

ELIÚDE LÚCIA ABREU DA SILVA

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO:

Um estudo de caso no CEASI - NATAL/RN



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

JOÃO PESSOA – PB

2007

ELIÚDE LÚCIA ABREU DA SILVA

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO:

um estudo de caso no CEASI - NATAL/RN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração de Política Social, em cumprimento às exigências parciais, para a obtenção do grau de Mestre Acadêmico em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Bernadete de Lourdes Figueirêdo de Almeida

Universidade Federal da Paraíba

Centro de Ciências Humanas Letras e Artes

Departamento de Serviço Social

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

João Pessoa/PB

2007

ELIÚDE LÚCIA ABREU DA SILVA
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO:
um estudo de caso no CEASI - NATAL/RN

Aprovada em _____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Bernadete de Lourdes Figueirêdo de Almeida

Orientadora

Profª Drª Denise Câmara de Carvalho

Examinadora Externa

Profª Drª Maria Aparecida Ramos de Meneses

Examinadora Interna

Dedico

A meus filhos Alex e Sara pela energia transmitida, incentivo, compreensão ao longo desta jornada, contribuindo para minha realização intelectual e profissional. A todos os idosos que permanecem na cultura do silêncio, privados de seus direitos de cidadania.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pai de toda sabedoria, que sempre me iluminou, protegendo-me durante toda jornada, dando-me força e energia para superar os obstáculos, injustiças e dificuldades, em busca de meus objetivos;

Aos meus pais João Lúcio Filho e Maria Eunice Abreu Lúcio por ser o meu maior exemplo de luta, amor, conquistas e perseverança;

Aos meus queridos filhos, Alex Silva de Abreu e Sara Raquel Abreu da Silva, pela força, amor e confiança que depositaram em mim, mesmo nos momentos em que estive ausente;

A Prof^a Dr^a Bernadete de Lourdes Figueirêdo de Almeida pela orientação, sugestões valiosas e apreciação crítica, fundamentais para redação dos capítulos e elaboração deste trabalho. Transmitindo sempre seus conhecimentos, experiências profissionais e de vida com dedicação e carinho.

A banca examinadora, composta pelas Professoras Dr^a Denise Câmara de Carvalho (UFRN) e Dr^a Maria Aparecida Ramos de Menezes(UFPB);

A Prof^a Dr^a Maria Aparecida Ramos de Menezes, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, por todo o apoio e estímulo.

Ao Professor Dr. João Dantas do Programa de Pós Graduação da UFRN pela relevante contribuição ao disponibilizar suas alunas bolsistas para o apoio na coleta de dados da pesquisa.

Às alunas da UFRN, Fabrizia Morais Teixeira e Emanuelle Castro Lôpo, pelo excelente apoio na coleta de dados.

Às amigas Ana Paula de Moura Cordeiro, Miriam Inácio de Oliveira e Joseneide Costa a minha admiração pelo apoio irrestrito e pela demonstração de amizade tão importantes nessa etapa da minha vida a quem devo parte significativa dessa minha conquista.

A minha companheira de curso de Pós-graduação Iara Nassau Botelho, pela sua colaboração compreensão e dedicação em todos os momentos desta caminhada.

A todos que se dispuseram a trocar informações e reflexões ao longo desta jornada e em especial aos usuários idosos do CEASI, pela receptividade e confiança;

A todos os colegas que compartilharam comigo os anos de estudos e expectativa no cotidiano da vida universitária, na pós-graduação, sabendo cultivar uma amizade que o tempo se encarregou de amadurecer.

A todos que buscam no cotidiano, através do processo de trabalho, a construção de uma nova ordem societária, baseada na ampliação e consolidação da cidadania, da democracia, justiça social, diversidade, e do pluralismo.

Quando o velho não é vítima de condições econômicas e físiológicas que o reduzem ao estado de sub-homem, permanece, ao longo das alterações da senescência, o indivíduo que foi: sua última idade depende em grande parte de sua maturidade... A doença e o contexto social podem arruinar o fim de uma existência ativa e generosa.

Simone de Beauvoir.
(1990,p.619)

RESUMO

A avaliação da assistência à saúde do idoso torna-se uma necessidade premente em face da explosão demográfica deste segmento populacional em escala mundial e no caso brasileiro, projeções indicam que dentro de vinte anos será o sexto país mais envelhecido do mundo. O objeto de estudo desta pesquisa consiste na análise avaliativa dos programas, projetos, serviços e ações de assistência à saúde do idoso a partir dos indicadores de acessibilidade, de qualidade e de efetividade. Esta pesquisa objetiva verificar se os programas, projetos, serviços e ações de assistência à saúde do idoso produzem impactos positivos nesses usuários a partir da perspectiva da qualidade de vida. Para tanto, buscou-se avaliar a assistência à saúde dos idosos, desenvolvida pelo Centro Especializado de Atenção à Saúde do Idoso (CEASI), na cidade de Natal/RN. Em termos metodológicos, este processo investigativo se tipifica como uma pesquisa de campo de caráter avaliativo com a adoção de instrumentos e técnicas quali-quantitativas mediante o uso da ficha cadastral institucional, do questionário junto aos profissionais e da entrevista semi-estruturada junto a 40 (quarenta) idosos, usuários do CEASI. A coleta de dados ocorreu entre os anos de 2006 a 2007. Os dados coletados foram analisados através da leitura estatística descritiva e da análise de conteúdo por categorização temática. Os resultados revelaram que 100% dos idosos entrevistados procuram os programas e os serviços de saúde curativa; 90% são portadores de doenças crônicas; 87,5% apresentam problemas de acesso aos serviços do CEASI, tanto de ordem pessoal, sobretudo dificuldade de locomoção e financeira como de ordem institucional, especialmente a burocracia e a localização geográfica do Centro. Em termos conclusivos, comprova-se que embora a proposta programática de atuação do CEASI insira-se na perspectiva dos direitos dos cidadãos idosos, a concretização da universalidade e acessibilidade está longe de ser efetivada. Verificou-se que apesar da existência da legislação social de garantia dos direitos dos idosos, há parcelas significativas desse grupo que se encontram excluídas, sobretudo dos seus direitos à assistência à saúde. Evidenciam-se como elementos condicionantes a esse quadro: a falta de esclarecimento e o desconhecimento do idoso do seu estado de saúde/doença, bem como a existência de determinantes estruturais que dificultam o acesso, a qualidade e a efetividade da atenção à saúde.

Palavras-chave: Processo de Envelhecimento. Idoso. Assistência à Saúde do Idoso.

ABSTRACT

The evaluation of health care of the elderly is becoming a pressing need in the face of population explosion in this population segment of the world. In the Brazilian case, projections indicate that within twenty years it will be the sixth most-aged country in the world. The object of study of this research is to analyze the evaluation of the programs, projects, services and activities of the health care of the elderly from the indicators of accessibility, quality and effectiveness. This research aims to establish whether the programs, projects, services and activities of the health care of the elderly produce positive impacts in these users from the perspective of quality of life. For both, the research sought to evaluate the health care of the elderly, developed by Specialized Center for Health Care of the Elderly (CEASI), In The City of Natal/RN. In methodological terms, this process is investigative typified as a search field of character with the adoption of evaluative tools and techniques quali-quantitative using the chip cadastral institutional, the questionnaire with the professionals and semi-structured interviews with 40 (forty) elderly, users CEASI. The data collection occurred between the years of 2006 to 2007. The collected data were analyzed using descriptive statistics of reading and analysis of content categorization by topic. The results showed that 100% of the elderly interviewed seeking programs and curative health services, 90% are carriers of chronic diseases, 87,5% have problems of access to services of CEASI, both to personal, especially difficulty of mobility and financial and institutional order, especially the bureaucracy and geographic location of the centre. . In inconclusive terms, it shows that although the proposed program of work of CEASI inset itself in the perspective of the rights of senior citizens, the achievement of universality and accessibility is far from effective. It was found that despite the existence of social legislation to guarantee the rights of the elderly, there are significant parcels of the group who are excluded, especially their rights to health care. Evidence itself as elements constraints in this table: the lack of clarification and ignorance Aging of his health/disease, as well as the existence of structural determinants that hamper access, quality and effectiveness of health care.

