralidade das ações em seu conceito mais amplo, para assim alcançar a efetivação do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

AMORA, D; FOREQUE, F; CANCIAN, N. Investimento de Dilma em saúde entre janeiro e julho cai 32%. In: *Jornal Folha de São Paulo*. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/09/1676674-investimento-de-dilma-em-saude-entre-janeiro-e-julho-cai-32.shtml>. Acesso em: 10 de Janeiro de 2016.

ANDRÉ, I. *Esperança de Vida*. Pontos e Vírgulas na Saúde. Nº 12, Setembro, 2008. Disponível em: <<http://keypoint.grupokeypoint.pt/docs/newsletters/newsletter12.pdf>>. Acesso em: 25 de Março de 2015.

ARAÚJO, L. F. de; CARVALHO, V. Â. M. L. e. *Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice*. Mneme: Revista de Humanidades. v. 6, n. 13, dez.2004/jan.2005. Acesso em: 10 de junho de 2015. Disponível em: <<http://www.seol.com.br/mneme>>.

ARAÚJO, V. N. F. de. *Os Coordenadores de Grupos de Convivência de Idosos como facilitadores da construção da cidadania*. 2004. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/ Centro Sócio-Econômico/Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2004.

ARAÚJO, V. R. de. *Análise das Práticas de Cuidado ao Idoso na Atenção Básica em Saúde sob a perspectiva da Integralidade na cidade De João Pessoa/PB*. 2012. Dissertação de Mestrado. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba/Centro de Ciências Exatas da Natureza/Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, 2012.

ARAÚJO, V R de; VALENÇA, A M G; ROCHA, A V. *Saúde do Idoso na Atenção Básica de Saúde no Município de João Pessoa: o Olhar do Usuário*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 16, n. 2, p. 195-204, 2012.

ASSUMPÇÃO, P. F. A. *A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social*. 2007. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2007.

BANCO MUNDIAL. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento / BANCO MUNDIAL. Envelhecendo em um Brasil mais Velho, 2011.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 74, 2006.

BEHRING, E; BOSCHETTI, I. *Política Social: Fundamentos e Históricos*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, I. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. *In*: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Curso de Capacitação à distância. Brasília: CFESS/ABEPSS/UnB-CEAD, 2009.

BRASIL. *Coletânea de Artigos Comemorativos dos 20 Anos da Lei Orgânica de Assistência Social*/Organizadores: José Ferreira da Cruz...[et al]. - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 1. ed. Brasília: MDS, 2013.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. DATASUS. Indicadores de Recursos, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/e21.htm>>. Acesso em 15 de Janeiro de 2016.

BRASIL. *Lei nº 8.080*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. *Lei nº 6.179 de 1974*. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. Brasília, 1974.

BRASIL. *Lei nº 8.842 de 1994*. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

BRASIL. *Lei nº 10.741 de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria Interministerial nº 2117 de 03 de novembro de 2005*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2117.pdf>>. Acesso em: 20 de Novembro de 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Departamento de Atenção Básica*, s/d. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 10 de Novembro de 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília – DF, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas*. Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. *Portaria nº 399/GM de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006.

BRASIL. *Portaria nº 2.528 de 2006*. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Universidade Aberta do SUS. *Expectativa de vida aumenta em seis anos, diz OMS*. 2014. Disponível em:< <http://www.unasus.gov.br/noticia/expectativa-de-vida-aumenta-em-seis-anos-diz-oms>>. Acesso em: 10 de Junho de 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: *Serviço Social e Saúde – Formação e trabalho profissional*. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, pp. 88-108.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. *Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003, p.11.

BRITO, M.C.C; FREITAS C.A.S.L; SILVA, M.J *et al*. Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contrarreferência nos serviços de saúde. *Revista de Pesquisa, Cuidado é fundamental*. Online. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2014. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n3p1128. ISSN 2175-5361.

CAMARANO, A. M. *Estatuto do Idoso: avanços com contradições*. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro: Ipea , 2013.

