

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF
PÓLO UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS – PURO
SERVIÇO SOCIAL**

**O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO
IDOSO EM MACAÉ: DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO
DA INTEGRALIDADE E UNIVERSALIDADE**

**UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE**

Por: Cintia Carvalho Garcez

**Rio das Ostras
2011**

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PÓLO UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

CINTIA CARVALHO GARCEZ

O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO EM MACAÉ:
DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA INTEGRALIDADE E
UNIVERSALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Graduação em Serviço Social da
Universidade Federal Fluminense
como requisito parcial para
obtenção do Grau Bacharel.

RIO DAS OSTRAS
2011

CINTIA CARVALHO GARCEZ

O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO EM MACAÉ:
DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA INTEGRALIDADE E
UNIVERSALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Graduação em Serviço Social da
Universidade Federal Fluminense
como requisito parcial para
obtenção do Grau Bacharel.

ORIENTADORA: Prof.^a Ms.^a VALÉRIA ROSA BICUDO

RIO DAS OSTRAS
2011

CINTIA CARVALHO GARCEZ

O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO EM MACAÉ:
DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA INTEGRALIDADE E
UNIVERSALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Graduação em Serviço Social da
Universidade Federal Fluminense
como requisito parcial para
obtenção do Grau Bacharel.

Aprovado em dezembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms.^a VALÉRIA ROSA BICUDO – ORIENTADORA - UFF

Prof.^a Ms.^a LÚCIA MARIA DA SILVA SOARES - UFF

Prof.^a Ms.^a MARIANA PFEIFER - UFF

RIO DAS OSTRAS
2011

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Elias e Nádia por entenderem a minha ausência durante todo este ano.

À minha irmã, Vanessa por tido a paciência e ter me dado o apoio incondicional nos momentos de aflição.

Aos meus queridos amigos, pelas palavras de incentivo, carinho e por compartilharem comigo momentos insubstituíveis.

À Valéria Rosa Bicudo, minha orientadora, obrigada pela contribuição dada ao longo deste trabalho.

Aos idosos e profissionais do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI, por aceitarem contribuir com este trabalho e por sempre me receberem muito bem.

“Bom seria se o Tempo não fosse visto como um inimigo e pudéssemos abraçar as rugas e calvícies com a mesma ternura com que seguramos a mão de uma criança. Entender a vida como um corpo único talvez fosse um meio de alcançar-mos a eternidade, então entenderíamos o Tempo não como algo a ser combatido, mas como um grande amigo que nos abre as portas para a sabedoria.”

Danilo Santos de Miranda

SUMÁRIO

Introdução	01
Capítulo I	
1.1- Envelhecimento populacional: algumas reflexões	03
1.2- Panorama da situação social dos idosos no cenário mundial e no Brasil	05
1.3- A questão do idoso no município de Macaé/ RJ	08
Capítulo II	
2.1- A Política de Saúde no Brasil.....	21
2.2- Política Pública de Saúde para a Terceira Idade	29
Capítulo III	
Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI: desafios na efetivação do direito universal à assistência integral à saúde do idoso	
3.1- O Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI	35
3.2- Os Protagonistas do Programa - os idosos.....	37
3.3- Uma análise do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI e dos desafios ao direito universal à assistência integral à saúde	41
Considerações Finais	57
Bibliográficas	59
Anexos	63

INTRODUÇÃO

O que pretendemos tratar neste estudo é sobre os desafios na operacionalização do acesso universal e assistência integral na política pública de saúde destinada ao idoso, através do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI e sua relação na garantia de direitos através dos profissionais que atuam na instituição. Para isso, enfatizamos (dentre outros sujeitos) a percepção do idoso quanto aos seus direitos, para que a partir de uma análise crítica, este trabalho possa vir a servir de instrumento para a reflexão e possível ação de profissionais e outras pessoas que venham a interessar-se pelo tema. .

Com o propósito de realizar esta análise, foram utilizados como referencial teórico e metodológico autores que tratam da política social na perspectiva marxista, além de outros autores da área de geriatria e gerontologia, enfermagem, medicina preventiva, psicologia, cientistas sociais entre outros que abordam o processo de envelhecimento. Recorremos a esse amplo leque de análises, para que pudéssemos ter uma concepção do envelhecimento dentro da sua totalidade e historicidade, buscando compreender suas implicações dentro da sociedade com todas as suas transformações econômicas, políticas, sociais e culturais.

Com o objetivo de contribuir para análise deste estudo foram realizadas entrevistas em outubro de 2011. As entrevistas foram semi-estruturadas, mas deram a oportunidade aos entrevistados de expressarem suas opiniões sobre determinados assuntos. Esta entrevista envolvera doze idosos, uma gerente, uma psicóloga e uma assistente social e, para preservar suas identidades nas falas, foram utilizadas somente as iniciais dos nomes dos idosos e suas respectivas idades e a profissão das referidas áreas entrevistadas.

Este estudo está estruturado em três capítulos da seguinte forma:

O primeiro capítulo está dividido em três subítem, no qual o primeiro traz para nossa reflexão algumas questões do próprio envelhecimento e como este ocorre para determinadas classes sociais. O segundo subítem, dedica-se a fazer uma exposição da condição social do idoso no cenário mundial e no Brasil e no terceiro subítem abordamos a situação do idoso no município de Macaé.

O segundo capítulo divide-se em dois subítens, o primeiro traz a trajetória da política de saúde no Brasil com as primeiras medidas de saúde; a Constituição Federal de 1988, na qual saúde passa a ser considerada um direito universal e dever do Estado; o marco para saúde que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a influência do neoliberalismo na política de saúde. O segundo subítem, trata-se do processo de formação da política pública de saúde para a terceira idade tanto nos países desenvolvidos quanto no Brasil.

O terceiro capítulo trata dos desafios na operacionalização do acesso universal e assistência integral na política pública de saúde destinada ao idoso, através do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI. Para isso, enfatizamos dados das entrevistas realizadas com os sujeitos envolvidos: idosos e profissionais.

Abordar as questões que dizem respeito ao idoso não se esgota em um único assunto, o que pretendemos com este estudo é contribuir para a reflexão daqueles que se interessam pelo tema e cooperar para novos estudos.

Capítulo I

1.1- Envelhecimento populacional: algumas reflexões

Muitos de nós certamente, pelo menos em algum momento, já usamos a expressão “acho que estou ficando velho”, ou “como fulano está envelhecido?”. Mas, fica o seguinte questionamento: como vai ser minha vida quando envelhecer?

O Brasil não é mais um país somente de jovens, estamos constatando com o passar dos anos que o país está envelhecendo, vivenciando uma realidade na qual o idoso tem sua expectativa de vida ampliada para 73,1 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Isto se deve a alguns aspectos como: a queda de fecundidade e mortalidade; avanços no campo da medicina na área de gerontologia e geriatria; a preocupação com a qualidade de vida; entre outros aspectos. Isso nos leva a refletir e a questionar sobre as reais condições biológicas, psicológicas e sociais em que se encontram este segmento na sociedade atual e o que se tem feito a respeito.

O envelhecimento é um processo natural, individual e inevitável pelo qual todos nós passaremos. Mas, a questão do envelhecimento ainda não é muito bem aceita para algumas pessoas por uma série de razões, que podem ter sido construídas tanto historicamente quanto culturalmente. Tais questões têm relação, por exemplo, com algumas estigmatizações como o “velho”, que nos reporta a algo ultrapassado/ antigo, utilizado para classificar pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Isto se torna preocupante quando a mídia a todo o momento faz menção ao que é belo, ao que é jovem, para atender demandas de mercado. O mercado está sempre lançando algum produto ou tratamento que retarda o envelhecimento, fazendo com que a imagem do “novo” seja a imagem ideal, dando a impressão que ficar idoso significa ter a saúde comprometida, é estar fora do mercado de trabalho por não ser considerado mais um trabalhador produtivo, é estar isolado da sociedade, é estar mais próximo da morte. Neste sentido, Lins de Barros (2006) cita:

“No mundo moderno, associamos a velhice e, logo, os velhos e as velhas a ausência de sinais positivos ou à sua perda, como a saúde, a capacidade de produzir, o vigor sexual, a beleza e a força física e mental. E mais que isso, fazemos a ligação entre as imagens da velhice e da morte” (LINS de BARROS, 2006, p. 46).

O processo de envelhecimento, porém, não ocorre da mesma forma para todas as classes sociais. Para as classes mais favorecidas, é possível arcar com o dispêndio que o envelhecimento traz e desfrutar de serviços como: acompanhamento de cuidadores ou enfermeiros, tratamento especializado, boa alimentação, além de outros tipos de recursos que são de mais fácil acesso para esta camada social.

Já nas classes sociais menos favorecidas, o envelhecimento significa uma preocupação, quando acompanhado de algumas doenças que necessitam de maior atenção, pois não se tem como arcar com estas despesas. Em muitos casos a aposentadoria ou pensão é um complemento a mais ou até mesmo a única fonte de renda. É possível encontrar idosos como chefes de domicílios; responsáveis por cuidar de netos e da casa; também há os casos de idosos que são institucionalizados por várias razões, enfim, muitos são os aspectos e as preocupações que envolvem o envelhecimento para a classe pobre. Goldman (2006) cita:

“Num país como o nosso, com um vasto contingente de pobres de todas as idades, com uma política de saúde caótica, com benefícios previdenciários ínfimos, com a assistência social praticamente inerte e com um forte preconceito contra os idosos, não é difícil presumir as dificuldades que os velhos, principalmente os mais pobres, vivenciam” (GOLDMAN, 2006, p. 67).

O envelhecimento também pode trazer um isolamento social e familiar que pode ocorrer independente da classe social a qual o idoso pertence. Este isolamento pode ocorrer por inúmeros fatores: perdas de entes queridos e de capacidades funcionais; sentimento de inutilidade; depressão; entre outros fatores. Por tanto, é importante que os idosos desenvolvam alguma atividade social, seja ela em grupos de convivência, em instituições religiosas, em conselhos municipais, em espaços culturais, programas e projetos destinados aos mesmos e que dentre as suas atividades promovam o convívio com outras pessoas, estabelecendo e fortalecendo os laços que são constituídos.

Pensar no envelhecimento é trazer para a nossa reflexão as condições em que os idosos vivem atualmente no âmbito da previdência, da assistência, da saúde, nas questões habitacionais, de acessibilidade, entre outros, que estão ligados diretamente ou indiretamente à qualidade de vida. É pensar o idoso como sujeito portador de direitos, de autonomia, de desejos, de expectativas e até mesmo de sonhos.

Muitos são os desdobramentos que o envelhecimento traz, portanto, tornam-se necessárias políticas públicas voltadas para a população idosa. Para Lobato (2004, p. 138), “[...] envelhecer com dignidade não é uma responsabilidade individual, mas sim responsabilidade coletiva. Implica não só a criação de políticas públicas como também a garantia de acesso dos idosos a essas políticas”.

O quadro com o qual nos deparamos muitas vezes é o de implementação de políticas públicas através de programas, projetos ou, até mesmo, algumas ações pontuais que não atingem e nem resolvem as reais demandas da população idosa. Podemos destacar um claro exemplo, quando nos voltamos para a área da saúde: em função da escassez de alguns medicamentos, da espera prolongada para a inserção em programas/ projetos que tenham acompanhamento regular por equipe interdisciplinar e multidisciplinar, da demora na marcação de exames, entre outros.

1.2- Panorama da situação social dos idosos no cenário mundial e no Brasil

O aumento da expectativa de vida é um fenômeno que está acontecendo em nível mundial, tanto nos países desenvolvidos da Europa quanto nos países em desenvolvimento. Tal fato acarreta demandas econômicas e sociais que irão exigir do governo e da sociedade a implementação e a efetivação de políticas públicas voltadas para a Terceira Idade.

O aumento da expectativa de vida deve-se a uma série de aspectos que têm suas origens nos avanços e conquistas na área da medicina, da nutrição e da higiene, há alguns anos atrás. Para Kalache et. al. (1987), os fatores que diferem o

aumento da expectativa de vida nos países desenvolvidos em relação aos os países em desenvolvimento são as melhores condições de moradia, saneamento, higiene pessoal, ambiente de trabalho e nutrição daqueles, determinando assim uma melhora no estilo de vida da população, no primeiro caso.

Nos países em desenvolvimento o que contribuiu para o aumento da expectativa de vida, segundo Freitas (2006), foram os avanços na área de medicina, mas não na qualidade de vida da população. Cita Freitas:

“Nos países em desenvolvimento, os avanços da tecnologia, principalmente aqueles aplicados à medicina, foram os fatores mais determinantes para a mudança de perfil demográfico da população, não tendo ocorrido essas mudanças devido ao aumento do nível de qualidade de vida da população.” (FREITAS, 2006, p.18)

Não podemos deixar de destacar a importância ocorrida no final da década de 1940 e início da década de 1950, com a descoberta dos antibióticos; das vacinas - como podemos citar a BCG; da instituição de unidades de terapia intensiva e de exames radiográficos. Avanços estes na área da medicina que proporcionaram a redução da taxa de mortalidade, que ocorria em função de doenças como a tuberculose, cólera, febre tifóide, entre outras doenças. A redução do número de óbitos causados por tais doenças, além de outros fatores possibilitou um aumento na expectativa de vida da população.

Freitas (2006), ao analisar o envelhecimento populacional, destaca que devemos considerar o binômio fecundidade/ mortalidade. Assim, destaca a transição demográfica¹ e seus respectivos estágios. Ao tratar do caso da população no Brasil, especificadamente, destaca:

“O Brasil, a exemplo do que acontece com alguns países da América Latina, tem conseguido reduzir a fecundidade com a concomitante redução contínua de mortalidade, estando, portanto, no terceiro estágio de transição demográfica”. (FREITAS, 2006, p.18)

¹Para conhecimento dos estágios da transição demográfica, ver FREITAS, 2006, p.18.

O terceiro estágio de transição demográfica quer dizer que a fecundidade assim como a mortalidade estão diminuindo, o que acarreta um aumento no número de adultos e, conseqüentemente, no número de idosos.

Esta mudança no perfil demográfico da população evidencia o aumento da população idosa, alterando desta forma os padrões de morbidade, o que deve motivar mudanças nas políticas públicas, principalmente na área de saúde, para que ocorra um envelhecimento ativo e saudável.

Segundo Kalache et. al. (1987), em 1930 a maioria dos óbitos da população eram decorrentes de doenças parasitárias e infecciosas. Já em 1980, este quadro se altera, dando lugar a óbitos por doenças respiratórias; relacionadas ao aparelho circulatório, neoplasias e causas externas. Deve-se levar em consideração que este quadro sofre alterações devido à condição de desenvolvimento das várias regiões do Brasil.

Esta mudança ao longo dos anos nos padrões de morbidade denomina-se transição epidemiológica², atingindo a população idosa com as doenças crônicas, também denominadas doenças crônicas não transmissíveis - DCNTs. As principais doenças crônicas que atingem este segmento são: câncer, cegueira e diminuição da visão, derrame, diabetes, doenças cardiovasculares e pulmonares, doenças mentais (depressão e demência) e doenças músculo-esquelética (osteoporose e artrite).

² O conceito de “transição epidemiológica” refere-se às modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas.

Na população brasileira o processo engloba três mudanças básicas: 1) substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis (doenças infecciosas) por doenças não transmissíveis; 2) deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens (mortalidade infantil) aos grupos mais idosos; e 3) transformação de uma situação que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade (doenças crônicas) é dominante. Disponível em: <http://www.medicinageriatrica.com.br/2007/03/21/transicao-epidemiologica-2/>. Acesso em: 03/07/11.

Essas doenças que atingem tal segmento, causando lesões e complicações, incapacidades e, muitas vezes levando ao óbito, vão se tornando demandas cada vez mais freqüentes para o sistema de saúde, o que exige maiores investimentos na saúde

1.3- A questão do idoso no município de Macaé/ RJ

Antes de abordarmos alguns aspectos da situação dos idosos no município de Macaé/RJ, faremos um breve histórico do município.