Keywords: Process of Aging. Aged. Assistance in Health of the Elderly.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Sexo e faixa etária das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Tabela 02: Zonas e Bairros da cidade de Natal em que residem as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Tabela 03: Renda individual e familiar das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Tabela 04: Atividade doméstica realizada no contexto familiar. Natal/RN, 2007

Tabela 05: Convivência familiar ou não das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Tabela 06: Situação de Seguridade Social das pessoas idosas entrevistadas. Natal /RN, 2007

Tabela 07: Tipo de moradia e formas de acesso das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Tabela 08: Condições de moradia das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007.

Tabela 09: Atividade de lazer ou não das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Tabela 10: Frequência regular ou não e formas de acesso ao CEASI pelas pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Tabela 11: Existência ou não de problemas de saúde e os motivos da procura ao CEASI segundo as pessoas idosas entrevistada. Natal/RN, 2007

Tabela 12: Dificuldade encontradas para acessar e os motivos que dificultam o acesso ao CEASI segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Tabela 13. Comportamentos relacionados à saúde segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN 2007

Tabela 14: Dificuldades para realização de atividade na vida diária e o tipo de dificuldade segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Tabela 15: Formas de aquisição de medicamento segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

A Tabela 16: Hospitalizações nº de vezes de hospitalização e seus motivos segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Tabela 17: Relação com o envelhecimento e considerações segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Tabela 18: Conhecimento ou não do Estatuto do idoso e as fontes de informação segundo as pessoas idosas Natal/RN, 2007

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Crescimento da população entre 1997 – 2007

Quadro 02: Recursos Humanos do CEASI. Natal/RN, 2006

Quadro 03: Categorias profissional de nível superior do CEASI. Natal/RN, 2006

Quadro 04: Estrutura Física do CEASI. Natal/RN, 2006

Quadro 05: População residente, por idade de 60 anos ou mais, segundo Unidades da Federação da Região Nordeste e Brasil – 2007 e 2008

Quadro 06: Espécie de Amparo Social ao Idoso. 2007

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Raça/cor das pessoas Idosas Entrevistadas. Natal/RN, 2007.

Gráfico 02: Tipo de religião adotada pelas pessoas idosas entrevistadas.

Natal/RN, 2007

Gráfico 03: Estado Civil das pessoas Idosas Entrevistadas. Natal/RN, 2007

Gráfico 04: Papel nas relações familiares das pessoas idosas entrevistadas.

Natal/RN, 2007

Gráfico 05: Participação da renda das pessoas idosas entrevistadas na renda familiar. Natal/RN, 2007

Gráfico 06: Participação das pessoas idosa entrevistadas nas atividades doméstica. Natal/RN, 2007

Gráfico 07: Nível de escolaridade das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Gráfico 08: Procura de atendimento no CEASI, segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Gráfico 09: Opiniões sobre o atendimento dos profissionais do CEASI segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN,2007

LISTA DE SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CEASI – Centro Especializado de Atenção a Saúde do Idoso

CEDEPI – Conselho Estadual de Defesa da Pessoa Idosa

CIAI – Centro de Atenção ao Idoso

CMI – Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COBAP – Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas

CREAI – Centro de Referência de Assistência ao Idoso

EI – Estatuto do Idoso

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

MEIOS – Movimento de Integração e Orientação Social

MS – Ministério da Saúde

MS – Organização Mundial de Saúde

NOAS – Normas Operacionais de Assistência Social

NPEASI – Núcleo de Projetos Especializados na Atenção a Saúde do Idoso

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programas de Agentes Comunitários Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios

PNI – Programa Nacional do Idoso

PSF – Programa de Saúde da Família

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SETHAS – Secretaria Estadual de Trabalho, da Habitação e Assistência Social

SEMTAS – Secretaria Municipal de Trabalho, da Habitação e Assistência Social

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUAS – Sistema único de Assistência a Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UnP – Universidade Potiguar

VS – Vigilância Sanitária

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Pirâmide etária do Brasil, 1950

Figura 02: Pirâmide etária do Brasil, 2000

Figura 03: Pirâmide Etária do Brasil, 2050

Figura 04: Expectativa de vida das mulheres no mundo e no Brasil, 2007

Figura 05: Mapa de Natal (zonas residenciais), capital do Rio Grande do Norte

Figura 06: Mapa da cidade de Natal/RN

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO.....	26
1.1 CONCEITOS E CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO.....	26
1.2 A QUESTÃO DO ENVELHECIMENTO HUMANO NO BRASIL.....	47
2 CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: Um estudo analítico a partir da atuação do CEASI em Natal/RN.....	57
2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	57
2.2 ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO EM NATAL/RN: HISTÓRICO E CARACTERIZAÇÃO DO CEASI/RN.....	78
3. A CONSTRUÇÃO DO PERFIL DAS PESSOAS IDOSAS USUÁRIAS DO CEASI.....	90
3.1 PERFIL DAS PESSOAS IDOSAS USUÁRIAS DO CEASI SEGUNDO A DIMENSÃO PESSOAL.....	94
3.2 PERFIL DAS PESSOAS IDOSAS USUÁRIAS DO CEASI SEGUNDO A DIMENSÃO SÓCIO – ECONÔMICA.....	106
4. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E AÇÕES DO CEASI E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO PELAS PESSOAS IDOSAS USUÁRIAS.....	125
4.1 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS AÇÕES DE SAÚDE DIRECIONADAS ÀS PESSOAS IDOSAS.....	126
4.2 AVALIAÇÃO DAS FORMAS DE ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE PELAS PESSOAS IDOSAS.....	134

4.3 AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO E DAS DIFICULDADES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO PELAS PESSOAS IDOSAS.....	152
4.4 AVALIAÇÃO DAS LIMITAÇÕES E DAS SUPERAÇÕES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO PELAS PESSOAS IDOSAS.....	162
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	174
REFERÊNCIAS.....	178
APENDICES.....	191
ANEXOS.....	194

INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira vivencia mudanças significativas no que concerne ao envelhecimento humano. Pode-se dizer que é um fenômeno recente na história da humanidade. Na década de 1970 destacou-se o crescimento do número de pessoas com idade igual ou acima dos sessenta anos e a projeção da população idosa passou a representar 3,1% da população. Já em 2005 as pessoas idosas correspondiam 9,7% da população. Portanto, a experiência do envelhecimento e da velhice passou a ser vivida por um número cada vez maior de pessoas, deixando de ser caracterizado como um processo exclusivamente individual. Na atualidade, a velhice torna-se uma nova categoria social, apreendida como tal na sociedade, no Estado e nas políticas públicas, sobretudo, nas políticas sociais.

Nesse entendimento, ganha centralidade a Política Nacional do Idoso que dispõe sobre a responsabilidade do poder público, da família e da sociedade na atenção às pessoas idosas, sobretudo, exige uma redefinição com relação à saúde dessas pessoas.

É oportuno frisar que o Sistema de Saúde brasileiro encontra-se com uma estrutura deficitária e ineficiente por não atender adequada e acessivelmente à demanda crescente da população e, em especial, às exigências peculiares do segmento etário que envelhece. Como mostra Veras (2002, p.14) “[...] os idosos consomem mais dos serviços de saúde, as suas taxas de internação são bem mais elevadas quando comparadas a qualquer outro grupo etário”. Esse quadro é agravado devido à quase inexistência de projetos, programas, serviços e ações direcionadas à saúde da pessoa idosa e com isso aumentam os custos no sistema hospitalar e diminuem as chances de um diagnóstico precoce.

Merece destaque a posição dos governantes, dos formuladores e dos gestores da política brasileira que estão a apontar o “custo social da

população idosa” e a denunciar que esse custo é três vezes mais alto do que o total de gastos com a população em geral. As alegações desses tecnocratas e políticos embasam-se no impacto significativo desses gastos no orçamento da União (das unidades federativas e das municipalidades), sobretudo no sistema de saúde, devido ao aumento da expectativa de vida.

Esse aumento da expectativa, que não é só brasileiro, mas, mundial, além de provocar uma série de transformações sociais, amplia a quantidade de doenças crônicas não infecciosas como diabetes mellitus; distúrbios cardiovasculares, articulares, respiratórios e de movimento; doenças incapacitantes como doenças de Parkinson; além de depressões e tantas outras.