CAMARANO, A. M. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Ana Amélia Camarano (Organizadora). Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A. M. *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Ana Amélia Camarano (Organizadora). Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAMARANO, A M; KANSO, S; FERNANDES, D. A População Brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. In: *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Ana Amélia Camarano (Organizadora). Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAVALCANTI, P; CARVALHO, R N; MEDEIROS, K T. Intersetorialidade, Políticas Sociais e Velhice no Brasil: entre a falácia e a efetivação do direito social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Laboratório de Estudos Contemporâneos. *Polêmica*, v. 11, n. 4, outubro/dezembro, 2012.

CERQUEIRA, D. MOURA, R. L. de. Demografia e Homicídios no Brasil. In: *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Ana Amélia Camarano (Organizadora). Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CIGNOLLI, A. *Estado e Força de trabalho: introdução à política Social no Brasil*. Brasiliense, 1985.

COLUSSI, C. F. Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina. 2010. Tese de Doutorado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós- Graduação em Odontologia, 2010.

CURIATI, J. A. E; KASAI, J. Y. T; NOBREGA, T. C. M. de. *Senescência e Senilidade*. In: *Geriatría e Gerontologia básicas*. Editores: Wilson Jacob Filho e Eliana Lika Kikuchi. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

DANTAS, M; CAVALCANTE, V. *Pesquisa Qualitativa e Pesquisa Quantitativa*. Recife, 2006. Disponível em: <[pt.scribd.com/doc/14344653/pesquisa – qualitativa – e – quantitativa](http://pt.scribd.com/doc/14344653/pesquisa-qualitativa-e-quantitativa)>. Acesso em: 24 de Janeiro 2015.

DEBERT, G.G. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: DEBERT, G.G., org. *Antropologia e Velhice*. Campinas, IFCH/ UNICAMP, 1994. p. 7-27.

DESLANDES, S. F. O Projeto de Pesquisa como Exercício Científico e Artesanato Intelectual. In: *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (org). 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

DIAS, E. F. *O Estatuto do Idoso e a judicialização do direito à saúde*. 2011. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/20304/o-estatuto-do-idoso-e-a-judicializacao-do-direito-a-saude>>. Acesso em: 24 de Janeiro de 2016.

DICIONARIO ONLINE DE PORTUGUES. *DEMOGRAFIA*. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/demografia/>>. Acesso em: 10 de Junho de 2015.

FAGUNDES, H. S; NOGUEIRA, V. M. R. *O Principio da Integralidade nas Políticas Nacionais de Saúde e Assistência Social*, s/d. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:W0dn5mZK5EwJ:www.uff.br/lassa/l/images/stories/jornadas/artigo/FAGUNDES_E_NOGUEIRA1.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 19 de Janeiro de 2016.

FERREIRA, A.P; TEIXEIRA, S. M. Direitos da pessoa idosa: desafios à sua efetivação na sociedade brasileira. *Argumentum*, v. 6, n.1, p. 160-173, 2014.

FERNANDES, M.G.M; SANTOS, S.R. dos. *Políticas Públicas e Direitos do Idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo*. Periódico, UFCG, 2007.

FERNANDES, M.T.O; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FIORI, J. L. Estado de Bem-Estar Social: Padrões e Crises. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 129-147, 1997.

FRATINI, J.R.G; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e Contra Referência: Contribuição para a Integralidade em Saúde. *Cienc Cuid Saude*, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008.

GHAOURI, S. K. El. Envelhecimento Populacional Brasileiro: desafios para as políticas públicas. In: *CODO, S. Ciclo "Idosos do Brasil: Estado da Arte e Desafios"* - 2º seminário/ Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/midiateca/video/videos-2010/ciclo-idosos-do-brasil-estado-da-arte-e-desafios-2o-seminario>>. Acesso em: 14 de Novembro de 2014.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 9, n. 1, p. 61-78, 2002.

GROISMAN, D. Envelhecimento, direitos sociais e a busca pelo cidadão produtivo. *Argumentum*, v. 6, n. 1, p. 64-79, 2014.