Macaé é uma das cidades que compõe a Região Norte Fluminense, assim como os municípios de Campos dos Goytacazes, Carapebus, Cardoso Moreira, Conceição de Macabu, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapuana e São João da Barra. “[...]. Como parte integrante da Região Norte Fluminense, tinha 39% da população vivendo na área rural e a sua economia era baseada na pecuária, no comércio e no açúcar com destaque para o último” (COSTA, 2007, p. 70). Tal característica mudou após a instalação da Petrobras no município.

Com a descoberta do petróleo na década de 1970 na Bacia de Campos e a instalação do Centro de Operações da Petrobras em Macaé, o município passa a receber os primeiros investimentos e, posteriormente, é considerada a “capital do petróleo”. O desenvolvimento econômico de Macaé deve-se principalmente aos royalties que vêm do petróleo.

Devido ao crescente número de empresas instaladas na cidade, o município passou a atrair um número expressivo de imigrantes em busca de trabalho, de melhores salários e, conseqüentemente, de melhores condições de vida, ocasionando desta forma um aumento populacional. No entanto, o mercado de trabalho não absorve a grande parte destas pessoas que vem em busca de trabalho devido à falta de mão- de- obra qualificada, o que resulta em trabalho terceirizado, baixos salários e até mesmo desemprego.

Tal desenvolvimento demonstra uma cidade de contrastes, haja vista que em seu perímetro encontramos classes mais favorecidas que têm acesso à moradia nos

melhores bairros; trabalho; infraestrutura; educação; saúde e outros serviços e, do outro lado, a classe mais pobre, que não tem o mesmo acesso a estes serviços e as condições de moradia e trabalho são muito precárias. Neste sentido, Costa (2007) define Macaé da seguinte forma:

“[...] de um lado, uma área nobre e valorizada, na qual seus moradores são brancos, apresentam renda elevada, têm carteira de trabalho assinada, possuem plano de saúde privado e matriculam seus filhos em escolas particulares; do outro lado, uma periferia pobre, favelizada e negra, caracterizada pelo trabalho informal ou pelo desemprego, pela baixa escolaridade e pelo recurso à rede pública de saúde. Escrevendo de uma outra forma, podemos dizer que, de um lado, configuram-se elevados índices de desenvolvimento humano, em termos de renda, de educação e de saúde; do outro lado, estatísticas que conformam um quadro de exclusão social” (COSTA, 2007, p. 169).

Num contexto de uma cidade que possui uma realidade de contrastes tão marcantes, vamos direcionar nosso foco ao segmento da população idosa, buscando situar a política pública de saúde implementada para este segmento da população, assim como os desafios para a efetivação de direitos já garantidos pelo Estatuto do Idoso.

Antes, cabe-nos ressaltar que Macaé possui a Lei Complementar Nº. 045/2004, que dispõe sobre a Divisão Política Administrativa do município, que promove o ordenamento territorial.

Utilizaremos como referência no presente trabalho apenas os Setores Administrativos que compõem a área urbana do município por se tratar de uma maior área territorial, logo com maior concentração da população idosa, o que significa maior número de usuários a utilizarem os serviços saúde destinado ao segmento. Os setores Administrativos que compõem a área urbana estão distribuídos nos seguintes bairros conforme demonstra a tabela abaixo:

Tabela 1**Setores Administrativos e seus respectivos Bairros.**

Setor Administrativo Azul – SA 1

Bairro da Glória
Cavaleiros
Granja dos Cavaleiros
Imboassica
Lagoa
Vale Encantado

Setor Administrativo Amarelo – SA 2

Miramar
Praia Campista
Riviera Fluminense
Visconde de Araújo

Setor Administrativo Verde – SA 3

Aroeira
Botafogo
Virgem Santa

Setor Administrativo Vermelho – SA 4

Cajueiros
Centro
Imbetiba

Setor Administrativo Vinho – SA 5

Ajuda
Barra de Macaé

Setor Administrativo Marrom – SA 6

Cabiúnas
Lagomar
Parque Aeroporto
São José do Barreto

Fonte: Lei Complementar nº. 045/2004

Para tratarmos de algumas características referentes ao segmento idoso em Macaé, utilizaremos como referência os dados obtidos através da Pesquisa Domiciliar 2006-2007, efetuado pelo Programa Macaé Cidadão.

O Programa Macaé Cidadão iniciou-se em fevereiro de 2001 e foi criado com a finalidade de orientar as ações do poder municipal a partir dos dados obtidos através de pesquisas em todo o município. A principal pesquisa que este órgão desenvolve é a Pesquisa Domiciliar Perfil e Levantamento dos Anseios da Família Macaense, que aborda as características de cada domicílio e a situação de cada morador, através de um questionário que traz temas como: educação, saúde, saneamento, trabalho e renda, avaliação das condições de infraestrutura entre outros. Além da Pesquisa Domiciliar, o Programa Macaé Cidadão também desenvolve outras pesquisas específicas, solicitadas por outros órgãos municipais e outras instituições como o SEBRAE, SENAC- Rio entre outros, como: a Pesquisa de Investigação de Áreas de Risco; Pesquisa Agropecuária; Pesquisa Relativa aos Fluxos de Veículos em Vias Públicas; Pesquisa Comércio Feliz, etc.

Destacaremos os seguintes eixos temáticos da referida pesquisa: População, Educação, Saúde, Esporte, Lazer, Religião e cadastro no Conselho Municipal do Idoso, para demonstrarmos a situação do idoso no município.

Tabela 2

População residente de 60 anos ou mais, segundo os Setores Administrativos.

Pessoas de 60 anos ou mais	Total		S A 1		S A 2		S A 3		S A 4		S A 5		S A 6	
	Total	%	S A 1	%	S A 2	%	S A 3	%	S A 4	%	S A 5	%	S A 6	%
Total	10 790	100,0	809	100,0	2 256	100,0	1 520	100,0	2 739	100,0	1 561	100,0	1 905	100,0
60 a 64 anos	3 626	33,6	312	38,6	765	33,9	527	34,7	754	27,5	575	36,8	693	36,4
65 a 69 anos	2 710	25,1	167	20,6	581	25,8	402	26,4	643	23,5	409	26,2	508	26,7
70 anos ou mais	4 454	41,3	330	40,8	910	40,3	591	38,9	1 342	49,0	577	37,0	704	37,0

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Programa Macaé Cidadão 2006-2007

Conforme demonstra a tabela 2, observa-se que os idosos de 60 a 64 anos, no Setor Administrativo 1, correspondiam a 38,6%. No Setor Administrativo 2 e no Setor Administrativo 3, o percentual era de 33,9% e 34,7%. No Setor Administrativo

4, o número de idosos nesta faixa etária era de 27,5%. Já nos Setores Administrativos 5 e 6, equivaliam a 36,8% e 36,4% respectivamente.

Dentro da faixa etária de 65 a 69 anos, o Setor Administrativo 1 possuía o menor percentual, 20,6% de idosos. No Setor Administrativo 2, o percentual era de 25,8%. No Setor Administrativo 3, de 26,4% de idosos. Setor Administrativo 4, era de 23,5% e nos Setores Administrativos 5 e 6, o número de idosos correspondiam a 26,2% e 26,7%.

Na faixa etária de 70 anos ou mais, pode ser observado que é no Setor Administrativo 4 que se concentra o maior número de idosos 2.739, ou seja 49%. Seguido pelos Setores Administrativos 1 e 2, com 40,8% e 40,3% cada. No Setor Administrativo 3, o percentual é de 38,9% e já nos Setores Administrativos 5 e 6, representam 37%.

Através da Pesquisa Domiciliar também foi possível fazer um levantamento de dados a respeito do nível de escolaridade dos idosos no município, de acordo com os números apresentados a seguir:

Tabela 3

População residente de 60 anos ou mais, que já frequentou a escola, segundo o último grau cursado – Setores Administrativos.

Último grau cursado	Total	%	S A 1	%	S A 2	%	S A 3	%	S A 4	%	S A 5	%	S A 6	%
Total	8 915	100,0	721	100,0	1 960	100,0	1 081	100,0	2 547	100,0	1 035	100,0	1 571	100,0
1º grau Ens. Fundamental	6 291	70,6	363	50,3	1 426	72,8	936	86,6	1 432	56,2	917	88,6	1 217	77,5
2º grau Ens. Médio	1 843	20,7	194	26,9	387	19,7	108	10,0	747	29,3	102	9,9	305	19,4
3º grau Ensino Superior	781	8,8	164	22,7	147	7,5	37	3,4	368	14,4	16	1,5	49	3,1

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Programa Macaé Cidadão 2006-2007

Os dados acima nos mostram que 70,6% da população idosa, só possui o Ensino Fundamental, 20,7% cursaram o último grau do Ensino Médio e apenas 8,8% dos idosos cursaram o Ensino Superior.

O percentual de idosos que cursaram o último grau do Ensino Fundamental no Setor Administrativo 1 era de 50,3%, no Setor Administrativo 2 de 72,8%. Já no

Setor Administrativo 3, era de 86,6%, enquanto que nos Setores administrativos 4, 5 e 6 este percentual representavam 56,2%, 88,6% e 77,5% respectivamente.

Os dados referentes aos idosos que freqüentaram o último grau do Ensino Médio, no Setor Administrativo 1 correspondia a 26,9%, no Setor Administrativo 2 a 16,7%, no Setor Administrativo 3 a 10%, no Setor Administrativo 4 a 29,3%, no Setor Administrativo 5 este percentual era de 9,9% e no Setor Administrativo 6 de 19,4%.

Observa-se na tabela 3 no item que diz respeito ao Ensino Superior, o seguinte percentual de idosos que cursaram até o último grau: no Setor Administrativo 1 era de 22,7%, no Setor Administrativo 2 de 7,5%, no Setor Administrativo 3 de 3,4%, no Setor Administrativo 4 era de 14,4%, no Setor Administrativo 5 este percentual representava 1,5% e no Setor Administrativo 6 era de 3,1%.

Todas estes dados ficam ainda mais claros, quando observa-se na tabela abaixo, os números referente aos idosos que sabem ou não ler e escrever no município:

Tabela 4

População residente de 60 anos ou mais que sabe ou não ler e escrever, segundo os Setores Administrativos do município de Macaé - 2006-2007.

Sabe ler e escrever	Total	%	S A 1	%	S A 2	%	S A 3	%	S A 4	%	S A 5	%	S A 6	%
Total	10 790	100,0	809	100,0	2 256	100,0	1 520	100,0	2 739	100,0	1 561	100,0	1 905	100,0
Sim	8 927	82,7	726	89,7	1990	88,2	1081	71,1	2557	93,4	1021	65,4	1 552	81,5
Não	1863	17,3	83	10,3	266	11,8	439	28,9	182	6,6	540	34,6	353	18,5

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Programa Macaé Cidadão 2006-2007

Os dados levantados através da Pesquisa Domiciliar 2006-2007 mostram que o município possuía 82,7% de idosos que sabiam ler e escrever e 17,3% que não sabiam ler e escrever.

Os dados referentes ao número de idosos que sabem ler e escrever no Setor Administrativo 1 era de 89,7%, no Setor Administrativo 2 de 88,2%, no Setor Administrativo 3 de 71,1% e nos Setores Administrativos 4, 5 e 6 estes dados representavam 93,4%, 65,4% e 81,5% cada.

Os dados que dizem respeito ao número de idosos que não sabem ler e escrever estão distribuídos nos Setores Administrativos, da seguinte forma: no Setor Administrativo 1 este percentual era de 10,3%, no Setor Administrativo 2 de 11,8%, no Setor Administrativo 3 era de 28,9%, no Setor Administrativo 4 de 6,6% e nos Setores Administrativos 5 e 6 este percentual representava 34,6% e 18,5% respectivamente.

Um tema importante, também levantado pela Pesquisa Domiciliar 2006-2007, refere-se à saúde. A partir da pesquisa foi possível identificar os principais problemas crônicos de saúde que afetam a população idosa no município.

Assim como todo o país, as principais doenças dignosticadas nos idosos em Macaé são as doenças cardíacas, hipertensão, diabetes, entre outras, conforme demonstra a tabela:

Tabela 5

População residente de 60 anos ou mais que possuem problema crônico de saúde, segundo os Setores Administrativos do município de Macaé - 2006-2007

Problemas crônicos	Total	%	S A 1	%	S A 2	%	S A 3	%	S A 4	%	S A 5	%	S A 6	%
Total	5 344	100,0	384	100,0	1 029	100,0	834	100,0	1 373	100,0	795	100,0	929	100,0
Coração	554	10,4	40	10,4	96	9,3	94	11,3	123	9,0	93	11,7	108	11,6
Hipertensão	2 978	55,7	202	52,6	590	57,3	492	59,0	775	56,4	417	52,5	502	54,0
Diabetes	836	15,6	73	19,0	152	14,8	134	16,1	211	15,4	129	16,2	137	14,7
Respiratório	78	1,5	6	1,6	19	1,8	11	1,3	19	1,4	7	0,9	16	1,7
Digestivo	31	0,6	1	0,3	4	0,4	2	0,2	7	0,5	10	1,3	7	0,8
Ginecológico	7	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	3	0,2	0	0,0	3	0,3
Alérgica	21	0,4	2	0,5	5	0,5	0	0,0	4	0,3	3	0,4	7	0,8
Câncer	110	2,1	11	2,9	24	2,3	11	1,3	35	2,5	15	1,9	14	1,5
Ósseo/muscular/articular	323	6,0	21	5,5	69	6,7	36	4,3	76	5,5	54	6,8	67	7,2
Neuropsiquiátrico	124	2,3	9	2,3	23	2,2	5	0,6	46	3,4	25	3,1	16	1,7
Hipercolesterolem	27	0,5	4	1,0	3	0,3	5	0,6	9	0,7	3	0,4	3	0,3
Doença infecto-contagiosa	7	0,1	0	0,0	0	0,0	4	0,5	1	0,1	2	0,3	0	0,0
Outras	248	4,6	15	3,9	44	4,3	39	4,7	64	4,7	37	4,7	49	5,3

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Programa Macaé Cidadão 2006-2007

Observa-se, na tabela 5, as doenças que possuem um maior índice são: as doenças cardíacas que correspondem 10,4%, enquanto a hipertensão representa 55,7% e a diabetes 15,6% respectivamente. As outras doenças que também

aparecem na tabela, como doenças digestivas, ginecológicas, alérgicas, respiratórias, entre outras, têm uma menor incidência.

No Setor Administrativo 1 as doenças cardíacas representavam 10,4%, no Setor Administrativo 2 o percentual era de 9,3%, no Setor Administrativo 3 de 11,3%, no Setor Administrativo 4 era de 9% enquanto no Setor Administrativo 5 era de 11,7% e no Setor Administrativo 6 era de 11,6%.

Os idosos com hipertensão no Setor Administrativo 1 possuíam um percentual de 52,6%, já no Setor Administrativo 2 era de 57,3%, nos Setores Administrativos 3 e 4 este dado era de 59% e 56,4% e nos Setores Administrativos 5 e 6 representavam 52,5% e 54%.

O percentual de idosos diagnosticados com diabetes no Setor Administrativo 1 era de 19% nos Setores Administrativos 2, 3 e 4 este representava 14,8%, 16,1% e 15,4% já nos Setores Administrativos 5 e 6 era de 16,2% e 14,7% cada.

Pode ser constatado uma prevalência em todos os Setores Administrativos, de idosos diagnosticados com hipertensão arterial. Sabe-se que a hipertensão assim como a diabetes são fortes fatores para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares que causam doenças como: enfarte do miocárdio, angina e acidente vascular cerebral, doenças que levam a óbito e a um estado de dependência total ou parcial do indivíduo.

Na temática Esporte, observa-se primeiramente conforme a tabela 6 abaixo, que os idosos declararam-se 19,8% praticantes de esportes, enquanto 80,2% declararam-se como não praticantes de nenhum esporte.