Diante desse quadro, o envelhecimento humano no Brasil apresenta-se para os estudiosos e para a saúde pública como um problema a ser enfrentado pelo Estado e pela sociedade. Gera preocupação, sobretudo, para o sistema de saúde que necessita se reorganizar para dar respostas eficientes relativas à prevenção e promoção à saúde do público idoso.

Em torno dessa questão insere-se o interesse investigativo em realizar o estudo “Avaliação dos serviços e ações de assistência à saúde da pessoa idosa: um estudo em Natal/RN” que surge a partir da experiência profissional desta pesquisadora, vivenciada na Unidade Municipal de Saúde África, localizada na zona Norte da cidade de Natal (RN), no período de 1997 a 1999 ao atuar enquanto assistente social da referida instituição no desenvolvimento de ações de assistência à saúde da pessoa idosa.

Outro motivo que levou a abordagem do tema consistiu na leitura de obras de referências que discutem e investigam a questão da pessoa idosa, destacando-se autores como: Netto e Pontes (1996), que em seus estudos desenvolvem uma análise sobre a velhice e o envelhecimento humano em uma visão globalizante; Veras (2002, 2003) que aborda em sua obra o tema da assistência adequada à saúde da pessoa idosa; Minayo e Coimbra Jr. (2002) que fazem um estudo antropológico enfatizando saúde e envelhecimento; além de documentos oficiais como a Norma Nacional de

Assistência à Saúde, a Política Nacional do Idoso que trata de esclarecer toda discussão e reflexão crítica com relação aos direitos da pessoa idosa; e o Estatuto do Idoso que operacionaliza a implantação de programas, projetos, serviços e ações voltadas para o segmento idoso.

Também se buscou leituras sobre a avaliação das políticas, programas, serviços e ações sociais, para o qual se utilizou vários autores, entre eles: Belloni (2001), Aguiar (1994) Silva e Silva (1997), Hartz (1997) e Rico (1999), como referência necessária para o estudo da referida temática.

Destacam-se ainda a leitura das estatísticas públicas, desenvolvidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que se tornaram importantes fontes secundárias para este estudo, bem como recorreu-se às análises dos pesquisadores desses Institutos e de outros grupos que investigam a questão do envelhecimento no país.

A escolha pelo Centro Especializado de Atenção à Saúde do Idoso (CEASI) em Natal/RN é justificada por ser uma instituição de natureza pública, órgão suplementar da Secretaria Municipal de Saúde de referência na prestação da assistência à saúde para a população idosa.

O presente estudo se fez pertinente, pois se constata que ocorre atualmente no país uma transição demográfica caracterizada pela passagem de uma população predominante jovem em expansão para uma situação de baixa fecundidade, com o constante aumento expressivo da faixa etária idosa. Segundo a projeção do IBGE (2008, p. 03) “Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existem 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro muda e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172, 7 idosos”.

Ao entender que as políticas sociais – incluindo a política da saúde destinada à pessoa idosa – são ações intencionais do Estado junto à sociedade, nota-se a importância de realizar um estudo avaliativo dos serviços e ações de assistência à saúde do idoso, tendo em vista focar a efetividade

dessas ações, as condições de acessibilidade e o processo de envelhecimento, suas limitações, dificuldades e possibilidades de superação.

A avaliação é parte integrante do processo de desenvolvimento da política pública, pois possibilita uma averiguação sistemática do cumprimento de sua função social. Nesse sentido, a avaliação tem duplo objetivo de auto-conhecimento e de formulação de subsídios para tomada de decisão institucional com a finalidade de promover o aprimoramento da política implementada e a concretização dos objetivos da sociedade ou grupos sociais a que se destinam (BELLONI, 2001, p.45).

Nessa perspectiva, o trabalho ora apresentado objetivou elaborar uma análise avaliativa dos serviços e ações de assistência à saúde da pessoa idosa em Natal/ RN, na tentativa de comprovar como esses serviços e ações têm desenvolvido a garantia dos direitos da pessoa idosa, estabelecidos pela Política Nacional do Idoso - PNI (Lei de n 8. 842/ 94) e pelo Estatuto do Idoso - E.I (Lei n 10.741/ 2003).

Tais documentos enfatizam a responsabilidade do Estado e da sociedade no sentido de “[...] garantir ao idoso à assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso mediante programas e medidas profiláticas”. (BRASIL, 2003, p191)

A avaliação dos serviços e ações de assistência a saúde da pessoa idosa se faz necessária para, entre diversas finalidades, evitar a insuficiência, precariedade, descontinuidade e desperdícios. Nesse sentido, afirma Gomes (2002, p. 13)

Apesar do destaque e exigências quanto à avaliação de políticas e programas sociais no Brasil, marcadamente a partir da década de 80, registra-se ainda, frequentemente, a falta de acompanhamento e avaliação dos processos e dos impactos dos programas sociais. (GOMES, 2002, p. 13)

Buscou-se também com esta pesquisa obter conhecimento sobre os impactos sociais dos serviços e ações de assistência à saúde da pessoa idosa em Natal/ RN, uma vez que “[...] a avaliação no campo social, nesse contexto,

seria de realimentar ações, aferir resultados e impacto na alteração da qualidade de vida da população beneficiada”. (GOMES, 2001, p.27)

Sabe-se que as pessoas idosas precisam de atendimento específico, dotado de uma infra-estrutura de assistência de saúde capaz de responder a demanda existente de forma adequada.

Diante dessa perspectiva, este trabalho investigativo centrou-se na avaliação dos serviços e das ações de assistência à saúde das pessoas idosas, analisando seus objetivos, metas e resultados, bem como a efetividade, a acessibilidade e os impactos referentes às condições de vida dessas pessoas.

A partir dessa intencionalidade investigativa levantou-se como hipótese desta pesquisa: a avaliação dos serviços e ações, implementadas pelo CEASI possibilitaria estabelecer uma comparação da política de saúde destinada à pessoa idosa, assegurada nos marcos jurídicos do SUS, da PNI, EI e PNSI? Esses serviços e ações do CEASI permitiriam apresentar um resultado de sucesso (impacto, efetividade) ou de fracasso sobre a situação de saúde da população idosa?

O presente trabalho resulta das leituras acumuladas ao longo do curso e no campo profissional e intelectual; do estudo do relatório final da pesquisa documental; da análise das entrevistas junto às pessoas idosas; da leitura de obras relacionadas à questão do envelhecimento; do estudo das políticas sociais e de saúde em âmbito nacional, estadual e municipal; da reflexão compartilhada com as pessoas idosas usuárias e familiares, e os funcionários do CEASI.

Em termos metodológicos, desenvolveu-se uma pesquisa social aplicada de caráter avaliativo junto a 40 pessoas idosas, usuárias dos serviços e ações do CEASI – situado na cidade do Natal/RN, nos anos de 2006 e 2007. Além da coleta de dados empíricos, buscou-se complementar a pesquisa com uma investigação documental junto aos órgãos governamentais estaduais e municipais, bem como no CEASI.

Para tanto, utilizou-se de metodologias quantitativas e qualitativas nas fases de coleta e de análise dos dados como: a ficha de cadastro institucional, o formulário, o questionário, a leitura estatística descritiva através do uso de Tabelas, Gráficos e Quadros, e a análise de conteúdo por categorização temática de Bardin (2006)

Este trabalho apresenta a seguinte estrutura expositiva: o primeiro capítulo aborda o conceito e a caracterização do processo de envelhecimento humano e os seus diferentes desdobramentos na sociedade brasileira. Em um primeiro momento, analisa as divisões sócio-históricas procurando dar visibilidade às diferentes conceituações da velhice e do envelhecimento no decorrer da história, considerando o contexto histórico, estrutural, sócio-cultural e econômico. Para tanto, pautou-se, assim, em uma perspectiva analítica da projeção demográfica e das tendências contemporâneas no amplo contexto de transformações sociais, políticas, econômicas e culturais.