GUIMARÃES, G. T. D; ROCHA, M. A. M. de. Transformações no mundo do trabalho: repercussões no mercado de trabalho do assistente social a partir da criação da LOAS. *Revista Textos & Contextos*, v. 7, n. 1, p. 23-41., 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. *Estudos & Pesquisas, Informações Demográficas e Socioeconômicas – nº 25 - Rio de Janeiro, 2009*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 10 de Dezembro de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saneamento - PNSB 2008*. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese dos Indicadores*. Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio. Rio de Janeiro, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores sociais. *Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese dos Indicadores Sociais. *Uma análise das condições de vida da população de vida da população brasileira*. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica nº 27. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Tendências Demográficas no período de 1940-2000*. Estudos & Pesquisas, Informações Demográficas e Socioeconômicas – nº 20- Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/analise_populacao/1940_2000/analise_populacao.pdf>. Acesso em: 21 de Janeiro de 2015.

JUNIOR, R C F; AREAS, G P T; AREAS, F Z S; BARBOSA, L G. *Estudo da acessibilidade de idosos ao centro da cidade de Caratinga, MG*. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2013; 16(3):541-558. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a12>>. Acesso em: 15 de Fevereiro de 2016.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

KANSO, S. *Processo de envelhecimento populacional - um panorama mundial*. VI Workshop de Análise Ergonômica do Trabalho, III Encontro Mineiro de Estudos em Ergonomia, VIII Simpósio do Programa Tutorial em Economia Doméstica, 2013.

MACHADO, J. P. O arranjo público-privado no Brasil e a qualidade da assistência hospitalar em São Paulo e no Rio Grande do Sul. 2014. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2014.

MALIK, A. M. *Qualidade em serviço de saúde nos setores público e privado*. In: Cadernos FUNDAP/fundação do Desenvolvimento Administrativo – n.19. São Paulo: FUNDAP. Jan/Abril, 1996.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.S; ALMEIDA, V.V. de. Envelhecimento Populacional e Gastos Com Saúde no Brasil. *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Ana Amélia Camarano (Organizadora). Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações Básicas para a Pesquisa. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al.], (orgs). *Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2009.

MARX, Karl. *O Capital*. Vol. 2. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184 p.

MATTA, G. C; MOROSINI, M. V. G. *Atenção Primária à Saúde*. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 15 de Novembro de 2014.

MENDONÇA, J M B DE; PEREIRA, P A P. Envelhecimento, redes de serviços e controle democrático no capitalismo recente. *Textos & Contextos*, v. 12, n. 1, p. 142-151, 2013.

MINAYO, M. C. S; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: *Antropologia, saúde e envelhecimento*. / Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Jr. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2º reimpressão, 2011.

MIRANDA, F. S. M. P. A Mudança do Paradigma Econômico, a Revolução Industrial e a Positivização do Direito do Trabalho. *Revista Eletrônica Direito, Justiça e Cidadania*, v. 3, n. 1, 2012.

MUNIZ, T S; BARROS, A. O Trabalhador Idoso no Mercado de Trabalho do Capitalismo Contemporâneo. *Ciências humanas e sociais*, v. 2. n.1. p. 103-116, 2014.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. *Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global, 2014*. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>>. Acesso em: 05 de Julho de 2015.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. *População mundial deve atingir 9,6 bilhões em 2050, diz novo relatório da ONU*, 2013. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/populacao-mundial-deve-atingir-96-bilhoes-em-2050-diz-novo-relatorio-da-onu/>>. Acesso em 3 de Junho de 2015.

NERI, A.L. *Envelhecer num país de jovens: significado de velho e velhice Segundo brasileiros não idosos*. Campinas: Editora da Unicamp; 1991.

NETTO, J. P; BRAZ, M. *Economia Política: uma introdução crítica*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, J. P. *Uma face contemporânea da barbárie*. In: Encontro Internacional “Civilização ou Barbárie”, 3., Serpa, 2010.

NOGUEIRA, Cleonice Lopes. *A Concepção Marxista de Mundo, a Questão do Método e sua incorporação pelo Serviço Social*. João Pessoa/PB: Universidade Federal da Paraíba, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*, 2011.

OTTONI, M. A. M. *O envelhecimento no Brasil: comparações entre os anos de 1950 e 2000*. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, Ano 18, Nº 186, Novembro de 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 04 de junho de 2015.

PAIVA, S. O. C. e. *Envelhecimentno, Saúde e Trabalho no tempo do Capital/Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

PAPALÉO-NETTO, M. *O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos*. In: Freitas EV, Py L., Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002, p. 2-12.