Tabela 6

População residente de 60 anos ou mais, praticante ou não de esporte, segundo os Setores Administrativos do município de Macaé - 2006-2007

Praticante	Total	%	S A 1	%	S A 2	%	S A 3	%	S A 4	%	S A 5	%	S A 6	%
Total	10 790	100,0	80,9	100,0	2 256	100,0	1 520	100,0	2 739	100,0	1 561	100,0	1 905	100,0
Sim	2 135	19,8	237	29,3	414	18,4	192	12,6	851	31,1	140	9,0	301	15,8
Não	8 653	80,2	572	70,7	1841	81,6	1328	87,4	1888	68,9	1421	91,0	1 603	84,1
Não informado	2	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Programa Macaé Cidadão 2006-2007

Entre os idosos que declararam-se praticantes de esportes temos o Setor Administrativo 1 com 29,3%, o Setor Administrativo 2 com 18,4%, o Setor Administrativo 3 com 12,6%, o Setor Administrativo 4 com 31,1%, O Setor Administrativo 5 com 9% e o Setor Administrativo 5 com 15,8%.

Os dados referentes aos idosos que não praticam esportes, observa-se o Setor Administrativo 1 com 70,7%, o Setor Administrativo 2 com 81,6%, Setor Administrativo 3 com 87,4%, seguidos pelos Setores Administrativos 4, 5, e 6 com 68,9%, 91% e 84,1% cada.

Dentre os esportes praticados pelos idosos, temos as seguintes modalidades praticadas conforme tabela abaixo:

Tabela 7

Modalidades praticadas pela população residente de 60 anos ou mais, segundo os Setores Administrativos do município de Macaé - 2006-2007

Esportes praticados	Total	%	S A 1	%	S A 2	%	S A 3	%	S A 4	%	S A 5	%	S A 6	%
Total	2 135	100,0	237	100,0	414	100,0	192	100,0	851	100,0	140	100,0	301	100,0
Futebol	59	2,8	5	2,1	12	2,9	3	1,6	23	2,7	8	5,7	8	2,7
Voleibol	4	0,2	0	0,0	2	0,5	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Natação	68	3,2	9	3,8	12	2,9	4	2,1	32	3,8	5	3,6	6	2,0
Handebol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tênis	1	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Capoeira	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Karatê	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Jiu-Jitsu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Taekendo	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Balé	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Caminhada	1 488	69,7	170	71,7	279	67,4	137	71,4	596	70,0	91	65,0	215	71,4
Ginástica	258	12,1	24	10,1	64	15,5	27	14,1	87	10,2	22	15,7	34	11,3
Musculação	44	2,1	4	1,7	6	1,4	5	2,6	21	2,5	4	2,9	4	1,3
Outros	212	9,9	25	10,5	38	9,2	15	7,8	91	10,7	10	7,1	33	11,0

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Programa Macaé Cidadão 2006-2007

Observa-se na tabela 7, que dentre todas as modalidades apresentadas as mais praticadas pelos idosos são a caminhada com 69,7% e a ginástica com 12,1% seguida por outras modalidades como natação, futebol, musculação entre outras.

Utilizando os dados das modalidades mais praticadas pelos idosos temos a caminhada no Setor Administrativo 1 com 71,7%, no Setor Administrativo 2 com 67,4%, no Setor Administrativo 3 com 71,4%, nos Setores Administrativos 4 e 5 com 70% e 65% cada e no Setor Administrativo 6 com 71,4%.

Na modalidade ginástica temos o Setor Administrativo 1 com 10,1%, o Setor Administrativo 2 com 15,5%, o Setor Administrativo 3 com 14,1%. O Setor Administrativo 4 com 10,2%, o Setor Administrativo 5 com 15,7% e o Setor Administrativo com 11,3%.

Através da Pesquisa Domiciliar 2006-2007, também foi possível levantar as opções de lazer disponíveis no município. Dentre as atividades que os idosos mais frequentam, estão viagem com 18,52%, praia com 17,25% e igreja com 17,16% conforme demonstra a tabela:

Tabela 8

Preferência de lazer da população residente de 60 anos ou mais, segundo as modalidades, segundo os Setores Administrativos do município de Macaé - 2006-2007

Lazer	Total	%	S A 1	%	S A 2	%	S A 3	%	S A 4	%	S A 5	%	S A 6	%
Total	10 790	100,0	809	100,0	2 256	100,0	1 520	100,0	2 739	100,0	1 561	100,0	1 905	100,0
Ir a praia	1 861	17,2	204	25,2	378	16,8	180	11,8	613	22,4	206	13,2	280	14,7
Acampar	81	0,75	6	0,74	21	0,9	14	0,9	11	0,4	15	1,0	14	0,7
Viajar	1 998	18,5	199	24,6	495	21,9	224	14,7	570	20,8	180	11,5	330	17,3
Ir ao cinema	73	0,68	7	0,87	12	0,5	6	0,4	28	1,0	7	0,4	13	0,7
Ir ao teatro	78	0,72	5	0,62	13	0,6	4	0,3	33	1,2	4	0,3	19	1,0
Pescaria	280	2,59	22	2,72	48	2,1	40	2,6	49	1,8	64	4,1	57	3,0
Igreja	1 852	17,2	62	7,66	386	17,1	309	20,3	203	7,4	483	30,9	409	21,5
Grupos de 3ª idade	191	1,77	13	1,61	33	1,5	21	1,4	57	2,1	26	1,7	41	2,2
Clube	53	0,49	0	0	9	0,4	3	0,2	19	0,7	10	0,6	12	0,6
Outros	391	3,62	53	6,55	80	3,5	14	0,9	119	4,3	20	1,3	105	5,5
Nenhum	3 932	36,4	238	29,4	781	34,6	705	46,4	1037	37,9	546	35,0	625	32,8

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Programa Macaé Cidadão 2006-2007

O percentual de idosos que escolheram como opção de lazer ir à praia no Setor Administrativo 1, representava 25,22%. No Setor Administrativo 2 era de 16,8%, no Setor Administrativo 3 era de 11,8% e nos Setores Administrativos 4, 5 e 6 o percentual era de 22,4%, 13,2% e 14,7% cada.

Os idosos que escolheram como lazer viajar, no Setor Administrativo 1 correspondia 24,6%, já no Setor Administrativo 2 este percentual era de 21,9%, no Setor Administrativo 3 era de 14,7%, no Setor Administrativo 4 era 20,8% e nos Setores Administrativos 5 e 6 representavam a 11,5% e 17,3%.

A opção de lazer, igreja, também demonstrada na tabela 8 como uma das atividades mais frequentadas, no Setor Administrativo 1 representava 7,6%, no

Setor Administrativo 2 este percentual era de 17,1% e no Setor Administrativo 3 de 20,3% no Setor Administrativo 4 de 7,4% e no Setores Administrativos 5 e 6 esta opção representava 30,9% e 21,5% respectivamente.

Quanto à religião dos idosos declarada na Pesquisa Domiciliar 2006-2007 temos os seguintes dados:

Tabela 9

Religião que a população residente de 60 anos ou mais possui, segundo os Setores Administrativos do município de Macaé - 2006-2007

Religião	Total	%	S A 1	%	S A 2	%	S A 3	%	S A 4	%	S A 5	%	S A 6	%
Total	9 625	100,0	726	100,0	1 998	100,0	1 323	100,0	2 521	100,0	1 369	100,0	1 688	100,0
Adventista	70	0,7	3	0,4	15	0,8	7	0,5	12	0,5	13	0,9	20	1,2
Assembléia de Deus	925	9,6	40	5,5	149	7,5	182	13,8	55	2,2	306	22,4	193	11,4
Batista	1 075	11,2	54	7,4	295	14,8	167	12,6	238	9,4	136	9,9	185	11,0
Brasil para Cristo	36	0,4	0	0,0	4	0,2	2	0,2	5	0,2	18	1,3	7	0,4
Candomblé	9	0,1	1	0,1	2	0,1	0	0,0	3	0,1	1	0,1	2	0,1
Católica	5 449	56,6	465	64,0	1 116	55,9	664	50,2	1 641	65,1	659	48,1	904	53,6
Espírita	624	6,5	71	9,8	111	5,6	39	2,9	297	11,8	27	2,0	79	4,7
Metodista	252	2,6	28	3,9	67	3,4	38	2,9	62	2,5	11	0,8	46	2,7
Presbiteriana	124	1,3	10	1,4	45	2,3	30	2,3	16	0,6	12	0,9	11	0,7
Testemunha de Jeová	142	1,5	9	1,2	34	1,7	17	1,3	31	1,2	15	1,1	36	2,1
Umbanda	23	0,2	3	0,4	7	0,4	3	0,2	4	0,2	3	0,2	3	0,2
Universal	372	3,9	12	1,7	55	2,8	89	6,7	67	2,7	76	5,6	73	4,3
Outra	524	5,4	30	4,1	98	4,9	85	6,4	90	3,6	92	6,7	129	7,6

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Programa Macaé Cidadão 2006-2007

Observa-se na tabela 9 que os idosos que declarados como católicos representam 56,6%, como batista 11,2%, da assembléia de deus 9,6% e espírita 6,5%.

No Setor Administrativo 1 os católicos representavam 64%, no Setor Administrativo 2 este percentual era de 55,9%, já no Setor Administrativo 3 era de 50,2% e nos Setores Administrativos 4, 5 e 6 o percentual era de 65,1%, 48,1% e 53,6% cada.

Os idosos declarados batista no Setor Administrativo 1 representavam um percentual de 7,4%, no Setor Administrativo 2 era de 14,8%, nos Setores Administrativos 3 e 4 este percentual era de 12,6% e 9,4% cada e quanto aos Setores Administrativos 5 e 6, declararam-se batista 9,9% e 11% respectivamente.

Os idosos que têm como religião a Assembléia de Deus, declararam-se no Setor Administrativo 1 um percentual de 5,5%, no Setor Administrativo 2 de 7,5%, no Setor Administrativo 3 de 13,8% e nos Setores Administrativos 4, 5 e 6 este percentual era de 2,2%, 22,4% e 11,4% cada setor.

Como espíritas, os idosos declararam-se no Setor Administrativo 1, o percentual de 9,8%, nos Setores Administrativos 2, 3 e 4 este percentual era respectivamente de 5,6%, 2,9% e 11,8%, já nos Setores Administrativos 5 e 6 os o percentual era de 2% e 4,7%.

Outro dado também levantado na Pesquisa Domiciliar 2006-2007, refere-se aos idosos cadastrados ou não no Conselho Municipal do Idoso, conforme tabela abaixo:

Tabela 10

População residente de 60 anos ou mais, cadastrado ou não no Conselho Municipal do Idoso, segundo os Setores Administrativos do município de Macaé - 2006-2007

Cadastrado	Total	%	S A 1	%	S A 2	%	S A 3	%	S A 4	%	S A 5	%	S A 6	%
Total	10 790	100,0	809	100,0	2 256	100,0	1 520	100,0	2 739	100,0	1 561	100,0	1 905	100,0
Sim	834	7,73	46	5,7	153	6,8	89	5,9	302	11,0	91	5,8	153	8,0
Não	8 910	82,6	722	89,2	1896	84,0	1203	79,1	2251	82,2	1230	78,8	1 608	84,4
Não conhece	999	9,26	34	4,2	206	9,1	216	14,2	166	6,1	236	15,1	141	7,4
Não informado	47	0,4	7	0,9	1	0,0	12	0,8	20	0,7	4	0,3	3	0,2

Fonte: Pesquisa Domiciliar do Programa Macaé Cidadão 2006-2007

Conforme observa-se na tabela 10, os dados referentes aos idosos que são cadastrados no Conselho Municipal de Idoso correspondiam a 7,72% enquanto os idosos não cadastrados correspondiam a 82,58% , os dados sobre idosos que não conhecem o Conselho Municipal de Idoso correspondiam a 9,25%.

Os idosos cadastrados no Conselho Municipal de Idoso no Setor Administrativo 1 correspondia a 5,7%, no Setor Administrativo 2 a 6,8%, no Setor Administrativo 3 a 5,9%, no Setor Administrativo 4 a 11%, no Setor Administrativo 5 a 5,8% e no Setor Administrativo 6 a 8%.

Os idosos não cadastrados no Conselho Municipal de Idoso no Setor Administrativo 1 correspondia a 89,2%, no Setor Administrativo 2 a 84%, no Setor

Administrativo 3 a 79,1%, no Setor Administrativo 4 a 82,2%, no Setor Administrativo 5 a 78,8% e no Setor Administrativo 6 a 84,4%.

O percentual de idosos que não conhece o Conselho Municipal de Idoso no Setor Administrativo 1 correspondia a 4,2%, no Setor Administrativo 2 a 9,1%, no Setor Administrativo 3 a 14,2%, no Setor Administrativo 4 a 6,1%, no Setor Administrativo 5 a 15,1% e no Setor Administrativo 6 a 7,4%.

Conforme os dados apresentados sobre o segmento idoso em Macaé, podemos verificar que muitas são as questões que precisam ser observadas. Primeiramente, é imprescindível que o diagnóstico sobre o perfil da população-alvo das políticas públicas seja considerado nas etapas anteriores ao seu desenho e implementação. O que se observa frequentemente é que ações públicas e políticas sociais são implementadas sem tomar por base nenhum estudo anterior da população-alvo, mas somente fins eleitorais. Além disso, a fonte da pesquisa também precisa ser considerada, pois muitos estudos são “encomendados” somente para corroborar algumas ações dos governantes. Torna-se necessário também que as informações sobre o perfil da população-alvo das políticas públicas possam conduzir a um conhecimento mais amplo das várias dimensões da vida social em sua totalidade e não deveriam ser abordadas de forma fragmentada. Assim, deveriam conduzir a implementação de políticas públicas numa perspectiva intersetorial e universal.

Capítulo II

2.1- A Política de Saúde no Brasil

No capítulo anterior vimos algumas características relevantes sobre o processo de envelhecimento e seus impactos para determinadas classes. Também abordamos, a partir de alguns eixos temáticos de uma pesquisa governamental, alguns aspectos do perfil do idoso em Macaé. Esse capítulo tem por objetivo apresentar a política pública de saúde no Brasil e a política de saúde para terceira idade. Antes, porém, de abordamos os referidos assuntos, situaremos a origem das políticas sociais no capitalismo.

As políticas sociais originaram-se no século XIX, como estratégia por parte do Estado para intervir nas relações sociais. O seu surgimento está relacionado ao desenvolvimento do capitalismo a partir da Revolução Industrial. Esse período é marcado pela luta da classe trabalhadora contra a exploração do capital. Os trabalhadores lutavam contra a exploração da jornada de trabalho, contra a exploração do trabalho de crianças, mulheres e idosos – o que evidenciava ainda mais a questão social.

A primeira medida de proteção social sob forma de lei ocorreu na Inglaterra e foi uma legislação fabril. A legislação fabril foi consequência da luta da classe trabalhadora contra o capital por uma jornada legal de 10 horas de trabalho. Foi a partir desta conquista/ deste direito, da classe trabalhadora, que as políticas sociais começaram a expandir-se, garantindo desta forma alguns direitos. Cita Behring e Boschetti (2006):

“O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado. Os autores são unânimes em situar o final do século XIX como o período em que o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade” (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p. 64).

Quando tratamos da política social no Brasil, devemos levar em conta que seu desenvolvimento não se deu da mesma forma como nos países da Europa. Se

as políticas sociais surgem a partir das lutas da classe trabalhadora no século XIX, no contexto europeu, o Brasil só despertou para uma consciência política e de classe no século XX, quando ocorreram as primeiras mobilizações da classe trabalhadora no país na luta por seus direitos.

Antes do surgimento da industrialização, das políticas sociais no Brasil, o país já vivenciava as manifestações da questão social, com a situação dos escravos libertos e que não foram absorvidos ao mundo do trabalho. Tudo isto se deve à herança de um país que teve como base de colonização a exploração, que durante muitos anos viveu sobre o regime da escravidão e que, após a abolição, os trabalhadores viveram, e porque não dizer que muitos ainda vivem, sob o regime do mandonismo e paterlismo. Cita Behring e Boschetti (2006):

“[...] Se a política social tem relação com a luta de classes, e considerando que o trabalho no Brasil, apesar de importantes momentos de radicalização, esteve atravessado pelas marcas do escravismo, pela informalidade e pela fragmentação / cooptação, e que as classes dominantes nunca tiveram compromissos democráticos e redistributivos, tem-se um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, que envolvem a constituição da política social.” (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p. 79).