O segundo capítulo trata da caracterização da instituição de atenção à saúde da pessoa idosa na cidade de Natal/RN: o Centro Especializado de Atenção a Saúde do Idoso – CEASI, que se constitui em um centro de referência. O terceiro capítulo procede à construção do perfil dos seus usuários idosos que se encontravam no Centro à espera de atendimento. A análise do perfil dos usuários embasou-se nas dimensões pessoais e sócio-econômicas.

O quarto capítulo versa sobre a questão do acesso da população idosa aos serviços de assistência a saúde especializada do município de Natal/RN, especialmente no CEASI, enfocando a percepção desse segmento sobre suas práticas de saúde, expectativas e dificuldades vivenciadas no acesso e na utilização dos serviços de saúde e as questões relacionadas ao processo de envelhecimento humano.

Este trabalho afirma a sua hipótese ao apontar e analisar avaliativamente os inúmeros fatores que limitam a concretização de uma assistência à saúde do idoso, como a dificuldade no atendimento, a falta de medicamentos, os problemas de acesso aos serviços e de instalações

adequadas, da carência de equipes multidisciplinares capacitadas e a insuficiência de recursos financeiros. Esses fatores estruturais somam-se aos de ordem subjetiva, constatados em sua potencialidade, durante os contatos com as pessoas idosas usuárias do CEASI. Os resultados discutidos e interpretados quantitativa e qualitativamente demonstraram o quão longe a atenção básica à saúde da pessoa idosa encontra-se das propostas pautadas nos princípios do SUS, da Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde do Idoso e do Estatuto do Idoso.

Enfim, este estudo não tem a pretensão de esgotar a temática investigada, mas a expectativa de que possa oferecer contribuições a todos aqueles que estudam e pesquisam as questões que perpassam o processo de envelhecimento, sobretudo, à luz da atenção à saúde das pessoas idosas no contexto da sociedade brasileira.

1. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

A lógica expositiva deste Capítulo centra-se nos conceitos, na caracterização do processo de envelhecimento humano e nos seus diferentes significados ao longo da história da vida em sociedade. Nessa construção textual, ganha destaque não apenas a dimensão temporal, mas também a espacialidade por buscar situar os aspectos conceituais da questão do envelhecimento humano no Brasil e, especificamente, no Rio Grande do Norte, *locus* da pesquisa.

Segue-se a abordagem de outros elementos expositivos como o impacto do atual fenômeno demográfico determinado pelo expressivo crescimento da população idosa no mundo, no Brasil e no Rio Grande do Norte; bem como as repercussões sociais sobre a pessoa idosa, sobretudo, na saúde da pessoa idosa, no sistema de saúde e na sociedade.

1.1 CONCEITOS E CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

O termo envelhecimento é de difícil conceituação, tanto nos marcos biológicos quanto nos sociais. Alguns autores defendem que a velhice se constitui em um termo sem significação em si mesmo. É uma configuração aberta a significados baseados de convenções inseridas na cultura de diversas sociedades. Portanto, o envelhecimento humano não deve ser visto como uma mera passagem do tempo. Em princípio, pode ser entendida como uma manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período de vida, mas que apresenta inflexões sócio-culturais do contexto em que se insere esse processo da vida humana.

O aumento demográfico do envelhecimento humano é uma realidade recente e universal. É fruto de significativas transformações tanto demográficas, como biológicas, sociais, econômicas e comportamentais. E, Segundo a Organização Mundial de Saúde, (OMS) traduz-se como: “[...] uma história de sucesso das políticas de saúde pública e sociais e, portanto, a

maior conquista, e triunfo da humanidade no último século”. (BERZINS, 2007, p. 20). Partindo desse entendimento, o envelhecimento humano deve ser concebido como uma vitória e não como um problema para a vida em sociedade.

Com o decorrer da história da humanidade, a longevidade e a expectativa de vida dos indivíduos foram crescendo gradativamente. Nos séculos passados considerava-se idoso o indivíduo que alcançasse 40 anos e jovem o que tinha entre 14 ou 15 anos de vida. No estudo da evolução do envelhecimento humano evidencia-se a existência de uma variação relacionada aos anos vividos de acordo com épocas e lugares.

No período da pré-história – as mais antigas civilizações, precisamente o Império Romano e a Grécia Antiga – a expectativa de vida dos indivíduos era em torno de 25 anos, pois as condições de vida determinavam significativamente o número de anos que os indivíduos alcançariam nas suas existências.

Conforme estudos sobre a história da velhice de Gabriele Zerbi (1468-1505); de Luigi Cornaro (1467-1566); de Francis Bacon (1561-1626) e de Giambattista Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), entre outros, o período medieval já aponta um aumento na expectativa de vida da população.

Para Beauvoir (1990), o envelhecimento humano começou na França, mais precisamente no fim do século XVIII, e, posteriormente, o fenômeno ocorreu em outros países tidos como desenvolvidos. Contudo, nos países tidos como subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, o fenômeno do envelhecimento humano é recente, devido à alta taxa de mortalidade infantil, a subalimentação, a insuficiência de cuidados médicos, as condições econômicas, sociais e sanitárias de vida da maioria da população que, em geral, são fatores responsáveis pelo retardamento da longevidade.

Mas é no século XIX, ainda na Idade Moderna, que se nota um aumento mais significativo nas expectativas de vida dos indivíduos em mais de 5 anos. Já no século XX, entre 1900 a 1915, a expectativa de vida sofre uma

alteração de mais de 10 anos. Na década de 1950, nos países industrializados, a expectativa de vida gira em torno de 65 anos. Atualmente, nos países ditos desenvolvidos, a expectativa dos indivíduos é de 76 anos. (BERZINS, 2003)

A expectativa de vida na Europa, em 1960, é de 67,1 anos para o sexo masculino e de 72,2 para o sexo feminino. Dados que representam uma proximidade da expectativa de vida atual da população brasileira que, segundo o IBGE (2004), é de 64,9 anos para o sexo masculino e 75,5 anos para o sexo feminino.

Entretanto, a expectativa de vida ao nascer, no Brasil, dobra em poucas décadas, em uma velocidade maior que nos países europeus, os quais passaram cerca de 140 anos para envelhecer. Significa que a esperança de vida ao nascer dos brasileiros que era de 33,7 anos em 1900, 43 anos em 1950, alcança 72,57 anos, em 2007. Portanto, de acordo com as regras vigentes de classificação quanto o início da velhice, o Brasil precocemente entrou na rota de envelhecimento humano. (IBGE, 2008)

O processo de envelhecimento humano brasileiro se acentua a partir da segunda metade da década de 1970 e é resultante do declínio da mortalidade infantil, da diminuição da morte de adultos por doenças infecciosas e dos declínios das taxas de natalidade.

O envelhecimento humano ocorre em todas as classes sociais e em todas as regiões do país. É um fenômeno preocupante pela rapidez que vem se concretizando, gerando uma revolução demográfica. Essa constatação é asseverada por Beauvoir (1990), Néri (2004), Debert (1999), Camarano (2002), Veras (1995), Minayo e Coimbra Jr (2002), Uchôa (2002), entre outros. Trata-se de um fenômeno mundial, dinâmico, inevitável e irreversível.

No que se refere ao conceito de envelhecimento, evidencia-se que esse processo ocorre durante o curso de vida do ser humano, iniciando com o nascimento e finalizando com a morte. Nesse contexto, é importante

considerar as semelhanças, diferenças e inter-relações entre os conceitos de pessoa idosa, envelhecimento e velhice.

Alguns autores indicam que o processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais, em que a fase da velhice representa a revelação mais evidente desse processo de mudanças bio-psicossociais.

A contribuição de Edgar Morin (1997), um dos mais conhecidos autores pós-modernos, destaca que o processo de envelhecimento é rejeitado pelo ser humano talvez por ser a fase da vida que mais se aproxima da morte, interpretando a velhice como um peso. Essa situação de proximidade com a morte se transforma em agonia para o ser humano, principalmente durante a velhice.

Para esse autor, é difícil perceber a origem do processo de envelhecimento, pois o caráter patológico da velhice manifesta-se em três planos: no social - na percepção de que a velhice sadia é patológica; na própria morte - que é patológica e é aproximada pela velhice; por fim, a percepção da velhice e a morte como heranças genéticas humanas, sendo “[...] coisas normais e naturais, porque uma e outra são universais e não sofrem qualquer exceção entre os mortais” (MORIN, 1997, p. 320).