PEREIRA, A. M. V. B; SCHNEIDER, R. H; SCHWANKE, C. H. A. Geriatria, uma especialidade centenária. *Scientia Medica*, v. 19, n. 4, p. 154-161, 2009.

PEREIRA, M. D. *As chuvas na cidade de João Pessoa: uma abordagem genética*. Michael Douglas Barbosa Pereira. João Pessoa, 2014.

PINHEIRO, R. *Integralidade em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. s/d.

PNUD. Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. *Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência*, 2014.

POLIGNANO, M.V. *História das Políticas de Saúde no Brasil*. 2005, p. 1-14. Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude no Brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude%20no%20Brasil.rtf)>. Acesso em: 05 de novembro, 2015.

POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; HELPAGE INTERNATIONAL. *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*. Resumo Executivo, 2012

POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011*, 2011.

POTYARA, A. P. P. Utopias Desenvolvimentistas e Política Social no Brasil. In: *(Neo)desenvolvimentismo & Política Social*. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 112, 2012.

REVISTA EM DISCUSSÃO. *Saúde do idoso vai demandar cada vez mais atenção da sociedade*. Revista Em Discussão - Edição Agosto, 2010. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/revista-em-discussao-edicao-agosto-2010/materias/saude-do-idoso-vai-demandar-cada-vez-mais-atenao-da-sociedade-p2.aspx>>. Acesso em: 15 de Janeiro de 2016.

SALOMÃO, L. *Pesquisa diz que 93% estão insatisfeitos com SUS e saúde privada*. G1. Brasília. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/08/pesquisa-diz-que-93-estao-insatisfeitos-com-sus-e-saude-privada.html>>. Acesso em: 24 de Janeiro de 2016.

SANTOS, V. G. dos. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. *Caisi comemora oito anos com 10 mil idosos em atendimento regularmente*. In. *Paraíba Online.com.br*. Prefeitura Municipal de João Pessoa/PB, 2015. Disponível em: <http://paraibaonline.net.br/caisi-comemora-oito-anos-com-10-mil-idosos-em-atendimento-regularmente/>>. Acesso em: 10 de Janeiro de 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Diretoria de Atenção à Saúde, s/d. Disponível em: <http://arquivos.mppb.mp.br/psicosocial/programas/diretoria_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 24 de Fevereiro de 2016.

SILVA, F.D; SOUZA, A.L de. *Diretrizes Internacionais e Políticas para os Idosos no Brasil: a ideologia do envelhecimento ativo*. Rev. Pol. Públ. São Luís, v.14, n.1, p. 85-94, jan./jun. 2010.

SILVA, M.R.F. e; YAZBEK, M. C. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. *R. Katál.*, v. 17, n. 1, p. 102-110, 2014.

SILVA, R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde*, v.15, n.1, p.155-168, 2008.

SIQUEIRA, M. D. de. *Vivendo bem até mais que 100! Envelhecimento, saúde, e políticas públicas para idosos*. 2014. Tese de Doutorado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/ Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, 2014. (Tese de Doutorado)

SOLLA, J; CHIORO, A. *Atenção Ambulatorial Especializada*. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, s/d.

SOUZA, L. *Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso realiza mais de cinco mil atendimentos por mês*. Prefeitura Municipal de João Pessoa/PB, 2015. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/centro-de-atencao-integral-a-saude-do-idoso-realiza-mais-de-cinco-mil-atendimentos-por-mes/>>. Acesso em: 1m de Fevereiro de 2016.

STARFIELD, B. *Atenção Primária, equilíbrio entre as necessidades em saúde, serviços e tecnologia*. / Barbara Starfield – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, S. M. *O Envelhecimento do trabalhador no tempo do capital: as problemáticas sociais e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira*

contemporânea. 2006. Tese de Doutorado. Maranhão: Universidade Federal do Maranhão/Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2006.

TEIXEIRA, S. M. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. *Revista Kairós*, v. 11, n.2, p. 59-80, 2008.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 705-715, 2003.

VERAS, R. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. *Revista USP*, v. 10, n.51, p. 72-85, 2001.

VIANNA, M. L.T.W. *Em torno do conceito de Política Social*: notas introdutórias. Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna - Rio de Janeiro, dezembro de 2002.