Situaremos, agora, algumas conseqüências das características que marcam o processo de constituição das políticas sociais no Brasil, especificamente em relação ao desenvolvimento da política de saúde.

A política de saúde no Brasil durante o século XIX tinha como objetivo apenas ações sanitárias, ou seja, autorizar os registros dos médicos, farmacêuticos e parteiras, além de fiscalizar os navios que chegavam aos portos no combate e controle das epidemias para que não se expandissem pelas cidades. Neste período, também foi criado, pelo Império, a Junta Central de Higiene Pública - que ampliando os serviços de saúde - tinha como função organizar ações de polícia sanitária, fiscalização do exercício da medicina, vacinação antivariólica e inspeção de saúde nos portos.

O papel do Estado neste período, no que dizia respeito à saúde, não era em prol de assistência médica aos indivíduos. Sua ação limitava-se apenas a manter a ordem e salubridade das cidades. Para isto atuava somente dando assistência

médica aos hospitais de leprosos e na internação de loucos em hospícios. A assistência médica aos indivíduos ficava sob a responsabilidade de instituições filantrópicas. Cita Escorel e Teixeira (2008):

“Salvo a preocupação com as epidemias, a ação do Estado em relação à saúde se restringia a medidas ordenadoras da vida urbana que visavam à manutenção de um estado geral de salubridade, como a fiscalização das habitações populares, da venda de alimentos e de bebidas alcoólicas. Até esse momento, a ação dos poderes públicos não se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos, permanecendo com a filantropia a responsabilidade pelo cumprimento desse papel.” (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008, pp. 333-334)

Como podemos notar, o Estado não estava preocupado com os serviços de saúde para atender às necessidades reais da população. Suas ações já caracterizavam-se de forma bem focalizada, até porque suas atenções estavam voltadas para a comercialização do café, que neste momento impulsionava a economia do país. A população neste contexto tinha que contar com a sorte pra não adoecer e com a caridade das instituições filantrópicas.

Já no século XX, com a propagação de muitas epidemias, ocorre a necessidade de melhorar os serviços de saúde. Logo, origina-se a Liga Pró-Saneamento do Brasil que lutava pela reforma dos serviços de saúde e pelo saneamento dos sertões. Através deste movimento, em 1923, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNPS, dirigido por Carlos Chagas. O DNPS possuía a função de legislar sobre a regulação da venda de produtos alimentícios; a normatização das construções rurais; a regulamentação das condições de trabalho de crianças e mulheres; a inspeção de saúde dos imigrantes que chegavam aos portos; a fiscalização de produtos farmacêuticos; elaboração de estatísticas demográfico-sanitárias em nível nacional; produção de soros; medicamentos e vacinas no combate às epidemias³ que atingiam o país.

³Dentre as principais epidemias que atingiam o país, podemos destacar: gripe espanhola, varíola, febre amarela, doença de chagas, infecções gastrintestinais.

É também no ano de 1923 que aprova-se a Lei Eloy Chaves, criando as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs. Inicialmente eram voltadas para algumas categorias como ferroviários, marítimos e estivadores, expandindo-se para outras categorias a partir de 1930. Posteriormente, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPS, exatamente em 1933. As IAPs cobriam os riscos ligados a capacidade laborativa e eram financiadas pelo Estado, pelos empregadores e pelos trabalhadores. O valor da contribuição era que determinava os tipos de benefícios (assistência médica e distribuição de medicamentos, aposentadoria por velhice, invalidez e tempo de serviço, além de pensão e auxílio funeral) que os trabalhadores receberiam. Com este modelo, dava-se origem à previdência social no Brasil.

Como podemos observar, os benefícios concedidos não favoreciam a todos os trabalhadores, somente àqueles que de alguma forma contribuía com o desenvolvimento do processo de industrialização do país.

A década de 1930, durante o governo de Getúlio Vargas, marca a história do Brasil, pois foram instituindo-se as relações sociais capitalistas com o desenvolvimento da industrialização no país. Segundo Behring e Boschetti (2006, p. 105), “[...] Vargas esteve à frente de uma ampla coalizão de forças em 1930, que a historiografia caracterizou como um Estado de compromisso, e que impulsionou profundas mudanças no Estado e na sociedade brasileiras”.

Durante o governo Vargas, medidas de proteção social foram instituídas, definindo a política social do Brasil de forma fragmentada, corporativista e restrita, ou seja, as políticas sociais não beneficiavam a todos os trabalhadores de forma universal. A situação era desigual, pois somente algumas categorias de trabalhadores (marítimos, estivadores, bancários e industriários) tinham direitos aos benefícios. Os trabalhadores rurais permaneceram fora da previdência até os anos de 1970. Passou-se a cooptar os dirigentes de sindicatos para proteger e facilitar os interesses do governo. Logo, a cidadania no país não era universal por falta de um projeto igualitário. Os direitos concedidos só eram válidos para alguns. Se por um lado, o governo Vargas marca o início do compromisso estatal com os direitos dos trabalhadores, por outro, esse compromisso era restrito, o que Wanderley Guilherme dos Santos denomina como cidadania regulada. Cita Faleiros (2000):

“O modelo getulista de proteção social se definia, em comparação com o que se passava no mundo, como fragmentado em categorias, limitado e desigual na implementação dos benefícios, em troca de um controle social das classes trabalhadoras. Dirigentes de institutos foram cooptados pelo poder numa troca de favores, o que fez com que se caracterizasse esse modelo de corporativismo, por levar em conta mais a relação personalizada do presidente ou do ministro com os dirigentes sindicais (chamados de pelego) que as relações de garantia da cidadania” (FALEIROS, 2000 p. 46)

No ano de 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, no qual o Estado tratava a saúde sob duas perspectivas: a da saúde pública, que restringia-se a campanhas sanitárias para as populações urbanas e, de forma limitada, para área rural e a medicina previdenciária que estava relacionada com as IAPs. Mais tarde, em 1953, ocorre a separação dos Ministérios da Educação e da Saúde e originam-se novas IAPs.

Durante o período que instaurou-se a ditadura militar (1964-1985), o Brasil obteve a sua expansão econômica através do crescimento das indústrias, com o suporte do Estado, da classe burguesa nacional e investimentos de capital estrangeiro no país. O desenvolvimento econômico que foi instaurado neste período, o chamado “milagre econômico”, não beneficiou a todos. A má distribuição de renda; o êxodo rural para as cidades, provocando seu crescimento de forma desestruturada; o aumento das taxas de desemprego, salários baixos, repressão, entre outros aspectos, evidenciou ainda mais a questão social. Esse cenário trouxe como consequência intensas manifestações sociais na luta por direitos, por cidadania. O Estado neste período atuava em relação à questão social da seguinte forma, como cita Bravo (2001):

“Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão- assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital” (BRAVO, 2001, p. 6)

Neste período, a saúde era voltada para atendimentos individuais, de caráter curativo e especializado. Existiam poucas medidas preventivas na saúde pública. A medicina previdenciária expandiu-se através da unificação das IAPs e da criação do

Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, em 1967, que reuniu todos os institutos até então criados, agrupando os recursos financeiros e proporcionando a compra de serviços médicos diretamente do setor privado de saúde pela Previdência. A saúde passa a introduzir a perspectiva de medicalização na saúde pública e na previdência.

É neste período que também surge um movimento dentro das universidades que passou a debater criticamente as condições de vida da população e a política de saúde instaurada no país. Este movimento, denominado Movimento Sanitário, contou com a adesão de profissionais de saúde, representantes e pesquisadores de instituições e organizações da sociedade civil, partidos políticos de oposição, entre outros, que lutaram para além da Reforma Sanitária, ou seja, por melhores condições de saúde da população, lutaram pela democratização do país.

Dentre as propostas sugeridas pela Reforma Sanitária, segundo Bravo (2001), estão:

“(...) a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.” (BRAVO, 2001, p. 9)

A década de 1980 no Brasil é demarcada por profundas mudanças: no plano econômico houve altos índices de inflação, queda de investimentos, crescimento da dívida externa, entre outros fatores que ampliaram as desigualdades sociais existentes; no plano político e social dá-se início ao processo de democratização, com o fim da ditadura.

É neste período que ocorrem as grandes mobilizações por parte da sociedade civil para que ocorra a transição democrática do país. Tem como grande marco a promulgação da Constituição Federal de 1988, que evidenciou o maior avanço democrático do país, já que toda a sociedade foi chamada a participar deste processo e para isso contou com a participação de grupos sociais organizados como associações, sindicatos etc., além de outros grupos da sociedade, que para preservar seus interesses, faziam pressão através dos lobbies na defesa de seus

interesses. Assim, a Constituição Federal de 1988 representou a conquista de direitos sociais, políticos, individuais ou coletivos, mesmo que atravessada por contradições e a presença de interesses privados.

Mas, como ficaria a saúde neste período de grande transformação para o país? Que mudanças significativas a saúde traria para a população?

A saúde neste período passa a ser compreendida mais amplamente, não restringindo-se ao aspecto da ausência de doença. Passa a se considerar que para se ter saúde é necessário ter melhores condições econômicas e sociais, de infraestrutura, de educação, entre outros fatores. Assim, vai se constituindo o conceito ampliado de saúde e este ganha uma dimensão política em função da atuação do Movimento Sanitário. A população adere ao debate da saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986 em Brasília, marca justamente este momento, pois a saúde foi debatida por profissionais de saúde, usuários, intelectuais, entre outros, que propuseram a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde – SUS. Os princípios estabelecidos para o SUS foram: a universalidade, a equidade, a integralidade das ações, a participação social e a descentralização.

Foi a partir da Constituição Federal de 1988, que constituiu-se o tripé da Seguridade Social: Saúde, Assistência Social e Previdência Social. No que diz respeito à saúde e atendendo às solicitações do Movimento Sanitário aprovou-se a saúde como direito universal e dever do Estado; a constituição do Sistema Único de Saúde – SUS, integrando todos os serviços em rede; a participação do setor privado no SUS de forma complementar e a proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

A década de 1990 é marcada pelo neoliberalismo. Segundo Potyara Pereira (2005), o mundo passa a sofrer transformações societárias motivadas pela dominação neoliberal que evidencia-se no desemprego estrutural, no aumento da pobreza, na precarização das relações de trabalho, na violência, sucateamento da saúde pública, na restrição dos direitos trabalhistas e sociais, entre outras características.

Neste cenário de avanço do neoliberalismo, como fica a política de saúde? Quais suas conseqüências?

O setor da saúde também passa a atender à lógica do mercado. Amplia-se o setor privado e os gastos governamentais com políticas sociais são contidos. Cabe ao Estado a função de garantir o mínimo àquele que não têm como pagar pelos serviços de saúde. Como conseqüência deste processo, o financiamento dos SUS torna-se insuficiente, precário; as medidas de saúde adotadas são focalizadas e precarizadas e há, ainda, a falta de recursos humanos e a precarização de suas relações de trabalho. As diretrizes neoliberais incidem diretamente em um dos princípios básicos garantidos na Constituição Federal de 1988: o direito universal à saúde e sua responsabilização pelo Estado.

Em 19 de setembro de 1990 o SUS é regulamentado através da Lei Orgânica de Saúde – LOS, Lei nº. 8.080, que estabelece as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e organização e o funcionamento dos serviços de saúde para a garantia de uma completa assistência ao usuário. Outra Lei que também regulamenta o SUS é a Lei nº. 8.142 de 28 dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na administração do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na saúde, através da criação dos Conselhos e Conferências de Saúde.

No decorrer da implementação da política de saúde no Brasil, que abordamos ao longo deste capítulo, podemos destacar que o SUS foi uma grande conquista, ainda que os seus princípios de universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização estejam aquém do que foi proposto constitucionalmente. Como destacamos, anteriormente, a saúde tem suas ações muito focalizadas e fragmentadas, o que cotidianamente resulta no baixo e precário atendimento aos usuários que necessitam de seus serviços. O quadro da saúde pública atual revela: casos sem atendimentos, filas por consulta médica nas unidades de saúde, tempo excessivo de espera para realização de exames específicos, seleção de indivíduos para que se possa fazer parte de algum tipo de programa/ projeto de saúde, entre outros aspectos. Esse é o cenário atual da política de saúde a qual a população trabalhadora no Brasil está submetida, especificamente a população idosa.

2.2- Política Pública de Saúde para a Terceira Idade

Nos países desenvolvidos, o idoso passa a ser público-alvo das políticas públicas a partir da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena em 1982. A partir desta assembléia, formulou-se um plano de ação com a finalidade de garantir a segurança tanto econômica quanto social dos idosos, além de reconhecer as oportunidades para sua inserção no processo de desenvolvimento do país. Segundo, Camarano e Pasinato (2004, p. 255): “Um dos principais resultados do Plano de Viena foi o de colocar na agenda internacional as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população. O pano de fundo era a situação de bem – estar social dos idosos dos países desenvolvidos.”

A questão do envelhecimento ganhou cada vez mais espaço em debates e ações enquanto políticas públicas, primeiramente no cenário dos países desenvolvidos. Posteriormente os países em desenvolvimento também começaram a incluir as questões do envelhecimento no processo de formação de suas políticas públicas, com leis específicas para o segmento idoso.

No caso do Brasil, o idoso só passou a ter seus direitos reconhecidos em alguns artigos, com a Constituição Federal de 1988. Mas, como ficava o idoso e todas as questões que o envolvem antes da Constituição de 1988?

Para Camarano e Pasinato (2004), durante o Brasil colonial e imperial todas as medidas tomadas em relação ao idoso, eram de proteção social de caráter assistencialista. Logo, durante estes períodos originaram-se a Santa Casa de Misericórdia de Santos e outras sociedades beneficentes.

Já no século XX, quando originaram-se as políticas previdenciárias, os idosos puderam beneficiar-se da Lei Eloy Chaves (1923), que criava as Caixas de Aposentadoria e Pensões para algumas categorias.

A Constituição de 1934 pode ser considerada como um marco, ainda que de forma restrita, para alguns idosos, pois beneficiava este segmento da população através dos direitos trabalhistas e previdenciários para aqueles que eram considerados improdutivos para o mercado de trabalho. O trabalhador rural não

gozava destes direitos. Este quadro só veio a modificar-se com a Constituição de 1988.

Para Camarano e Pasinato (2004), a década de 1960 marca o processo de constituição das políticas para os idosos no Brasil a partir de contribuições e pressões por parte de grupos científicos e políticos, sociedade civil entre outros, que já incluíam o envelhecimento como sendo uma expressão da questão social. Segundo as autoras, duas contribuições para a constituição das políticas para este segmento merecem destaque: a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (1961) e o trabalho com os idosos desenvolvido pelo Serviço Social do Comércio – SESC (1963).

Na década de 1970 o INPS - através da Lei nº. 6179/74 - estabelece a Renda Mensal Vitalícia, para maiores de 70 anos e para inválidos e também começa a apoiar o Programa de Assistência ao Idoso – PAI, que consolidou-se como centros de convivência. Com a reforma da Previdência foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS. Com isso, o PAI foi designado à Legião Brasileira de Assistência – LBA que ficou responsável por coordenar e atender os idosos em todo território nacional. Neste período, o Brasil já contava com um número expressivo de idosos. Logo ocorreram seminários no país com o propósito de discutir as questões do envelhecimento e traçar uma política para tal segmento. Cita Rodrigues (2001):

“Desses seminários resultou um acervo de informações sobre a situação do idoso na sociedade brasileira, o qual analisado e organizado pela então Secretaria de Assistência Social, do Ministério, deu origem a um documento, extremamente importante, intitulado: Políticas para a 3ª Idade – Diretrizes Básicas.” (RODRIGUES, 2001, p. 150)

Já na década de 1980 o Ministério da Saúde lança o Programa da Saúde do Idoso, que focava suas atividades na promoção da saúde e incentivava os idosos a terem auto-cuidado, também publica um conjunto de normas para o funcionamento das instituições geriátricas. Quando aborda-se a questão do auto-cuidado, é importante levar em consideração as condições de vida de muitos idosos, de como os hábitos rotineiros desde alimentação até a higiene são importantes para saúde; questões de acessibilidade inclusive dentro de casa; medidas educativas que os

profissionais devem executar para sensibilizar o idoso a ter estes cuidados, dentre outras medidas. Mas, o marco da década de 1980 enquanto garantia de direitos para o idoso foi a Constituição Federal de 1988 que trouxe, em alguns de seus artigos, a proteção ao idoso e o papel do Estado, da família e da sociedade perante a efetivação destes direitos.