Algumas pesquisas registram o envelhecimento como processo fluido, cambiável e que pode ser acelerado, reduzido, parado ou até reformulado. Esses estudos realizados nas três últimas décadas do século XX comprovam que envelhecer é muito mais dependente do próprio ser humano do que se imagina em épocas passadas. Essa concepção é defendida por Chopra (1999, p. 19) ao afirmar que:

Embora os sentidos lhe digam que você habita um corpo sólido no tempo e no espaço, esta é tão somente a camada mais superficial da realidade. Esta inteligência é dedicada a observar a mudança constante que tem lugar dentro de você. Envelhecer é uma máscara para perda desta inteligência.

Partindo dessa reflexão, considera-se o envelhecimento um processo universal que afeta o ser humano, a família, a comunidade e a

sociedade, sendo a velhice como sua última fase. E estudos recentes asseveram ainda que a velhice é um processo normal, dinâmico e não pode ser percebido como uma doença.

No Brasil, mesmo que se constate o aumento populacional de pessoas idosas, estão presentes na trajetória desse processo: as desigualdades e as especificidades do contingente idoso – refletidas nas expectativas de vida, na morbidade, na mortalidade prematura, na incapacidade e na má qualidade de vida.

Nesse quadro contextual surge a necessidade de aventar questões básicas referentes à melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, considerando a multidimensionalidade que perpassa o processo de envelhecer e as necessidades que cada velhice de cada ser demanda. Desse modo, o conceito de pessoa idosa deve ser compreendido como:

Um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado de seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependência. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e agir. Descobre suas forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em forças sociais e políticas. (SÁ, 2002, p. 1120)

Desde os anos de 1980, a Organização das Nações Unidas (ONU, 1982) estabelece o conceito de pessoa idosa de forma diferenciada para os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Para os países desenvolvidos, pessoa idosa é um termo usado para aquela de 65 anos e mais. Já nos países em desenvolvimento, o termo pessoa idosa é usado na definição de pessoas de 60 anos e mais.

No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso (2003), é deliberado idoso a pessoa com idade igual a 60 anos ou mais, até mesmo para determinar algumas ações governamentais considerando as diferenças regionais verificadas no país.

Com relação à velhice, alguns autores (DEBERT, 1998; GOLDFARB, 2002; MASCARO, 1997; VERAS, 1995; e outros) conceituam como a última

fase do processo de envelhecimento humano. Afirmam que a velhice não é como um processo de envelhecimento é um estado que caracteriza a condição de ser idoso. O registro corporal que fornece as características da pessoa idosa: cabelos brancos, calvície, rugas, diminuição dos reflexos, compressão da coluna vertical, enrijecimento e outros.

Na compreensão de Beauvoir (1990), a velhice é o que acontece aos seres humanos que ficam “velhos”. É uma pluralidade de experiências, não podendo girar em torno de um único conceito ou noção. A autora elucida que o termo é complexo e conflitante, visto que a velhice está presente no outro, “[...] é o outro que é velho”. Para ela, a revelação de idade avançada vem através dos outros. Ou seja, o envelhecimento e a velhice aparecem com maior clareza aos olhos dos outros do que aos nossos olhos. Entretanto, Beauvoir afirma que mesmo estando enfraquecida, empobrecida, exilada no seu tempo, a pessoa idosa permanece o mesmo ser humano.

No entendimento de Martins (2002), a velhice pode ser considerada como um conceito abstrato, pois diz respeito a uma categoria construída socialmente para demarcar o período em que os seres humanos ficam envelhecidos, velhos e idosos.

Essa autora descreve que o fenômeno do envelhecimento e da velhice é a determinação de quem seja idoso, mas, muitas vezes é considerado com referência às restritas modificações do corpo, na dimensão física. É preciso que se perceba que, ao longo dos anos, são processadas mudanças também na forma de pensar, de sentir e de agir dos seres humanos que passam por essa etapa do processo de viver. Complementa afirmando que: o ser humano idoso tem várias dimensões biológicas, psicológicas, sociais, espirituais e outras que necessitam ser consideradas para aproximação de um conceito que o abranja e que o perceba como ser complexo (MARTINS, 2002).

Também Bobbio (1997) relata que a velhice não é uma cisão em relação à vida precedente, mas é uma continuação da adolescência, da juventude, da maturidade que pode ter sido vivida de diversas maneiras. Para

esse autor, também as circunstâncias históricas, que ele relaciona tanto à vida privada quanto à vida pública, exercem muita importância nos determinantes da velhice.

No entendimento de Lima (2001), a velhice está a surgir como possibilidade de se pensar uma nova maneira de ser velho, justificando essa concepção pelo fato de que as pessoas idosas estão se organizando em movimentos que avançam politicamente na discussão de seus direitos.

A velhice, conceituada como representação coletiva, mesmo iniciando de forma tímida, vem mostrar outro estilo de vida para as pessoas idosas. Os movimentos emergem com uma força ainda desconhecida por aqueles que o vivenciam, de sujeitos que tornam visível a possibilidade de modificação da velhice, tirando os rótulos e contestando os mitos.

Para Veras (1995, p.25), “[...] velhice é um termo impreciso [...] nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social”. O referido autor, numa tentativa de conceituação no aspecto cultural, descreve que a “[...] velhice deve ser percebida diferentemente em país com expectativa de 37 anos de vida, como Serra Leoa, e outro de 78 anos de vida como é o caso do Japão”. (VERAS, 1995, p.26).

No mesmo sentido conceitual de Veras, outros estudiosos têm apresentado como uma das questões principais a serem consideradas, a necessidade de desnaturalizar o fenômeno da velhice e considerá-la como uma categoria social e culturalmente construída.

As transformações societárias ocorridas no processo de modernização e de industrialização do mundo capitalista e o processo de urbanização provocaram impactos progressivos sobre a própria concepção da velhice. Por se encontrar “afastada” da dinâmica de produção e reprodução da vida econômica e social, ela passa a perder seu espaço social e cultural sem obter oportunidade de resgatar sua auto-estima e dignidade. Essa realidade ocorre, sobretudo, nas sociedades capitalistas ocidentais, onde o valor do

indivíduo é visto a partir de sua produtividade. Conduzida por essas mudanças, a família moderna adota novos costumes e comportamentos, tendo em vista a sobrevivência material, contribuindo para o fortalecimento dos aspectos negativos do envelhecimento, fortalecendo o isolamento físico e subjetivo da pessoa idosa. (VERAS, 1996, p. 385-386)

Os avanços da ciência e da tecnologia contribuíram para que, no início do século XX, fosse adotado o paradigma evolucionista de Darwin que influenciou diversas ciências naturais e psicológicas, passando a conceituar a velhice à decadência humana (NÉRI, 2004) em razão de a velhice ser percebida como declínio biológico e limite das possibilidades para a vida social.

No início do século XX, Néri (2004) descreve que a velhice se configurou como um fato novo na vida das cidades brasileiras, estabelecendo-se como fato social. Nessa mesma época surgiram os primeiros asilos de caridade que, mesmo com objetivo de abrigar pessoas idosas, converteram-se a atender uma demanda bastante diversificada, composta por loucos, doentes e mendigos, idosos ou não, associando, assim, velhice à doença, loucura ou miséria.

Siqueira (2002) em sua análise histórica resgata o conhecimento já sistematizado sobre os aspectos sociológicos do envelhecimento ao classificá-lo em três gerações que indicam as tendências de apreensão da velhice nos últimos 50 anos.

Essa autora argumenta que a utilização do critério de temporalidades ou de gerações é uma forma de contribuir para uma aproximação com as origens intelectuais e suas influências nas teorias sociológicas do envelhecimento. Embora a referida autora faça um questionamento crítico sobre essa classificação, circunscrita à realidade norte-americana, ela aponta para a sua importância, pois revela um processo dinâmico em permanente construção e permite visualizar as diferentes apreensões da velhice no decorrer da história.

A autora mencionada situa a primeira geração entre 1949 e 1969, quando a questão da velhice é concebida como processo individual. Essa concepção provoca, portanto, uma mudança no papel social ocupado pelas pessoas idosas e passa a estabelecer normas para que essas pessoas possam ajustar-se ao seu inevitável declínio.