APÊNDICES

A – Instrumento de Pesquisa para CAISI

B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa para CAISI

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO

PESQUISA: SAÚDE DO IDOSO: QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM SAÚDE EM JOÃO PESSOA, PB.

ROTEIRO DO FORMULÁRIO

Dados de Identificação

1. Gênero:

() Masculino () Feminino

2. Faixa etária:

() 60-65 () 66-71 () 72-77 () 78-83 () ≥ 84

3. Estado Civil:

() Solteiro(a) () Casado(a)
() Separado (a) () Divorciado
() União Estável () Viúvo(a)

7. Renda Familiar

() < 1 salário mín. () 1 salário mín. () Entre 1 e 3 salários () entre 4 – 6 salários () ≥ 7 salários

8. Possui ou já possuiu inserção no mundo do trabalho (formal ou informal)?

() sim, já possui () sim, ainda possuo () nunca possui

8(A). Se já possuiu ou possui inserção no mercado de trabalho, qual é/foi sua profissão?

8(B) Se ainda possui, qual o tipo de Trabalho:

- () Trabalho formal ou prestador de serviço (com carteira assinada)
 () Autônomo ou setor informal (“bicos”/ sem carteira assinada)
 () Autônomo (C/contribuição formal do INSS)

9. Possui alguma doença-crônica?

- () Hipertensão
 () Diabetes
 () Câncer
 () Outras. Quais? _____

10. Condições de acesso à rede assistencial em saúde:

- () Depende exclusivamente dos serviços da rede pública de saúde, SUS;
 () Depende parcialmente da rede pública de saúde, pois às vezes recorre a rede privada (no entanto, não possui plano de saúde) para agilizar os exames necessários no tratamento à sua saúde;
 () Depende parcialmente da rede pública de saúde, pois possui plano privado de saúde, recorrendo a rede de serviços de saúde pública apenas quando o plano não cobre as despesas

11. Qual motivo que o levou a buscar esse serviço?

- () consulta médica
 () consulta com demais profissionais (nutricionista, enfermeiro(a), odontólogo(a), outros)
 () solicitar/receber medicação
 () solicitar agendamento em alguma especificidade médica
 () participar de grupos
 () fazer curativos
 () gostaria de falar com médico por motivos diversos
 () Receber exames
 () outros

Módulo I - Infra estrutura do CAISI**O pesquisador irá observar:**

- Se existe sistema de informatização: () sim () não Comente: _____
 - Se os equipamentos são confortáveis: () sim () não Comente: _____

12. O Sr(a) considera a localização desse serviço:

- () péssima () ruim () regular () boa () ótima

12(A) Quanto à estrutura de transporte da área que cobre o centro:

☐ ruim ☐ péssima ☐ regular ☐ boa ☐ ótima

13. Com relação à acessibilidade do CAISI (para pessoas com capacidade físicas limitadas), verifica-se:

- ☐ possui espaço físico suficiente para circulação
- ☐ possui rampas necessárias para melhor locomoção
- ☐ possui corrimões nas rampas
- ☐ possui banheiros adaptados
- ☐ não possui nenhuma das acessibilidades

14. Quanto a circulação de ar do serviço, o Sr(a) considera:

- ☐ o local é bem ventilado, possui entradas de ar
- ☐ o local é abafado, mas possui ventiladores
- ☐ o local é abafado e não possui ventiladores
- ☐ o local é climatizado

Logo, o local é: ☐ agradável ☐ não agradável

15. Com relação aos canais de comunicação, a unidade possui telefone em funcionamento para atender as solicitações dos usuários?

☐ sim ☐ não

16. As salas de atendimento possuem privacidade?

☐ sim ☐ não

Se não, por quê? _____

17. Com relação à higiene do local, o Sr(a) considera:

☐ péssima ☐ ruim ☐ regular ☐ boa ☐ ótima

Módulo II - Integralidade da produção do cuidado em saúde

18. Quando sua demanda em saúde necessita de articulação com outros setores (educação, assistência, judiciário, previdência), o CAISI intervém nessa articulação? Se sim, quando e como?

19. Da necessidade de encaminhamento as demais complexidades em saúde, o Sr(a) observa que o CAISI apresenta uma ação favorável ao cumprimento da necessidade do usuário?