Registra-se ainda na década de 1980, a criação dos Conselhos Estaduais do Idoso em São Paulo (1984), Rio Grande do Sul (1988), Santa Catarina e Rio de Janeiro (1990). Os municípios, por sua vez, também iniciaram o processo de organização de seus conselhos.

A década de 1990 é o período em que o idoso é resguardado por uma série de mecanismos legais e específicos. A Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº. 8.742, de 07 dezembro de 1993, garante aos idosos a partir de 70 anos (com o Estatuto do Idoso em 2003, a idade é alterada para 65 anos) que não tenham como arcar com seu sustento e que comprovem renda mensal familiar inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, o Benefício de Prestação Continuada – BPC que corresponde ao valor de um salário mínimo.

Em 04 de janeiro de 1994 é aprovada a Lei nº. 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, que em seu artigo 1º tem por objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, reafirmando desta maneira a cidadania dos idosos. Com a Política Nacional do Idoso foram instituídas ações governamentais em áreas como a saúde, educação, justiça, assistência e promoção social, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo e cultura esporte e lazer. Neste sentido, pode-se observar que tal Política engloba todas as áreas da vida dos idosos, objetivando atuar em sua totalidade através dos serviços oferecidos e dos direitos assegurados.

Destaca-se também na década de 1990 maior participação dos idosos, por meio dos movimentos sociais dos idosos, na discussão sobre direitos, cidadania e participação nas questões que lhes dizem respeito, levando-os a participar na formulação de políticas para seu segmento.

Em 1º de outubro de 2003 é aprovada a Lei nº. 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, resultado de muita luta e reivindicação dos idosos pelos seus direitos. Foram sujeitos essenciais nesse processo os pensionistas e aposentados que compunham a Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COBAP. Assim, o Estatuto do Idoso que atualmente regulamenta os direitos deste segmento da população, em seu artigo 3º diz:

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.” (ESTATUTO DO IDOSO, 2003, p.7)

Assim, o Estatuto do Idoso reúne capítulos que reforçam a Política Nacional Idoso, estabelecendo além de direitos, proteção, prioridades, entre outros a punição pela não efetivação dos mesmos. Logo, podemos citar o Artigo 10 que diz: “É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis”. Sabemos que as leis são instituídas com o propósito de resguardar os nossos direitos enquanto sujeitos, no caso aqui dos idosos. Logo, o idoso possui uma legislação que garante os seus direitos, mas será que os idosos estão realmente cobrando da sociedade, do governo a efetivação dos seus direitos, com as conseqüências previstas através da legislação pelo não cumprimento?

O processo de constituição de uma política voltada para a saúde do idoso iniciou-se através da Portaria nº. 1.395 de 10 de dezembro de 1999, que ordenava que órgãos e instituições ligados ao Ministério da Saúde desenvolvessem ações para uma melhor qualidade de vida dos idosos. Esta Política só veio a ser aprovada em 19 de outubro de 2006, com a Portaria nº. 2.528, dando origem assim a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que revogou a Portaria nº. 1.395/99.

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, sua principal finalidade é:

“recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade” (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA, 2006, p. 3)

A partir deste objetivo podemos verificar que há toda uma preocupação na qualidade da vida do idoso, para que o mesmo não venha a ter problemas de saúde que o leve a ter uma vida dependente, o que acarreta gastos tanto para os idosos quanto para o governo. Ocorre que esta finalidade cada vez mais se distancia da realidade do idoso que precisa de atendimentos na área da saúde através do SUS, sob forma de Programas/ Projetos e serviços. Podemos constatar a distância ainda presente entre a legislação e sua operacionalização, quando verificamos projetos destinados ao segmento sendo interrompidos; a grande demanda de idosos à procura de inserção em projetos na área de saúde; o financiamento insuficiente e precário do SUS, que atinge os idosos com a falta de médicos especialistas (geriatras); a falta de melhorias seja a capacitação de profissionais até mesmo melhorias de infraestrutura, nos serviços/ ações destinadas aos segmentos; falta de medicamentos entre outros aspectos.

Através da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa ficaram estabelecidas diretrizes e estratégias a serem desenvolvidas. Dentre algumas diretrizes propostas podemos destacar: a promoção de um envelhecimento ativo e saudável; a implantação de serviços de atenção domiciliar (neste item ressaltou a importância do Programa Saúde da Família – PSF que realiza algumas ações voltadas para o segmento); fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; entre outras diretrizes.

No que diz respeito às estratégias da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa podemos destacar: implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, na qual podem ser registradas as condições de saúde do idoso além de outras informações; edição e distribuição do Guia Prático do Cuidador, que trata de um manual para orientar os cuidados que se deva ter para com o idoso; fomento à pesquisa na área de envelhecimento de saúde da pessoa idosa; fomento ao acesso e uso racional de medicamentos; além de outras estratégias.

Com a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi possível desenvolver ações na área da saúde, por meio de programas, projetos e ações (liderados por profissionais de diversas áreas) que visam à melhoria na qualidade de vida dos idosos.

Mesmo com todo um aparato legal sobre as políticas públicas ainda é possível constatar que há muito a se fazer no que diz respeito à garantia de direitos, tanto para a população em geral quanto para seus segmentos específicos como idosos, crianças e adolescentes, entre outros. Neste sentido, para o segmento idoso podemos citar Paz (2006):

“O estatuto do Idoso, por si só, não é suficiente para concretizar e fazer cumprir as suas determinações, o que significa que cada vez mais o movimento social dos idosos, tendo estes como verdadeiros protagonistas coletivos, deverá empenhar-se na luta pelos seus direitos, por conquistas sociais e pela cidadania” (PAZ, 2006, p. 214)

É preciso que haja maior participação dos idosos nas questões que lhes dizem respeito: cidadania, questões sobre o envelhecimento, dentre outros. Para isto, torna-se necessário que as políticas públicas nas quais eles estejam inseridos - seja na saúde, na assistência, na previdência etc. - propiciem um espaço de discussão sobre tais questões, além também de levá-los a refletir sobre as suas reais condições de vida e de que modo eles podem agir para reverter determinadas situações, seja através de sua inserção na gestão de programas/ projetos destinados ao seu segmento, seja através de uma maior participação nos Conselhos Municipais, seja através de mobilizações que cobrem do governo a efetivação dos seus direitos etc., promovendo desta forma sua autonomia como sujeitos de direitos no processo de envelhecimento, tanto no que diz respeito à saúde quanto à sua cidadania.

Capítulo III

Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI: desafios na efetivação do direito universal à assistência integral à saúde do idoso

3.1- O Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI

Neste capítulo, apresentaremos o Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI, buscando analisar as possibilidades e, fundamentalmente, os desafios na operacionalização do direito universal e integral à saúde do idoso por parte do referido Programa no município de Macaé. Para isso, nos baseamos em entrevistas realizadas com idosos atendidos pelo Programa e também com alguns dos profissionais que atuam no PAISI, tais como assistente social, psicóloga e gerente do Programa.

O Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI foi o local em que realizei todo o meu período de estágio acadêmico. Durante o tempo em que lá permaneci, pude vivenciar e refletir sobre algumas questões que envolvem tanto os idosos e sua relação com a saúde e com os seus direitos, quanto o cotidiano de uma instituição pública com todos os seus dilemas.

Inicialmente apresentaremos o Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI, a forma como está organizado e sua dinâmica.

O Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso - PAISI é de natureza pública e está ligado à Secretaria Municipal de Saúde que, por sua vez, é um órgão da Prefeitura Municipal de Macaé.

O Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso - PAISI foi um projeto elaborado em 2002, por duas geriatras que pertenciam à própria Secretaria Municipal de Saúde e que tomaram como base o Programa Saúde do Idoso do Ministério da Saúde para ser implantado no município. Neste projeto apresentado ao Secretário de Saúde da época, as referidas doutoras indicaram o público alvo do projeto, seus objetivos, suas ações preventivas e suas ações assistenciais, priorizando a prestação de serviços de assistência integral à saúde do idoso. O

PAISI tem como objetivo contribuir com a melhora da saúde física, psíquica e social do idoso. Para isso, promove ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação do idoso. Este projeto foi aceito de imediato pelo secretário de saúde e, em 2002, o PAISI foi efetivamente implantado.

O público alvo do PAISI é a população com 60 anos ou mais, residente no município de Macaé, tanto na área urbana quanto na área rural, que apresentam problemas de saúde como: Acidente Vascular Cerebral - AVC, doenças osteoarticulares, doenças de Alzheimer e Parkinson, quadros depressivos, demências de diferentes etiologias, hipertensão arterial, diabetes entre outras doenças. Atualmente o PAISI possui 2.875 usuários que utilizam os seus serviços. O PAISI contempla:

“a estruturação de serviços que prestam assistência integral ao cidadão idoso, articulando ações e serviços em diferentes níveis de complexidade de assistência, de acordo com as necessidades específicas de saúde de cada caso. Tem como proposta a atenção interdisciplinar para a prestação de assistência integral ao indivíduo idoso” (PROPOSTA DO PROGRAMA DE SAÚDE DO IDOSO, 2002, p. 6)

A proposta do PAISI evidencia uma perspectiva de assistência integral ao idoso, visando sua saúde física, psíquica e social. Nesse sentido, está em sintonia com a concepção ampliada de saúde, inaugurada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Como se sabe saúde não quer dizer ausência de doença e o que se tem constatado é que outros fatores como a educação, situação econômica, condições psicológicas, entre outros aspectos, também interferem direta ou indiretamente nas condições de saúde e na qualidade de vida da população, inclusive na do idoso.

Nesta direção, o PAISI busca desenvolver ações e serviços de promoção de um envelhecimento ativo, prevenção de doenças, reabilitação daqueles que têm sua capacidade funcional restrita, recuperação dos que adoecem, melhoria e manutenção da capacidade funcional e atendimento psicológico. Cabe ressaltar que o PAISI também presta assistência aos familiares e aos cuidadores dos idosos. Para realizar estas ações e serviços, conta com uma equipe interdisciplinar e multidisciplinar composta por: assistente social, geriatras, clínico geral,

fisioterapeutas, enfermeira, psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, envolvidos na assistência ao idoso.

Os atendimentos realizados aos idosos pelos profissionais acontecem, muitas vezes de forma interdisciplinar, e também de forma individualizada ou em grupos. Isso proporciona uma abordagem específica da saúde em cada caso; momentos de integração com outros idosos; socialização de informações relevantes para sua saúde ou outros assuntos que lhe são inerentes; além de possibilitar aos idosos o conhecimento de alguns direitos previstos pelo Estatuto do Idoso.

Quando refletimos sobre prestar assistência integral à saúde do idoso, entendemos que os serviços de saúde a serem prestados a este público devem ser ampliados, com a inserção de novas especialidades já que os existentes são os básicos; um bom funcionamento da rede, entre outras medidas de saúde que visem um atendimento universal aos idosos.

Após esta breve contextualização sobre o PAISI, abordaremos a pesquisa realizada com alguns dos idosos que fazem parte do PAISI, na qual identificamos alguns aspectos importantes de seu perfil e sua compreensão acerca de seus direitos.

Durante o período de estágio, alguns questionamentos iam surgindo: “será que realmente o direito à assistência integral à saúde do idoso é universal?”; “qual a relação do idoso com os seus direitos previstos no Estatuto?”, dentre outros. Sendo assim, tentaremos discutir tais questões a partir da pesquisa realizada também com profissionais e gestor do referido Programa.

3.2- Os Protagonistas do Programa - os idosos

“Envelhecer ainda é a única maneira que se descobriu de viver muito tempo.” Charles Sant –Beuve

Inicialmente apresentaremos alguns aspectos relevantes sobre o perfil dos idosos atendidos pelo Programa. Foram entrevistados doze idosos com idade entre 64 e 80 anos, todas do sexo feminino, sendo a maioria idosas viúvas, todas residentes na área urbana da cidade.

O PAISI possui um grande número de usuários que utilizam os seus serviços (2.875 como já mencionado), dos quais um número expressivo é de mulheres. Segundo Lebrão e Duarte (2007):

“A mulher tem ainda, em seu perfil de cuidadora, desde a maternidade, maior possibilidade de interagir com os serviços de saúde. Ao envelhecer e adoecer tende a identificar melhor suas necessidades de saúde e a buscar, bem como utilizar mais, esses serviços” (LEBRÃO E DUARTE, 2007, p.202)

Analisando este dado, podemos verificar o quanto seria importante a realização de uma pesquisa de perfil que quantificasse essa e outras informações sobre quem são estes idosos que utilizam os serviços disponibilizados pelo PAISI, especificamente as mulheres.

A grande maioria das idosas declara que possui casa própria e que ainda contribui com as despesas da casa, mesmo sendo a grande maioria aposentada ou pensionista.

Outro dado que nos chamou atenção, foi o fato de mesmo sendo aposentadas ou pensionistas, atualmente estas idosas ainda trabalham¹ para complementarem suas rendas, já que algumas declararam morar sozinhas e mesmo as outras idosas que moram com seus filhos contribuem com as despesas da casa.

Podemos constatar que a realidade destas idosas reflete a situação de uma grande maioria de idosos deste país. Evidencia a relação dos idosos com o mercado de trabalho, do qual muitos ainda, em condição de trabalho, são excluídos; tem relação com o fato de que muitos idosos ainda serem chefes de domicílios; com os gastos que o envelhecimento traz quando emergem algumas doenças crônico-degenerativas, pois com a renda da aposentadoria pública seria impossível ter uma qualidade de vida melhor, entre outros aspectos. A aposentadoria que deveria ser um momento de descanso, de investimentos em alguns projetos sonhados por toda

¹ Dentre as atividade informadas estão: auxiliar de serviços gerais, costureiras e artesãs.

uma vida, um direito conquistado enquanto trabalhador, depois de tantos anos de trabalho, torna-se, para a maioria dos idosos, um momento de preocupação.

Estudos apontam para um crescimento significativo do segmento idoso na população economicamente ativa – PEA. Segundo Wajnman e Oliveira (2004) é uma tendência recente o expressivo aumento da proporção de aposentados entre os idosos economicamente ativos. Isso, segundo os autores, estaria relacionado com a ampliação da cobertura previdenciária pós-Constituição de 1988. Entretanto, o aumento da cobertura previdenciária, sobretudo rural, não gerou o efeito esperado sobre a atividade econômica. O benefício da aposentadoria se reverteu em importante instrumento de geração de renda familiar e combate à pobreza, mas aparentemente não gerou nenhum incentivo ao afastamento do trabalho. A justificativa estaria na constatação de que o impacto da renda do idoso (tanto a fatia proveniente da aposentadoria quanto a do trabalho) em sua renda familiar (considerando-se somente os idosos que residem com outros familiares) alcança quase 60% do total da renda das famílias urbanas e quase 70% das rurais. Isso irá exigir das políticas públicas novos estudos e abordagens em relação a este segmento que está retornando ao mundo do trabalho.

A questão econômica realmente é um fator importante a ser considerado para que mais de 4,6 milhões de idosos (aproximadamente um terço dos idosos no Brasil) retornem ao trabalho depois de aposentados (IBGE, 2002). Mas também é importante considerar que muitos têm dificuldade de se desvincular do trabalho porque este é um importante regulador da sociabilidade humana e fonte de reconhecimento e crescimento pessoal.