Essa primeira geração de conhecimento, segundo Siqueira (2002), compreende o processo de envelhecimento como um fenômeno que não depende do contexto ou fatores sociais. As propostas defendidas por essa geração de conhecimento seguem modelos de aplicações universais. Mas, com o aumento do envelhecimento da população em nível mundial constata-se a preocupação em propor modelos para que a pessoa idosa, pelo seu próprio esforço, possa se adequar à sociedade. Nessa geração de conhecimento não se considerava a velhice como uma categoria social.

No pensamento da primeira geração pode-se destacar a teoria do desengajamento ou afastamento da pessoa idosa na sociedade. Pauta-se nos princípios do funcionalismo estrutural, para qual o envelhecimento é um processo de desengajamento ou afastamento tanto para o ser humano como para a sociedade. Nesse entendimento, todo o indivíduo que chegasse à idade avançada acomodar-se-ia e retirar-se-ia da sociedade, em um processo natural e espontâneo, na mesma proporção que a sociedade se afastaria da pessoa idosa.

Era entendido como um processo “harmônico” e natural ao admitir que a pessoa idosa deixasse o espaço livre para o jovem eficiente. A imagem da velhice, nessa perspectiva, é a figura da pessoa idosa passiva realizando trabalhos manuais ou “descansando”, preparando-se para o total desengajamento da sociedade - que era a própria morte - ainda em vida. Desse modo, um dos princípios propostos enquanto pré-requisito funcional para a estabilidade social é o desengajamento.

Siqueira (2002) tece uma crítica referente a essa teoria ao afirmar que a teoria do desengajamento marginaliza as pessoas idosas, considerando-as como sujeitos passivos além de entender a velhice de forma homogênea e

uniforme, uma vez que quem não se enquadra nesse princípio é considerado fora do tempo ou são participantes de uma elite.

Evidencia-se ainda o caráter de dupla exclusão dessa teoria: primeiro, por excluir as pessoas idosas da vida em sociedade; segundo, por não excluir as pessoas idosas que possuem posição de destaque e se inserem entre os segmentos de elite na sociedade.

Compondo a teoria da primeira geração, há ainda a teoria da modernização, baseada também pelos pressupostos do estruturalismo funcional. Essa teoria relaciona a modernização às mudanças nos papéis sociais e nos “*status*” das pessoas idosas. Argumenta que o grau de industrialização de uma sociedade é diretamente relacionado à perda do “*status*” das pessoas idosas. Enfatiza que nas sociedades pré-industriais, essas pessoas possuem alto “*status*” em virtude do controle dos escassos recursos e dos conhecimentos tradicionais, enquanto nas sociedades industrializadas, a tendência é de perda de “*status*”, ou seja, a perda da liderança e de influências que têm na sociedade, o que significa o desengajamento dessas pessoas da vida da comunidade a qual pertencem.

Segundo essa teoria, vários fatores contribuem diretamente para a referida situação da pessoa idosa que vão da aplicação de tecnologia no trabalho, da educação intensiva e da urbanização que separam a vida doméstica do trabalho. Essa mudança contribui para a redução do “*status*” da pessoa idosa e o distanciamento entre as gerações, pois os jovens passam a ocupar posições antes reservadas a essas pessoas. Também o segmento jovem passa tanto a dominar melhor as informações e a tecnologia quanto a disputar os espaços com as pessoas mais idosas, gerando uma competição inter geracional.

As críticas apresentadas a essa teoria enfatizam a linearidade do processo de modernização de uma sociedade, pois esta progride por estágios, ao gerar tanto aspectos negativos quanto positivos sobre o processo de envelhecimento, que afetam não somente o segmento idoso, mas outras faixas etárias. Vários fatores importantes, determinantes e válidos para o estudo da

influência da estrutura social e da cultura sobre a velhice não são considerados nessa perspectiva. Não analisam variáveis, como gênero, etnicidade, classe social, localização geográfica e períodos históricos. (SIQUEIRA, 2002)

Outra teoria da primeira geração é a teoria da subcultura, também fundamentada no funcionalismo estrutural, que dá ênfase às interações sociais. Nessa perspectiva, defende-se que a exclusão social das pessoas idosas fomentaria maior interação entre eles, gerando o desenvolvimento de uma cultura própria, construída a partir de crenças, interesses e experiências comuns, criando valores e normas específicos.

As transformações demográficas, ecológicas e sociais presentes na sociedade contemporânea estariam em conformidade com a perspectiva dessa teoria, contribuindo para o desenvolvimento de uma subcultura. Mas, Siqueira (2002) considera que no Brasil não pode se falar na existência de uma subcultura das pessoas idosas pela inexistência de grupos caracterizados como tal.

A segunda geração abrange teorias formuladas entre 1970-1985. Enfatiza a velhice como resultante do processo de organização da sociedade e identifica pessoa idosa como uma categoria social analisada em nível macro. As transformações sociais são focalizadas e apresentadas como responsáveis pela maneira com que as pessoas envelhecem. Destaca a estrutura social desconsiderando os aspectos individuais do envelhecimento humano.

Nessa segunda geração aparece a teoria da continuidade, que enfoca os aspectos da estabilidade e da continuidade, ressalta os ajustamentos pessoais, envolvendo a capacidade da pessoa idosa em se adaptar ao processo de envelhecimento. Os aspectos centrais dessas teorias são: a continuidade interna – considera a memória, precisando para isso ter uma boa estrutura de idéias, afetos preferenciais, disposições e habilidades; e a continuidade externa – engloba a manutenção de domínio, competência, senso de auto-integridade e auto-estima, fatores que, segundo essa teoria, iria determinar a maneira como as pessoas envelhecem.

Essa teoria é interessante ao assinalar que há pessoas idosas em desvantagem por não desenvolverem condições para a continuidade de uma vida ativa. Nesse caso, essas pessoas já estariam em desvantagem em estágio anterior a vida. Essas desvantagens estão relacionadas ao baixo nível educacional, à baixa renda individual e familiar entre outros fatores que levam a pessoa idosa à descontinuidade e a uma vivência negativa do envelhecimento humano. A limitação dessa teoria também reside em não considerar os fatores estruturais que podem ou não prevenir ou reforçar a continuidade.

Nas teorias da segunda geração há ainda a teoria do colapso de competência, que analisa as consequências das crises que acompanham a idade avançada, como as várias perdas de saúde, de pessoas ou companheiros e outras, desafiando as competências sociais da pessoa idosa e que pode levar a um espiral de resultados negativos no processo de envelhecimento. A teoria propõe uma terapia de reconstrução social.

No interior das segunda e terceira gerações, destaca-se uma das teorias que muito influenciaram o Brasil, que foi a **Teoria Político-econômica** do envelhecimento. Nessa teoria, as variações do “*status*” e do tratamento dado às pessoas idosas se explicariam através do estudo das tendências econômicas e das políticas públicas que definem os recursos sociais.

As restrições do processo de envelhecimento e a ordem econômica e política ocasionariam uma perda de poder, autonomia e influência das pessoas idosas. As experiências de vida seriam influenciadas não exclusivamente pela idade, mas também por fatores como classe, gênero, raça e etnia, entre outros. O constrangimento estrutural reforçado seja pela economia ou pelas políticas públicas, tenderia a restringir oportunidades, experiências ou escolhas na última fase da vida do ser humano.

Nas sociedades industriais, existe uma relação entre o processo de construção social do envelhecimento humano e as políticas públicas relacionadas à implementação de um Estado de Bem Estar. Essa relação se divide em três momentos distintos. O primeiro momento, situado entre 1940-

1970, considera o envelhecimento como um problema social e a aposentadoria como determinante da configuração da velhice; o segundo momento, situado entre o início dos anos 70 até o final da década de 80, aponta o envelhecimento como um problema econômico.

O terceiro momento situa-se do final dos anos de 1980 até o momento atual. Visualiza a velhice através de uma perspectiva positiva ou negativa, pois continua sendo associada a um ônus econômico de difícil resolutividade, ao mesmo tempo em que o aumento da população idosa projeta para o aumento de necessidades que poderiam consequentemente ter repercussões positivas sobre a atividade econômica.