20. Ocorre no CAISI atividades educativas com a participação de profissionais de outras políticas sociais, bem como: educação, assistência, previdência, etc?

☐ sim ☐ não

Se sim, como o Sr(a) avalia essa integração?

21. O Sr(a) obteve êxito quanto à resolatividade do problema?

() sim () não

Por quê? _____

Módulo III- Sistema de informações construído entre usuários idosos e profissionais é qualificado

22. A equipe de saúde lhe presta/prestou as devidas informações sobre seu quadro clínico (diagnóstico/tratamento/medicação)?

() sim () não

23. As informações fornecidas para o/a Sr (a) e/ou sua família tem sido de fácil entendimento?

() sim () não

Se não, Por quê?: _____

24. Quanto ao acolhimento no CAISI, o/a Sr(a) se sente:

() não acolhida () mal acolhida () acolhida () bem acolhida

24(A) O que a Sr(a) entende por acolhimento? _____

25. O Sr(a) recebe as devidas informações dos profissionais do CAISI sobre a rede de serviço de saúde disponibilizada em sua região, cidade, estado?

() sim () não

Se não, possui dúvidas a rede de serviço de saúde? _____

26. O Sr(a) recebe informações da equipe de saúde do CAISI sobre os direitos do idosos?

() sim () não

Se não, possui dúvidas sobre seus direitos? _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO



**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr(a) a participar da Pesquisa “Saúde do Idoso: Qualidade do Atendimento na Atenção de Média Complexidade em Saúde em João Pessoa, PB” sob a responsabilidade da pesquisadora Natanna Lopes de Araújo, referente a elaboração da dissertação da Pós-Graduação *stricto sensu*, Mestrado Acadêmico em Serviço Social, da Universidade Federal da Paraíba. Este pretende analisar o atendimento em saúde voltado para idosos no município de João Pessoa em relação à qualidade prestada segundo os idosos usuários, a partir da realidade Média Complexidade em Saúde, especificamente do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso

Esta pesquisa atende às recomendações da **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde**, que dispõe sobre os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, garantindo o sigilo e o anonimato absoluto, como também a livre escolha de desistir em qualquer momento da pesquisa não sofrendo nenhum prejuízo com isso. Para tanto, solicitamos a sua permissão para que o questionário seja aplicado, bem como a autorização de imagens fotográficas.

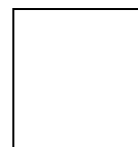
Informamos ainda que a pesquisa não oferece riscos previsíveis em potencial para os participantes, uma vez que não se trata de pesquisa com manipulação direta de seres humanos, mas sim de pesquisa de campo, com levantamento bibliográfico e documental. Os benefícios que esperamos com este estudo é que este sirva de embasamento teórico para outras pesquisas, contribuindo para discussões acerca da qualidade dos serviços de Saúde ofertados à Pessoa Idosa no Município de João Pessoa, PB, e consequentemente para re(elaborar) estratégias de potencialização desses serviços.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas. O(a) Sr(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em eventos científicos, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo pelos serviços de saúde. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar do estudo e publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal



Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXOS

A - Certidão de Aprovação do Comitê de Ética

B - Encaminhamento para realização da Pesquisa

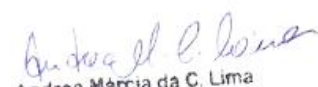
ANEXO A - Certidão de Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 23/07/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“SAÚDE DO IDOSO: QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM SAÚDE EM JOÃO PESSOA, PB”**, da Pesquisadora Natanna Lopes de Araújo. Protocolo 0220/15. CAAE: 44384115.1.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO B - Encaminhamento para realiação da Pesquisa



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 11 de agosto de 2015

Processo nº **05.252/2013**

Da: GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Para: CAISI

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A Gerência da Educação na Saúde (GES) encaminha o(a) pesquisador(a) **NATANNA LOPES DE ARAÚJO**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **"SAÚDE DO IDOSO: QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM SAÚDE EM JOÃO PESSOA, PB"**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me.

Ass. Paula Virgínia Aragão
 Diretora de Gestão do Trabalho e
 Educação na Saúde
 - Rm. 3010 -

Daniela Pimentel

Daniela Pimentel
Gerente da Educação na Saúde