No que diz respeito aos problemas de saúde diagnosticados nas idosas entrevistadas, destacam-se: hipertensão arterial, problemas cardiológicos e oftalmológicos, diabetes, artrite e artrose. Estes são problemas de saúde crônicos que atingem uma boa parcela dos idosos e que exigem acompanhamento contínuo. Este dado não é só a realidade do município. De acordo com a World Health Organization (OMS, 2005, p.15) as principais doenças que atingem os idosos em todo mundo são as doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, derrame, câncer, doença músculo-esquelética (artrite e osteoporose), pulmonar e mental e diminuição da visão ou a cegueira.

Com relação à avaliação das entrevistadas sobre os serviços de saúde oferecidos pelo PAISI e sua percepção sobre seus direitos sociais, destacamos o seguinte:

Todas entrevistadas declararam conhecer o Estatuto, porém não totalmente, somente os direitos que fazem uso freqüente, como o direito à gratuidade de transporte público, às filas preferências nos bancos e supermercados e o direito à saúde. Embora as idosas tenham conhecimento do Estatuto, ainda que restrito a alguns artigos, há ainda muito trabalho a se fazer no sentido de se ampliar o conhecimento destes sobre seus direitos.

Quando questionadas sobre sua participação em algum tipo de organização social (partido, conselho, entre outros) que esclarece ou reivindica por seus direitos, das doze entrevistadas, somente uma idosa declarou já ter participado do conselho. As outras onze idosas não participam, mas demonstraram interesse em participar. Podemos também verificar que ainda é insuficiente a atuação do conselho do idoso, junto ao seu público alvo no sentido de conseguir maior adesão dos idosos que são os protagonistas nesta luta pela ampliação e efetivação de direitos. Torna-se importante também que estes conselhos utilizem linguagens de fácil compreensão para os idosos, pois como verificamos na pesquisa, isto também é uma preocupação entre os idosos. Estas informações mostram a realidade do município, conforme demonstramos no capítulo I, na tabela 10, onde a participação dos idosos no conselho ainda é muito pequena. Destacamos algumas respostas destas idosas:

“Já participei. Participava do conselho do idoso junto com meu marido, mas depois que ele faleceu não participei mais” (L.F.T 70 anos)

“Não. Porque às vezes é longe da minha casa, ou eles podem falar difícil e eu não entender.” (J.B.R. 80 anos)

“Não. Porque nunca fui convidada a participar, pois se tivesse sido, participaria.” (L.C. 77 anos)

Ocorre que esta realidade de pouca participação dos idosos no conselho, um espaço democrático de luta pelos direitos coletivos, não é uma realidade só do município de Macaé. Faz parte de um contexto muito mais abrangente de baixa participação nas políticas públicas em todo o país. Isto tem relação com o pouco

conhecimento por parte dos idosos sobre seus direitos e também tem implicações para a efetivação e ampliação destes direitos. Cita Paz (2006):

“Sem dúvida, a força do movimento idoso faz crer que depende de sua maior presença como ator, de sua organização social, de maior unidade e de fortalecimento do segmento organizado para uma maior amplitude das articulações e alianças na defesa de seus direitos e de novas conquistas sociais. Pode-se afirmar que a atual participação social do idoso ainda é pouco expressiva” (PAZ, 2006, p. 210)

Outro fato que nos chamou a atenção foi quando perguntado a estas idosas, como elas tiveram conhecimento do PAISI e há quanto tempo faziam parte do Programa. Como respostas, sem exceções, nos informaram que seu conhecimento sobre o PAISI se deu através de outros idosos que já faziam parte do PAISI, informando-as dos serviços de saúde oferecidos pelo Programa. Quanto ao tempo de permanência dos idosos no PAISI, varia entre dois a quatro anos.

Analisando esta questão, podemos concluir que a divulgação institucional sobre o Programa é falha e insuficiente. É feita pelos próprios usuários e restringe-se ao círculo de conhecimentos dos mesmos. Não estamos dizendo que as informações transmitidas de idosos para idosos não representem um mecanismo de comunicação útil, mas que os mecanismos institucionais seriam importantes, assim como poderia ter sido usada a mídia, através de anúncios em jornais e rádios locais, entre outras fontes de divulgação.

3.3. Uma análise do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI e dos desafios ao direito universal à assistência integral à saúde

A importância do Programa: sociabilidade e consciência de direitos

Indagamos a gerente sobre o que representava o PAISI na vida dos idosos, ela nos respondeu:

“Para muitos idosos o PAISI além do suporte terapêutico, é o único momento de interação com outras pessoas, com valorização do idoso.”
(GERENTE)

O PAISI é o lugar que os idosos freqüentam para além do tratamento de saúde, é um espaço de sociabilidade, de expansão de suas relações sociais, de contato, troca e convívio com outras pessoas para além de seu núcleo familiar. Essa é uma oportunidade importante que o Programa oferece e poderia ser mais explorada na interação com outras políticas públicas, tanto voltadas para o segmento idoso como para outros segmentos sociais. É fundamental o incentivo do convívio dos idosos com a sociedade, para que se estimule o intercâmbio entre as gerações. Este pode ser o caminho para que o idoso passe a ser valorizado, visto como um sujeito repleto de saberes e de experiências. Cita Goldman (2006):

“[...] A importância da intergeracionalidade está exatamente no intercâmbio entre grupos etários diferentes e na troca que se estabelece entre as gerações, na difusão de saberes, na transmissão da memória sociohistórica e/ ou das tradições e passagens de rituais sociais, na perspectiva do fortalecimento dos grupos ou da sociedade” (GOLDMAN, 2006, pp. 61-62)

Nessa perspectiva seria fundamental envolver a sociedade para que esteja preparada para lidar com as questões do envelhecimento. É preciso trabalhar mais em ações conjuntas que visem não só a convivência com outros idosos, mas com toda a sociedade, que visem um papel mais educativo no sentido da divulgação do tratamento de doenças que crescentemente acometem mais idosos e que é de interesse não só dos idosos e familiares, mas de toda a sociedade.

O município de Macaé ainda não está preparado para lidar com todas as questões que envolvem o envelhecimento: direitos, acessibilidade, saúde, entre outros. Cita:

“Já evoluiu em vários aspectos em relação aos direitos dos idosos (com passes, programa Guarda Sênior, etc.), a acessibilidade deixa totalmente a desejar, pois as ruas e prédios não estão preparados para o envelhecimento da população. Quanto à saúde os grandes problemas estão relacionados com as emergências e hospitais que não estão preparados para atender esse público (faltam leitos e profissionais da área gerontológica). Faltam outros recursos como centro dia, lares abrigados e também necessita dar maior apoio às instituições asilares existentes”
(GERENTE)

O fenômeno do envelhecimento já é um fato constatado em nosso país, mas o que realmente tem sido feito na prática, em relação a este fato? É claro que já demos alguns passos rumo há algumas conquistas. O Estatuto do Idoso é a principal delas. Mas temos muito ainda por fazer em termos de ampliação, garantia e efetivação destes direitos. Um exemplo prático seria a falta de infraestrutura das nossas cidades, transportes, entre outras medidas que deveriam ser tomadas para facilitar o acesso não só dos idosos mais daqueles que são portadores de necessidades especiais.

O município de Macaé pode enquadrar-se neste cenário de falta de acessibilidade como citado pela gerente. Uma cidade que poderia oferecer muito em termos de planejamento, de infraestrutura dentre outras medidas que visem o melhor para seus habitantes, já que recebe os royalties do petróleo e poderia investir efetivamente nestas medidas. Seria fundamental planejar também o enfrentamento do processo de envelhecimento populacional no cotidiano da vida nas cidades - em ações que integrem os idosos com a sociedade, como também o investimento em áreas e profissionais da saúde para o trabalho com os idosos. É fundamental que se efetive concretamente uma rede de serviços sócio-assistenciais e especializados em saúde para um atendimento realmente integral ao idoso.

Quando questionamos a gerente se o PAISI produz algum tipo de estudo sobre a saúde do idoso a partir de dados colhidos pelo Programa e se a partir destas informações houve ampliação ou criação de outros centros de atendimentos ao idoso, a gerente nos respondeu que foram produzidas algumas avaliações, que segundo ela são: avaliação de atividades da vida diária, de demências, da função renal e nutricional, entre outras, que descrevem a capacidade funcional do idoso, e foram apresentadas em congressos de Gerontologia e Geriatria. Mas nada mudou em relação à ampliação ou criação de outros centros para os idosos.

Refletindo sobre esta questão, poderia ser elaborado pelos profissionais a partir destes estudos, um documento contendo informações da situação do idoso desde o momento que ingressam no PAISI. Este documento poderia vir a ser um mecanismo a ser utilizado para ampliação e até mesmo de pressão para a criação de novas propostas de políticas públicas para o município, tendo em vista o direito à

saúde para todos os idosos do município, tentando romper com “as esperas” para inserção no Programa.

Analisando esta questão, verificamos que há certo descaso por parte das autoridades governamentais, no sentido de utilizar dados e pesquisas produzidas no âmbito dos serviços públicos para a ampliação, melhoria ou até mesmo construção de novas ações voltadas para os usuários dos serviços. Podemos perceber que o PAISI produz dados e pesquisas que poderiam auxiliar nesta construção. Caberia também ao PAISI dar maior visibilidade política (e não só acadêmica) aos resultados de estudos no âmbito do serviço.

Quando indagamos os idosos se os seus direitos são garantidos pela sociedade; como passaram a conhecer estes direitos e se o PAISI ajuda a conhecer não só o direito à saúde como também outros direitos, as idosas destacaram o seguinte:

“Não. Porque ninguém leva lei a sério e não existe um mecanismo de fiscalização eficaz. Conheci meus direitos porque lia muito o Estatuto, meu marido foi do Conselho Municipal de Idosos. O PAISI ajuda a conhecer os direitos, mas é a assistente social que mais esclarece sobre os nossos direitos. Os serviços oferecidos pelo PAISI facilitam o acesso a outros direitos, através das informações dos profissionais e de outros idosos, vamos tomando conhecimento de nossos direitos.” (L.F.T. 70 anos)

“Não. Porque ainda falta muito respeito para com o idoso. Passei a conhecer meus direitos na reunião com grupos de idosos que a assistente social aqui do PAISI faz, através de conversas no CRD- Centro de Referência de Diabetes e em conversas com amigos. O PAISI ajuda a conhecer os direitos através das reuniões com grupos. Eu acho que o PAISI possibilita sim, através de informações passadas pela assistente social e também pelos amigos.” (N.F. 63 anos)

“Não. Porque falta por parte dos idosos cobrarem mais por seus direitos, como falta também mais punição para quem não cumpre. Conheci meus direitos conversando com minhas amigas. O PAISI ajuda sim a conhecer os nossos direitos através das reuniões que a assistente social faz, nos dando informações sobre muitos dos nossos direitos.” (S.S.R. 78 anos)

Na análise destas respostas, nos deparamos com dois pontos centrais: a unanimidade das idosas em afirmar que a sociedade não garante os seus direitos. E as razões pelas quais não garante, estão sintetizadas no desrespeito para com os idosos; na discriminação; na responsabilidade dos próprios idosos por não cobrarem

seus direitos; na falta de conhecimento da própria sociedade dos direitos dos idosos; na falta de punição para o não cumprimento dos direitos entre outros aspectos.

O outro ponto é a importância do profissional de serviço social dentro PAISI, de ser reconhecido como o profissional que socializa o conhecimento sobre os direitos sociais, que orienta os idosos na garantia e ampliação dos seus direitos ou outros assuntos do seu interesse, seja através de um atendimento personalizado junto ao usuário ou através das reuniões realizadas em grupo.

A partir das falas destas idosas, podemos observar que o profissional de serviço social do Programa desempenha, de forma bem clara para seus usuários, um dos princípios fundamentais previsto pelo seu Código de Ética (1993, p. 17): “Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras.” As idosas conseguem reconhecer no assistente social, o profissional que vai orientá-las quanto aos seus direitos.

Perguntamos às idosas se podem participar das decisões do PAISI e se acham importante participar. Todas declararam que não podem participar, mas que acham importante sua participação nas decisões, pois podem contribuir para um melhor atendimento nos serviços prestados.

Analisando a questão da participação dos idosos nas principais decisões do Programa, podemos perceber o caráter ainda centralizado e tecnicista que perpassa muitos programas e políticas públicas, onde o usuário ainda é um mero receptor das ações públicas. Seria fundamental ter idosos como representantes nos espaços decisórios do Programa, pois estes são os protagonistas destas ações e podem debater com propriedade sobre as suas reais necessidades, dar sugestões de melhorias dos serviços sob sua perspectiva. Isto tornaria o processo de gestão mais democrático.

Quando questionamos a gerente sobre a participação do idoso na gestão do PAISI, ela nos respondeu que eles ainda não participam, mas que o Programa procura ouvir e atender suas reivindicações. Este pode ser um passo para que se vislumbre a possibilidade desses usuários fazerem parte das decisões que lhes dizem respeito.

Infraestrutura e recursos na contramão do direito universal

Uma das falas da gerente e da assistente social do Programa divergem quando questionadas sobre os recursos financeiros, humanos e materiais - se seriam suficientes e/ ou atenderiam as necessidades do PAISI – apontam o seguinte:

“O PAISI não tem recursos próprios, está diretamente subordinado à Secretaria Municipal de Saúde. Os recursos humanos são satisfatórios, já os materiais não atendem às necessidades do Programa” (GERENTE)

“O PAISI não dispõe de recursos financeiros, apenas de recursos materiais e humanos insuficientes. Mediante a demanda de atendimento aos idosos o espaço físico tornou-se pequeno e conseqüentemente o número de profissionais é insuficiente para um maior atendimento.” (ASSISTENTE SOCIAL)

A gerente do Programa enfatiza a falta de informatização e a falta de recursos materiais para o desenvolvimento de projetos. Isso dificulta a elaboração e execução de um trabalho com mais qualidade, que possibilite a viabilização de recursos (cadeiras, rampas, aparelhos de audiovisual, aparelhos de fisioterapia, computadores entre outros) que possam vir atender não só as demandas dos profissionais como também as dos idosos. Isto revela a real precarização do financiamento destinado às ações do Programa. Este realiza seus serviços com o mínimo de recursos e, com isto, acaba por adotar mecanismos como a triagem, para inserção dos usuários, o que faz com que a saúde deixe ser mais uma vez universal.

Por outro lado, vale destacar que o PAISI possui relações de parceria e presença de trabalho voluntário. Auxilia duas Instituições Asilares de Macaé enviando profissionais de diversas especialidades como: geriatras, psicóloga, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e assistente social. Quanto à existência de grupos voluntários no PAISI existem dois, um destinado aos familiares dos idosos portadores da Doença de Alzheimer e outro para os pacientes com Doença de Parkinson.

Entendemos que há uma preocupação no atendimento aos idosos tanto aos que pertencem ao PAISI quanto aos que estão institucionalizados, como também existe um trabalho voltado aos familiares dos idosos portadores da Doença de

Alzheimer e os pacientes com Doença de Parkinson. Mas, fica um questionamento, por que não trazer estes idosos institucionalizados, claro aqueles que têm condições, para as consultas no próprio PAISI? Por que não trabalhar mais a Doença de Alzheimer e Parkinson entre todos os idosos e todos os familiares? O trabalho voluntário nessas frentes de ação não contribuiria para camuflar a precariedade de recursos humanos e materiais do Programa?

As políticas, programas e projetos sociais estatais brasileiros esbarram sempre nas questões relativas ao financiamento. Muitas vezes chegam a ser implantados, mas têm sua eficácia e efetividade ameaçadas em função de interrupção de suas ações/ serviços ou precarização no atendimento.