Mesmo no Brasil, que em nenhum momento de sua história instaurou o Estado de Bem Estar (*Welfare State*) nos moldes europeus, Siqueira (2002) considera que as três visões coexistem – teoria do desengajamento, teoria da modernização e teoria político-econômica do envelhecimento.

Já as teorias da terceira geração de 1986 até os dias atuais buscam proceder a interlocução entre os níveis micro e macro social. As pessoas idosas, cidadãos e atores sociais, junto com a estrutura social, influenciam e participam da construção do significado da velhice.

A mais importante contribuição das teorias da terceira geração é buscar a ligação entre as restrições sociais, os significados culturais, os significados individuais e as forças sociais, propondo que o envelhecimento é um processo ecológico, ou seja, um processo vivencial que não acontece isoladamente, sendo amplamente influenciada pelas condições circundantes. (SIQUEIRA, 2002, p.48).

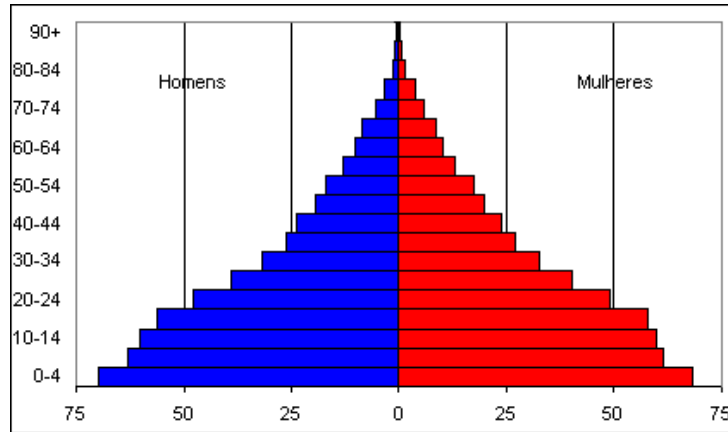
A abordagem do curso de vida é uma teoria da terceira geração cuja estrutura conceitual remonta as tradições estabelecidas nos séculos XVII e XIX. Considera o envelhecimento como um processo social, psicológico e biológico, focado do nascimento até a morte e é moldado por fatores históricos.

Trata-se de uma teoria inovadora que traz importantes contribuições para o estudo do envelhecimento, pois se utiliza de princípios e de métodos multidisciplinares, conciliando as várias abordagens, nas perspectivas da antropologia, da sociologia, da psicologia e da história. Possui uma dinâmica que permite mentalizar o curso da vida na sua totalidade, mas que, segundo Siqueira (2002), o modelo amplo e difuso dificulta sua caracterização como teoria ou paradigma.

As teorias analisadas, mesmo não abrangendo toda a realidade brasileira, permitem apreender de forma ampla os diversos aspectos e formulações do processo de envelhecimento. Sabe-se que historicamente a sociedade procurou dar suas explicações e respostas de acordo com os momentos políticos, econômicos e culturais para um fenômeno atual, universal e definitivo, que é o envelhecimento humano. Acompanhar a classificação por geração proposta por Siqueira (2002) possibilita ter uma ideia da progressão dos significados do envelhecimento e aponta o seu caráter histórico e inacabado (COUTO, 2004).

Constata-se a tendência em compreender a velhice de forma mais ampla e abrangente, sinalizando para a heterogeneidade do processo do envelhecer, porém sem chegar a uma definição clara do que seria a velhice. Observam-se igualmente as preocupações, principalmente econômicas, geradas pelo processo de inversão da pirâmide populacional.

Sobre essa inversão, passa-se a confrontar as Pirâmides Etárias de 1950 a 2050, elaboradas pelo IBGE (2004) que reafirmam de maneira contundente o processo de inversão demográfico.

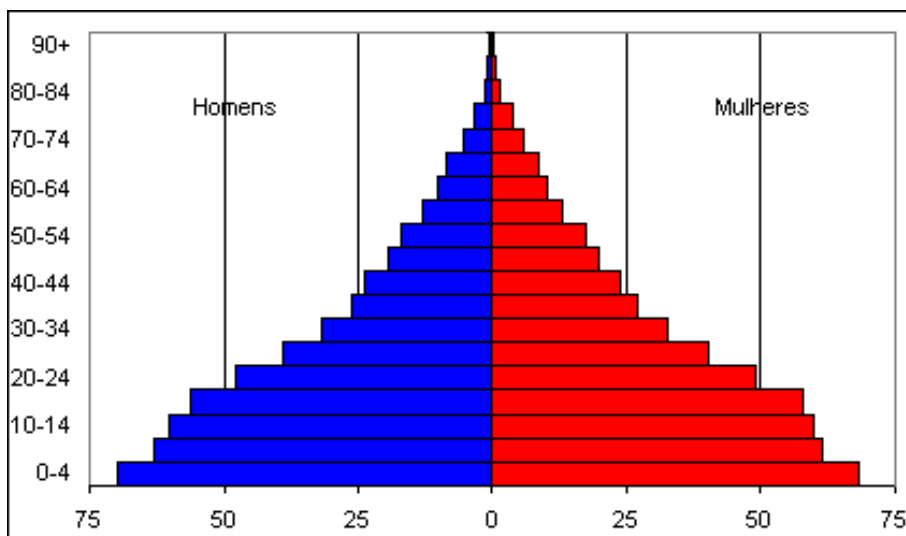


FORNTE: IBGE, 2004

FIGURA 01 – Pirâmide etária do Brasil, 1950

Em 1950, como se constata na Figura 01, a estrutura etária apresenta-se como um modelo clássico, de forma triangular e de base larga devido ao elevado número de crianças. Percebe-se uma progressiva diminuição das barras subsequentes até o topo da pirâmide, onde estão representadas as idades mais elevadas. Tal modelo é característico de países em desenvolvimento e é traduzido pelo alto índice de natalidade e mortalidade, em especial a infantil.

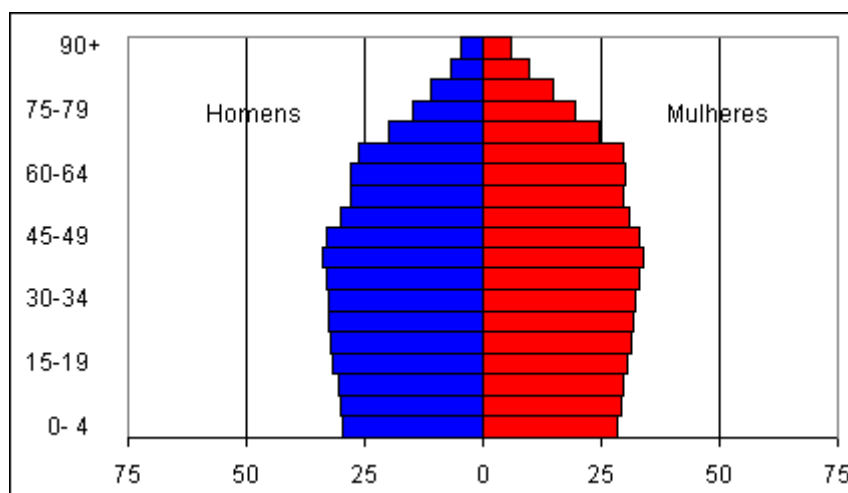
A pirâmide de 2000, a seguir, é representativa de estruturas de países desenvolvidos, nas quais a fecundidade encontra-se em declínio, provocando a redução da base que representa as crianças e, progressivamente, torna-se mais estreita que as subsequentes.



FONTE: IBGE, 2004

FIGURA 02 - Pirâmide Etária do Brasil, 2000

A terceira pirâmide, exposta a seguir, representa as projeções de população estimada pelo IBGE para 2050. Como pode se comprovar, a estrutura apresenta-se de forma arredondada com base reduzida. Hoje, essa estrutura expressa a realidade de países mais desenvolvidos. Fica evidente que o declínio da natalidade provoca uma redução da base da pirâmide; enquanto que as barras superiores engrossam devido à concentração dos indivíduos de idades mais avançadas.