A questão do financiamento da seguridade social - que engloba a saúde, a previdência e a assistência social – constitui-se um problema concreto. Ainda que garantido legalmente, é inviabilizado o repasse integral dos recursos sociais em função do compromisso com a estabilidade econômica. Isso repercute diretamente nas políticas sociais nas quais deveriam ser aplicados recursos. Boa parte destes recursos são direcionados ao pagamento da dívida pública. Cita Boschetti e Salvador (2006):

“[...] o orçamento da despesa da seguridade social, conforme definido na CF/1988, é superavitário e não só suficiente para cobrir as despesas com os direitos já previstos, como poderia permitir sua ampliação. Se isto não ocorre, é porque o orçamento da seguridade social é parte da âncora de sustentação da política econômica, que suga recursos sociais para pagamento e amortização dos juros da dívida pública” (BOSCHETTI E SALVADOR, 2006, p.56)

Diante deste problema do financiamento, o setor da saúde cada vez mais sai perdendo diante da redução de seus recursos - o que torna os serviços mais focalizados, deixando de atender de forma universal à população.

Quando questionamos as idosas sobre seu conhecimento a respeito dos serviços de saúde oferecidos pelo PAISI e se estes atendem às expectativas e o que precisa melhorar, uma das idosas entrevistadas cita:

“Serviço social, psicologia, geriatra, clínico geral, nutricionista, fonoaudiologia e fisioterapia. Os serviços oferecidos atendem minha expectativa sim, porém o que precisa melhorar é o espaço do Programa, mas eu entendo que muitas vezes não depende dos profissionais e sim da Prefeitura.”
(I.R.A. 74 anos)

A partir da resposta desta idosa, podemos perceber que há por parte dos idosos conhecimento sobre a falta de recursos destinados ao Programa ou precariedade no atendimento e que conseguem relacionar a questão a um fator estrutural e político mais imediato (a prefeitura). O que precisa ser discutido e sensibilizado junto aos idosos (e isto cabe a todos os profissionais que lidam com o segmento, além de ser uma das finalidades do Conselho Municipal tanto de Idosos quanto de Saúde) é a necessidade de organização dos mesmos para um maior controle sobre os recursos destinados às políticas sociais.

Assim, é fundamental a organização política desses idosos, maior participação nos Conselhos, para que consigam cobrar do governo as ações não realizadas, as que necessitam de melhorias e para que possam fiscalizar a aplicação dos recursos. É preciso que desenvolvam sua autonomia e que se percebam enquanto protagonistas de suas histórias. Somente a partir de suas ações/ reivindicações é possível mudar a realidade na qual estão inseridos.

Interdisciplinariedade na escassez de recursos: qual a integralidade possível?

Para o alcance efetivo da integralidade nos serviços e ações, as políticas públicas devem estar voltadas para amplas dimensões da vida social, com uma abordagem interdisciplinar da realidade social numa perspectiva de totalidade. É através dos diferentes conhecimentos acumulados pelos profissionais em relação à temática da terceira idade (considerando o idoso como sujeito repleto de singularidades e inserido em uma sociedade desigual e contraditória) que se deve construir propostas de intervenção e projetos que visem não só um envelhecimento mais digno, mas que atuem na perspectiva de consolidar direitos.

As dificuldades encontradas nessa direção ocorrem não só em relação aos serviços na área da saúde, mas também na relação entre outras áreas, como previdência e assistência social. Segundo Camarano e Pasinato (2004):

“Para que as políticas voltadas para o envelhecimento populacional possam ser efetivadas é necessário que apresentem uma abordagem integrada em seus diversos setores específicos: saúde, economia, mercado de trabalho, seguridade social e educação” (CAMARANO e PASINATO, 2004, p. 262)

Em relação à particularidade do PAISI, o mesmo prevê a prestação de diferentes serviços numa perspectiva intersetorial: o serviço médico, de fonoaudiologia, de fisioterapia, de psicologia, de serviço social, etc.

Na visão da psicóloga do Programa, o objetivo da psicologia no PAISI é realizar um atendimento interdisciplinar (com acompanhamento individual e em grupos) que possa promover o bem-estar emocional do idoso. O enfoque é no idoso e na sua família.

Analisando o objetivo da psicologia, podemos refletir um pouco sobre o papel do idoso no contexto familiar. Para muitos idosos o relacionamento interpessoal com suas famílias requer um pouco mais de atenção, pois a perda de entes queridos ou de algumas funções devido a doenças, entre outras questões, faz com que os idosos vivam angustiados, com sentimentos de inutilidade, levando-os muitas vezes ao isolamento e a um quadro depressivo. É neste cenário que se insere o psicólogo para dar conta destas questões relacionadas à estima e bem-estar psíquico dos idosos.

Ao ser indagada sobre a importância do trabalho interdisciplinar, como vem sendo realizado no PAISI e quais os efeitos deste trabalho para o idoso, a profissional destaca:

“A importância da atuação interdisciplinar é fundamental, só assim é possível ter uma visão sistêmica das questões que permeiam a vida dos idosos. O olhar é biopsicossocial. Os profissionais de diversas áreas tais como fonoaudiologia, fisioterapia, geriatria, serviço social entre outras, realizam reuniões freqüentes para estudos de caso e análise dos atendimentos” (PSICÓLOGA)

Podemos perceber que o trabalho interdisciplinar permite um enfoque da totalidade sobre as questões que envolvem o idoso. São os saberes em diferentes áreas que irão determinar o trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais para se alcançar um atendimento integral.

Segundo Bidarra (2009) pactuar a intersetorialidade requer um árduo trabalho de costura política. O investimento nesse tipo de alternativa revela a opção por articular vários saberes (sobre diferentes fenômenos e/ou problemas) que interferem em vários sentidos no modo de vida social.

Não há como negar a importância de ter sido implantado um Programa destinado à saúde do idoso no município, mas as questões do idoso não se restringem somente à política de saúde. Uma abordagem ampliada da saúde requer a consideração de questões socioeconômicas, de educação, de participação social, de habitação, entre outras, que compõem o cotidiano de toda a população e, obviamente, também do idoso.

Nesta perspectiva, o serviço social também está no organograma do PAISI desde a elaboração do projeto do Programa e funcionando desde a sua implementação. Para o desenvolvimento de seu exercício profissional, a assistente social do Programa utiliza-se do Código de Ética e da Lei nº. 8662/93 que regulamenta a profissão e dá a direção para a construção do projeto ético-político da categoria.

Entre seus objetivos no PAISI estão:

- realizar a triagem para avaliação do perfil do idoso, para que o mesmo possa participar do Programa;
- realizar entrevista social com o idoso, identificando as questões sociais presentes no seu cotidiano, bem como buscar estratégias de intervenção;
- propiciar Educação em Saúde através do projeto Sala de Espera, abordando temas sobre envelhecimento e qualidade de vida;
- realizar campanhas educativas em datas comemorativas;

- valorizar e estimular os idosos a desenvolverem habilidade através da Oficina Arte do Fuxico;
- realizar reunião com familiares com o objetivo de garantir a proteção social do idoso;
- orientar familiares dos Idosos portadores da doença de Alzheimer, através das reuniões multidisciplinares;
- orientar e encaminhar os idosos quanto aos recursos existentes na rede de serviços sócio-assistenciais.

A partir dos objetivos do serviço social no PAISI, podemos afirmar (também considerando as observações realizadas durante a experiência de estágio) que as ações desenvolvidas se direcionam para um melhor conhecimento do idoso enquanto sujeito social e da realidade em que se insere, com todas as suas questões como saúde; condições socioeconômicas; casos de violência; relação familiar (conflitos, abandono etc.), entre outras, que necessitam do atendimento realizado pelo Programa. Ainda que não de forma ideal, há o compromisso em promover um espaço de valorização, socialização e educação através de ações realizadas em grupo e no atendimento individual, que buscam despertar nos idosos sua autonomia e mobilização para mudar a realidade na qual se inserem numa perspectiva de sua emancipação e consolidação de direitos.

A valorização do idoso nas relações sociais e nos diferentes espaços institucionais é um desafio. Para os Assistentes Sociais essa tarefa torna-se um compromisso ético-político. Assim, a própria Lei Orgânica de Assistência Social (Lei nº 8.742, de dezembro de 1993) determina que “a assistência social tem por um dos objetivos, a proteção à família, à maternidade, à infância à adolescência e à velhice”.

Mas vale destacar que na contramão de uma perspectiva universal e de integralidade presentes no conceito amplo de saúde, ainda persistem no conjunto das ações da política de Assistência Social mecanismos de triagem, que acabam sendo uma medida para gerenciar a relação perversa entre grande demanda social

e pouca oferta de serviços e recursos. Tais mecanismos estão entre os objetivos do Serviço Social no Programa.

Quanto à questão da autonomia no desenvolvimento de suas atribuições profissionais, a assistente social destaca:

“Com autonomia sim, porém não se tem as condições necessárias e suficientes para realização de um trabalho mais eficaz” (ASSISTENTE SOCIAL)

Pode-se perceber que a autonomia não parece ser um problema enfrentado pelo Serviço Social no âmbito do Programa – o que é raro no cenário de uma região marcada pelo clientelismo e mandonismo. Sem dúvida é fundamental, como previsto no Código de Ética (1993, p. 21): “ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções.” O principal entrave, então, na consolidação da proposta do Programa e dos serviços nele integrados (incluindo o Serviço Social) é a precária infraestrutura. A precariedade de recursos materiais e profissionais destacado pelo serviço social (e destacada nas falas tanto dos idosos quanto dos profissionais) interfere negativamente na qualidade dos serviços prestados. A RESOLUÇÃO CFESS n.493/2006 de 21 de agosto de 2006 evidencia a importância das condições de trabalho na qualidade do exercício profissional (IAMAMOTO, 2009, p. 369).

Essa é uma questão que também aparece como desafio para a atuação do psicólogo no PAISI que destaca a questão da fila de espera em função da relação grande demanda X baixa oferta de serviços (vagas):

“Percebo como desafio a dificuldade no atendimento imediato de todos os que aguardam na fila de espera. Há muita demanda cada um com uma especificidade, então a demanda é maior do que os horários vagos. Logo, precisam esperar por vaga.” (PSICÓLOGA)

Esse é mais um obstáculo à universalização do direito à saúde do idoso e integralidade do atendimento no Programa.

Retomando a questão do funcionamento do trabalho interdisciplinar e a importância deste trabalho para a saúde do idoso, identificamos que:

“O trabalho interdisciplinar acontece quando os profissionais interagem diante das demandas apresentadas pelo idoso e amplia a visão do paciente nos possibilitando vê-lo dentro de um contexto mais amplo e sob outros olhares de outros colegas com outra formação. O idoso ganha um serviço de qualidade que favorece ao avanço na condição de seu processo de envelhecimento. No PAISI nem todos os pacientes recebem um atendimento interdisciplinar, apenas multidisciplinar.

O Serviço Social está sempre presente nos atendimentos interdisciplinares em função de nosso objetivo de trabalho permear o cotidiano do idoso e seu processo de envelhecimento. Não podemos pensar na doença sem considerar os aspectos sociais do envelhecimento. O trabalho do assistente social é fundamental e essencial” (ASSISTENTE SOCIAL)

Mais uma vez é destacada a importância do trabalho interdisciplinar e o Serviço Social integra-se a tal proposta. Entretanto, como destacado na fala da profissional, a abordagem interdisciplinar não tem alcance universal. Torna-se preocupante tal constatação diante de um cenário de escassez de recursos materiais e humanos no âmbito do Programa. Assim, a perspectiva de ruptura com um atendimento fragmentado ainda é um desafio.

Este quadro apresentado remete a um outro problema: a falta de algumas especialidades médicas no Programa e a dificuldade de realizar alguns serviços que aparentemente estão disponíveis na rede socio-assistencial e de serviços públicos local. Ao serem questionadas se recebem outro tipo de tratamento fora do PAISI e se este faz algum tipo de acompanhamento e encaminhamento, tivemos como resposta o seguinte: das doze idosas entrevistadas, cinco delas não recebem nenhum tipo tratamento fora do PAISI. Fazem seus acompanhamentos com as especialidades do próprio Programa e, dependendo da necessidade de cada caso, comparecem semanalmente ou mensalmente. Quando há necessidade são encaminhadas para outros serviços de saúde disponibilizados pela rede.

As outras sete idosas entrevistadas declararam utilizar tanto o PAISI quanto outros serviços de saúde da rede, ou até mesmo particular, para seus tratamentos de saúde, já que o Programa não tem algumas especialidades como: cardiologista, ortopedista, oncologista, entre outros.

Analisando estas questões, é possível verificar que os programas são implantados, mas com defasagem de recursos sejam eles financeiros, humanos ou materiais. Muitos, diante da inexistência de determinada especialidade médica no Programa, vão buscar a rede de serviços de saúde disponível na região.

No entanto, a própria rede de serviços de saúde já convive com os seus dilemas, que são visíveis e conhecidos dos usuários: a marcação de consultas médicas para meses à frente; quando existe a especialidade, espera-se o dia inteiro pela consulta, entre outros aspectos. Estes serviços estão sobrecarregados, gerando o descontentamento, tanto dos usuários quanto dos profissionais que trabalham e não têm o reconhecimento financeiro merecido.

Diante deste cenário, verifica-se que a perspectiva intersetorial adotada pelo Programa em seus diferentes serviços ofertados pelo Programa (psicologia, serviço social, fonoaudiologia, etc) encontra obstáculos concretos. Um dos desafios do PAISI é assegurar a integralidade dos serviços através da interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Essa é a difícil concretização do conceito constitucional de seguridade social no Brasil, o que se reflete nas realidades sub-nacionais e locais na medida em que se busca operacionalizar seus princípios via políticas, programas e projetos sociais. Diante da desresponsabilização estatal em relação à proteção social consolida-se um Estado mínimo para os trabalhadores e máximos para o capital (NETTO, 1993). Assim, “os benefícios, serviços e programas sociais deixam de ser direitos sociais para se tornarem direito do consumidor” (BEHRING, 1009, p.76).

À medida que vamos trazendo as questões da saúde para nosso debate, para nossa compreensão, a distância entre o que está previsto na legislação – universalidade e equidade – e o que realmente é efetivado se torna enorme. Por isto, a importância de se trabalhar no processo de divulgação e mobilização por direitos, para que seja possível cobrar o que foi garantido por lei. Retomemos a fala da assistente social do Programa em relação à situação do idoso frente à atual conjuntura econômica e política:

“A situação do idoso em Macaé é reflexo da nossa conjuntura política e econômica. Retração nas políticas sociais, focalização ao invés de

universalidade e pouco controle social. Faltam políticas de geração de renda, aposentar-se representa enfrentar desafios econômicos, pois a renda não garante uma vida com mais conforto. Aposentadoria deveria ser o momento de investir em outros projetos, no entanto, a doença e o comprometimento funcional demandam gastos que torna-se inviável viver com qualidade de vida.

Além das políticas de geração de renda, a própria saúde (SUS) deveria ser mais acessível, menos burocratização (são dias e meses para conseguir exames, é necessário madrugar nas filas para marcar consultas...) enfim a saúde para o idoso que tem legislações que deveriam protegê-lo (PNI, Estatuto Idoso e P.N. Saúde do Idoso), mas ficam apenas no papel” (ASSISTENTE SOCIAL)

Esta fala revela os efeitos do modelo neoliberal ao qual fomos submetidos e que conduz ao livre mercado e à menor responsabilidade do Estado com as políticas sociais, além das privatizações, altos índices de desemprego (que se revela como fenômeno estrutural ao capitalismo), corte no financiamento das políticas públicas, entre outros. Os direitos da população idosa são ameaçados também quando refletimos sobre os efeitos desse cenário na aposentadoria, na saúde pública, entre outros, que os afetam direta ou indiretamente.

Neste contexto, não há como camuflar o envelhecimento significativo da população e a conseqüência de tal processo, principalmente para a classe trabalhadora. Há de se considerar o envelhecimento como um desafio a ser enfrentado, já que as políticas públicas voltadas a este segmento, por meio de legislações, não se efetivam de forma plena no seu princípio de integralidade e nem no de universalidade.

Somente a mobilização dos profissionais e usuários do Programa pode fazer frente de resistência a esse quadro. A operacionalização da política pública voltada para o segmento idoso, fundamentalmente em sua perspectiva de universalidade e integralidade, encontra-se diante de dilemas concretos. Nesse cenário, o profissional de serviço social pode contribuir – utilizando-se do próprio espaço do PAISI - para difundir e ampliar as possibilidades de reflexão dos idosos, orientando-os para reivindicarem seus direitos, incentivando-os a participar dos Conselhos para que reforcem a ação coletiva na conquista e real efetivação destes direitos.

A participação dos idosos nos Conselhos ainda é pequena. Apesar de conscientes de seus direitos, existe ainda pouca mobilização política deste segmento no município. Analisando esta questão, podemos refletir sobre algumas ações que poderiam ser realizadas.

Uma possibilidade de ação que poderia se pensar, já que muitos idosos têm problemas de locomoção ou só saem de casa para as consultas médicas no PAISI, entre outros fatores colocados por eles, seria trazer o Conselho até o PAISI, através de palestras ou desenvolvimento de cartilhas que abordassem a importância da participação dos idosos neste movimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo vimos que a população idosa já conquistou alguns direitos como a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional da Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso. Estas conquistas não aconteceram repentinamente, resultaram de muita luta do próprio seguimento e de outros sujeitos engajados com as questões do envelhecimento populacional. Mas há ainda muito por se fazer, a luta agora é pela efetivação destes direitos de forma universal a todos os idosos.

Também é necessário que as políticas públicas de saúde, de assistência, de educação entre outras, estejam mais preparadas para lidar com todas as questões sejam elas econômicas, sociais ou culturais que acompanham o envelhecimento. Como também é preciso que a sociedade deixe de olhar para o idoso com os estigmas de incapaz, de dependente entre tantos outros e passe a olhar e considerar o idoso com mais respeito, como um sujeito de autonomia, repleto de conhecimentos, de saberes muitas vezes adquiridos ao longo dos anos, através de experiências vividas e que tanto contribuiu para esta sociedade que hoje o desrespeita.

Um desafio a ser enfrentado pelo Programa para que se alcance a universalidade está fundamentalmente na precarização das políticas sociais e seus reflexos encontram-se especificadamente nos recursos materiais e humanos insuficientes para atender a grande demanda; na falta de espaço e de divulgação institucional; na presença do trabalho voluntário nas ações do Programa. Mas há de se considerar, que mesmo com a falta de recursos o Programa ainda consegue encaminhar aqueles idosos que necessitam, para outras instituições que disponibilizem de determinados serviços de saúde.

Outro desafio posto ao Programa esta no alcance da integralidade, pois o principal desafio é a dificuldade de materializar a intersectorialidade (que se revela ainda como um procedimento pontual e não universal, ou seja, não são todos que são atendidos por uma abordagem interdisciplinar) fundamentalmente em função da "escassez de recursos". Isto se revela na falta de algumas especialidades médicas etc., na necessidade dos idosos procurarem outras especialidades, muitas vezes

usando os serviços de saúde particular, fora do Programa, nos encaminhamentos para rede de serviços de saúde local que por sua vez também se encontra precarizado.

Também cabe ao Programa conhecer melhor este idoso que é usuário dos seus serviços, para isto, precisa-se investir em pesquisas que busquem traçar o perfil do idoso buscando identificar suas reais necessidades, precisa-se investir em contratação profissional como também em capacitação profissional. É preciso estar atualizados com as mudanças que ocorrem na sociedade e conseqüentemente afetam este segmento.

Conforme podemos constatar muitas são as lutas para um envelhecimento digno, com qualidade de vida em todos os seus aspectos e para que isto ocorra, todos os profissionais e sociedade precisam se envolver nesta luta junto com os idosos do Programa, promovendo espaços de discussão pela efetivação e ampliação destes direitos, incentivando-os para a mobilização política e para participarem dos conselhos. Neste contexto, cabe ao assistente social propiciar um espaço que venha a contribuir nessa frente, em função do grande reconhecimento que este possui junto aos usuários como o profissional que atua no esclarecimento dos direitos sociais.

BIBLIOGRAFIA

_____. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

_____. Síntese dos indicadores sociais 2000. IBGE, 2001.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. Capitalismo, liberalismo e origens da política social. In: Política social: fundamentos e história. 9ª edição. São Paulo. Editora Cortez, Biblioteca básica de serviço social, volume 2, 2006. pp. 47-81.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Revista Escola de Enfermagem da USP, volume 30, nº. 3, dezembro de 1996. pp. 380-398.

BIDARRA, Zelimar Soares. Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos. In: Revista Serviço Social & Sociedade, nº 99. SP: Cortez, 2009

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no período 1999 a 2004: Quem Paga a Conta? In: MOTTA, Ana Elizabete (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 1ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2006. pp. 49-72.

BRASIL, Código de Ética do Assistente Social, 13 de março de 1993.

BRASIL, Estatuto do Idoso. Lei nº. 10.741 de 1º de outubro de 2003.

BRASIL, Lei 8.142 de 28 dezembro de 1990.

BRASIL, Lei Orgânica da Assistência Social. Lei nº. 8.742 de 07 de dezembro de 1993.

BRASIL, Lei Orgânica de Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.

BRASIL, Política Nacional de saúde do Idoso. Portaria nº.2.528 de 19 de outubro de 2006.

BRASIL, Política Nacional do Idoso. Lei nº. 8.842 de 04 janeiro de 1994.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: As Políticas de Seguridade Social Saúde. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e "A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica". In: Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/ DEPEXT/ NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza et. al. (org.). Saúde e Serviço Social. 4ª edição. São Paulo. Editora Cortez. Rio de Janeiro. UERJ, 2009. pp. 25-47.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia, organizadora. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?. Rio de Janeiro. IPEA, 2004. pp. 253- 292. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em 18 de setembro de 2011.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. Política de saúde e serviço social. In: REZENDE, Ilma; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Serviço Social e políticas sociais. 2ª edição. Rio de Janeiro. Editora UFRJ, 2008. pp. 67-82.

CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS DO BRASIL, [on line]. Disponível em: <http://www.cobap.org.br>. Acesso em 21 de setembro de 2011.

COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. Exclusão Social e Desenvolvimento Humano: um mapeamento das desigualdades e do desenvolvimento sócio-econômico do município de Macaé. Análise sociológica da Pesquisa Domiciliar do Programa Macaé Cidadão 2001-2003. Macaé. Gráfica Silva Santos, 2007.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et. al. (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2008. pp. 385-434.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia et. al. (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2008. pp. 333-384.

FALEIROS, Vicente de Paula. Cidadania e direitos da pessoa idosa. Ser Social. Brasília, nº. 2, janeiro/ junho 2007. pp. 35-61.

_____. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 3 – Políticas Sociais. Brasília: UNB, Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, 2000.

FREITAS, Elizabete Viana de. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY, Ligia (org.). Tempo de Envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais. 2ª edição. Holambra, São Paulo: Editora Setembro, 2006, pp. 15-38.

GOLDMAN, Sara Nigri. As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: PY, Ligia (org.) Tempo de Envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais. 2ª edição. Holambra, São Paulo: Editora Setembro, 2006, pp. 57-76.

GOMES, Isis Maria Borges. (2011, 12 de fevereiro). Macaé Cidadão: 10 anos de Serviço e Cidadania. Jornal: O Debate, Diário de Macaé, caderno Dois, nº. 7386, p.1.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000. IBGE, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE [on line]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 31 de maio de 2011.

JARDIM, Analúcia Rodrigues; VALENÇA, Alba Sarzeda. Proposta de um Programa de Atenção à Saúde do Idoso. Macaé, 2002. pp. 01-07

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Revista Saúde Pública, junho de 1987, vol. 21, nº. 3, pp. 200-210.

LEBRÃO, Maria Lucia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas?. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. 1ª reimpressão. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESCSP, 2007. PP. 191-207.

LINS de Barros, Murian Moraes. Envelhecimento, Cultura e Transformações Sociais. In: PY, Ligia (org.) Tempo de Envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais. 2ª edição. Holambra, São Paulo: Editora Setembro, 2006, pp. 39-56.

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. “Serviço Social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde”. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. Saúde e Serviço Social. São Paulo. Editora Cortez, 2004, pp. 135-149.

MACAÉ, Divisão Administrativa do Município. Lei Complementar nº. 045/2004.

PAZ, Serafim Fortes. Movimentos sociais: participação dos idosos. In: PY, Ligia (org.). Tempo de Envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais. 2ª edição. Holambra, São Paulo: Editora Setembro, 2006. pp.197-215.

PEREIRA, Potyara A. P. Formação Profissional em Serviço Social, Política Social e o Fenômeno do Envelhecimento. In: Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil. Ministério da Educação (MEC) – SESu / CAPES. Brasília, 2005. pp. 01-13

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. Caderno Saúde Pública, abril/ junho de 1992. Rio de Janeiro, pp. 168-175.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÉ, [on line]. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br>. Acesso em: 11 de junho de 2011.

RODRIGUES, Nara da Costa. Política Nacional do Idoso – Retrospectiva Histórica. In: Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Porto Alegre, volume 3, 2001. pp. 149-158.

SANTOS, Geraldine Alves dos; LOPES, Andréa; NERI, Anita Liberalesso. Escolaridade, raça e etnia: elementos de exclusão social de idosos. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. 1ª reimpressão. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESCSP, 2007. pp. 65-80.

VIEIRA, Eraldo. Política econômica e política social. In: Os direitos e a política social. São Paulo. Editora Cortez, 2004. pp.136-146.

WAJNMAN, S., A.M.H.C., OLIVEIRA, E.L. Os Idosos no Mercado de Trabalho: Tendências e Consequências. In: CAMARO. A.A. (Org.). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? IPEA: Rio de Janeiro, 2004.

World Health Organization [OMS]. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde; tradução Suzana Contijo. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2005, pp. 03-62.

ANEXO I

Termo de Consentimento

Pelo presente instrumento, eu, _____
autorizo a utilização da entrevista concedida à aluna Cintia Carvalho Garcez,
matrícula 10706073, orientada pela Prof^a. Valéria Rosa Bicudo, do curso de Serviço
Social da Universidade Federal Fluminense – Pólo Universitário de Rio das Ostras.
Esta pesquisa é parte integrante para o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço
Social da Universidade Federal Fluminense – Pólo Universitário de Rio das Ostras.

Declaro que concordei em ser entrevistado para colaborar com a pesquisa
acadêmica e estou ciente que a entrevista será gravada a partir da assinatura desta
autorização e os dados da minha identidade serão preservados, sem qualquer
prejuízo, constrangimento ou exposição dos sujeitos da pesquisa.

Data da Entrevista: ____/____/____

Entrevistado

Entrevistador

ANEXO IIRoteiro – Idosos atendidos pelo PAISI
1ª Parte: Perfil dos Idosos

1- Identificação:

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

2- Qual seu estado civil?

 Solteiro Casado Separado/ Divorciado Viúvo

3- Qual a sua escolaridade?

Ensino Fundamental Completo IncompletoEnsino Médio Completo IncompletoEnsino Superior Completo Incompleto4- Quanto a sua habitação: Própria Alugada

5- Com quem você mora:

 Cônjuge Sozinho Filhos Outro _____6- Relação com a família: Regular Boa Ótima7- Você contribui com as despesas da casa: Sim Não

8- Situação Previdenciária:

 Aposentado Pensionista Aposentado e Pensionista BPC Sem Vínculo

9- Qual o seu principal problema de saúde? _____

10- Qual a sua profissão? _____

11- Possui alguma atividade remunerada atualmente? Qual? _____

12- Possui alguma atividade de Lazer? Qual? _____

13- Uma queixa sobre a sua vida: _____

14- Um sonho: _____

2ª Parte: PAISI, Saúde e os Direitos dos Idosos

1. Você tem conhecimento dos seus direitos previstos no Estatuto do Idoso?(Conhece bem tal Estatuto?) Sabe do direito à gratuidade no transporte público, direito à educação, entre outros?
2. Você participa de algum tipo de organização social (partido, conselho, outro tipo de grupo) que esclarece e/ou reivindica direitos?Por quê?
3. Como você teve conhecimento do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso - PAISI?Há quanto tempo você faz parte do PAISI?
4. Quais são os serviços oferecidos pelo PAISI?Como você avalia os serviços de saúde oferecidos pelo PAISI?(atendem plenamente às suas expectativas e necessidades ou deixam a desejar em algum aspecto? O que precisa melhorar?)
5. Você recebe algum tipo de tratamento de saúde fora do PAISI? O PAISI faz algum tipo de acompanhamento e encaminhamento?
6. Você como idoso acha que seus direitos são garantidos na sociedade? Por quê? Como você passou a conhecer os seus direitos? O PAISI ajudou a conhecer seus direitos? Como? Os serviços oferecidos pelo PAISI possibilitam o acesso a outros direitos, além da saúde? Como?
7. Como você avalia os serviços oferecidos pelo PAISI?
8. O idoso pode participar na gestão ou nas decisões sobre o programa? Você acha importante participar?

ANEXO III

Roteiro – Gerente do PAISI

1. Como e quando surgiu a proposta do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – PAISI em Macaé? E qual seu objetivo?
2. Qual a fonte dos recursos financeiros do PAISI? Eles são suficientes? E quanto aos recursos humanos e materiais, eles atendem as necessidades do Programa?
3. O PAISI possui algum tipo de parceria com outro programa de política pública? Qual (is)? E como ocorre esta parceria? Existe algum tipo de trabalho voluntário na instituição? Como ocorre?
4. Quais são os principais desafios que você, enquanto gerente do PAISI, encontra na efetivação do Programa?
5. Como gerente do PAISI, você acha que o município está preparado para lidar com questões amplas que envolvem a vida do idoso, como por exemplo: garantia de direitos, acessibilidade, saúde, transporte, centro de convivência? Como?
6. O PAISI produz algum tipo de avaliação ou estudo sobre a saúde do idoso? Se produz, este estudo é encaminhado para onde? A partir dos dados obtidos já houve algum tipo de retorno, como por exemplo: ampliação dos serviços oferecidos ou criação de outros centros de atendimentos ao idoso?
7. Para você, o que o PAISI representa na vida do idoso?
8. O idoso pode participar na gestão do Programa? Há mecanismos de participação do idoso nas principais decisões do Programa? E o idoso usuário do Programa participa?

ANEXO IV

Roteiro – Psicólogo do PAISI

9. Qual o objetivo da psicologia no Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso - PAISI?
10. Quais os desafios da atuação do psicólogo num programa como o PAISI? Quais as principais demandas solicitadas ao psicólogo?
11. Qual a importância, em sua opinião, do trabalho interdisciplinar no PAISI e quais os efeitos deste trabalho na saúde do idoso? Como esse trabalho interdisciplinar vem acontecendo concretamente?
12. Como você avalia o PAISI na vida do idoso?

ANEXO V

Roteiro – Assistente Social do PAISI

13. Qual o objetivo do Serviço Social no Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso - PAISI? Está previsto no desenho do Programa? O Serviço Social funciona desde o início da implementação do Programa?
14. Você conhece a Lei 8662/93 e o Código de Ética de 1993? Você se inspira nestes documentos para sua atuação profissional?
15. No PAISI você consegue desenvolver suas atribuições profissionais com autonomia? Já houve algum tipo de interferência na autonomia profissional?
16. Em sua opinião, os recursos financeiros destinados à saúde, no caso do PAISI atendem as reais necessidades do programa? O Serviço Social encontra limites financeiros e de infraestrutura para sua atuação no Programa? Quais?
17. Quais os desafios enfrentados pelo Serviço Social no PAISI?
18. Como funciona concretamente o trabalho interdisciplinar previsto pelo PAISI e qual a importância deste trabalho na saúde do idoso? Qual a relação do Serviço Social com as demais profissões?
19. Como você avalia a situação do idoso no município?
20. O idoso no município costuma reivindicar seus direitos? Se sim, de que forma isto acontece? É um segmento organizado e autônomo? Se não, como você avalia a dificuldade deste segmento em reivindicar seus direitos?
21. Quais são os efeitos do PAISI na situação de vida do idoso no município? Existe pesquisa, estudos da instituição (ou fora) sobre isso?