FONTE: IBGE, 2004

FIGURA 03 – Pirâmide Etária do Brasil, 2050

Segundo as projeções do IBGE, o Brasil apresentará um predomínio de pessoas idosas sobre as crianças: serão **17,83%** de crianças e jovens em relação a **18,82%** de pessoas idosas. Essa relação entre pessoas idosas e crianças atingirá o valor de 100 ou 105 idosos de 65 anos ou mais por 100 crianças. (IBGE, 2004).

Ao analisar a realidade brasileira, ainda nos anos de 1990, Bosi (1994) concebe a pessoa idosa dentro de uma cultura capitalista e industrial. A velhice, além de ser o destino do indivíduo, é uma categoria social e tem um estatuto incerto, já que cada sociedade vive de maneira diferente o declínio

biológico do homem. Segundo a autora, a sociedade industrial é “maléfica para a velhice”, pois:

Quando a mudança histórica se acelerou e a sociedade extrai sua energia da divisão de classes, criando uma série de rupturas nas relações entre os homens e na relação dos homens com a natureza, todo sentimento de continuidade é arrancado de nosso trabalho. Destruirão amanhã o que construímos hoje (BOSI, 1994, p.77).

Vale salientar que a pessoa idosa pobre, ao procurar meios de sobrevivência ao longo da vida, terá sofrido uma mobilidade extrema, impedindo, segundo Bosi (1994, p. 20) “A sedimentação do passado, perde-se a crônica da família e do indivíduo em seu percurso errante. Eis um dos mais cruéis exercícios da opressão econômica sobre o sujeito: a espoliação das lembranças”, contribuindo para a destruição de sua própria identidade.

De acordo com Bosi (1994), as pessoas idosas, as mulheres e as crianças não são classes, mas se encontram vinculadas por uma noção insignificante nas classes sociais. Portanto, a noção negativa da velhice decorre muito mais da luta de classes do que do conflito de gerações. Ao falar de como deveria ser uma sociedade em que na velhice o homem pudesse permanecer um homem, Bosi cita Beauvoir (1990, p. 664) “[...] seria preciso que ele sempre tivesse sido tratado como homem”.

Néri afirma que o aumento da expectativa de vida e o crescimento do número de pessoas idosas na sociedade apontam para novas demandas e novos problemas.

Em países onde impera forte desigualdade social e onde não há políticas de atendimento das necessidades evolutivas para cidadãos de todas as idades, caso do Brasil, as necessidades decorrentes do envelhecimento individual e social costumam acarretar ônus econômicos, conflitos de interesse e carências de todo o tipo entre os cidadãos e as instituições. (NÉRI, 2004, p.26).

O envelhecimento se configura como uma das fases da vida humana. Para se chegar à velhice precisa-se ter passado pela infância, juventude, vida adulta e maturidade. Para o desenvolvimento biológico, esse processo se constitui como processo natural, mas também social, cultural e

psicológico, e as experiências vividas em diversas fases desse ciclo estão carregadas de outros sentidos (LUCA, 2003).

Nessa mesma direção conceitual, Featherstone (1998) concebe o envelhecimento humano como um processo heterogêneo que abrange todo o curso da vida, todas as fases da vida cultural e social, passando pela atual divisão social do trabalho. Entende o conceito de velhice como algo que tende a ser reinventado e reconstruído de várias formas.

A velhice, como fase da vida, representa uma mudança nos papéis sociais. Estes são entendidos por Ebolato (2002, p. 957) como: “[...] forma de comportamento socialmente prescrita que carregam consigo expectativa de como devem ser desempenhados [...]”; são reflexos da cultura de uma sociedade. Se algumas pessoas são escolhidas com o papel de pais, outras com o papel de profissional há algumas cujos papéis não são escolhidos nem sequer conquistados na sociedade, pois, lhes são atribuídos papéis de criança e de “velho”.

Ao longo dessa trajetória conceitual, sobretudo, nos últimos anos, a velhice vem sendo tematizada de diferentes formas pelo discurso científico. As múltiplas designações são apontadas como uma forma de suavizar a estigmatização que as pessoas idosas sofrem no cotidiano de suas relações sociais. Busca-se tanto superar o estigma ao qual as pessoas idosas são submetidas; bem como a resignificação enquanto sujeitos históricos em uma dimensão de construção do espaço de cidadania.

Na busca desse entendimento, Debert (1999) afiança que a autonomização da velhice se revela insuficiente ao se referir e se limitar à última etapa da vida. Para essa autora:

Quando a análise cultural está em jogo esse campo tem que ser ampliado; e o interesse é compreender os pressupostos que organizam as representações sobre a velhice nesses discursos. O discurso gerontológico é um dos elementos fundamentais no trabalho de racionalização e de justificação de decisões político-administrativas e do caráter das atividades voltadas para um contato direto com os idosos. Mesmo quando o poder de decisão final não é do gerontólogo, é ele o

agente que, em última instância, tem a autoridade legítima para definir as categorias de classificação dos indivíduos e para reconhecer nos indivíduos os sintomas e os índices correspondentes às categorias criadas (DEBERT, 1999, p.66).

A autora tece uma crítica a respeito da postura científica exercida pelos gerontólogos e geriatras na apropriação do termo envelhecimento. Para essa autora, a Gerontologia é um campo do saber específico, mas que aborda cientificamente múltiplas dimensões que vão desde a geriatria como especialidade médica à psicologia, às ciências sociais, entre outras, enquanto uma abordagem multidisciplinar.

Dessa forma, Debret (1999) certifica que a gerontologia contribuiu para constituição da pessoa idosa como um problema social, ao sensibilizar a sociedade brasileira para os dramas do processo de envelhecimento. Evidencia como um dos desafios do discurso gerontológico, na atualidade, a desconstrução do seu objeto de estudo e de sua intervenção de transformar os gerontólogos em meros agentes no combate à velhice.

É possível ainda evidenciar o uso polêmico da nomenclatura “terceira idade” para denominar as pessoas idosas. Essa denominação foi apresentada pelo gerontologista francês Huet, tornando-se um termo de uso generalizado com ampla aceitação. Posteriormente, outro gerontólogo Fustinoni apropriou-se do termo a partir do entendimento:

Que a terceira idade tenha seu princípio cronológico na época comumente declarada em muitos sistemas legislativos de aposentadoria por empregos lucrativos, cujas faixas variam de 60 a 65 anos, mas, de fato, as mudanças características da terceira idade já começam a tornar-se evidentes mais cedo (FUSTINONI, 1982, p.8).

Nota-se que as sociedades capitalistas sob a lógica produtivista, tendem a transformar as pessoas em mercadorias. Essa lógica reduz as pessoas idosas à condição de mercadorias descartáveis. Beauvoir denuncia, com rigor, o drama cotidiano da velhice ao mencionar:

Para a sociedade, a velhice aparece como uma espécie de segredo vergonhoso, do qual é indecente falar [...] com relação às pessoas idosas, essa sociedade não é apenas culpada, mas criminosa. Abrigada por trás dos mitos da expressão e da

abundância trata os velhos como parias (BEAUVOIR, 1990, p.8).

Quando denuncia as condições em que viviam e eram tratadas as pessoas idosas na sociedade francesa, a referida autora mostra o desleixo do Estado e da sociedade civil em relação ao destino dos idosos. Sua denúncia teve repercussão no mundo inteiro, abrindo precedentes para fortalecer o estudo sobre envelhecimento.

Néri (2005), ao diferenciar a pessoa idosa de velho no seu livro **“Palavras Chaves em Gerontologia”**, explica o termo idoso como sendo relacionado à duração do ciclo vital do ser humano, sendo assim dirigido à população de mais de 60 anos nos países em desenvolvimento e de mais de 65 anos em países desenvolvidos. Já a velhice, em gerontologia da última fase do ciclo da vida, seria determinada por “[...] eventos de natureza múltipla, como perdas psicomotora, afastamento social, restrição em papéis sociais e especialização cognitiva” (NÉRI, 2005, p.114). Dessa forma, percebe-se que a definição da pessoa idosa está relacionada à idade, ao passo que a percepção da velhice depende do ciclo vital e das problemáticas daí decorrentes.

A velhice tende a se (re)definir, adquirindo significados variados, por meio da ampliação do conceito. Tais significados se fazem presentes na sociedade contemporânea, tanto no senso-comum como na literatura. As várias expressões do conceito de velhice apreendidas pelos teóricos, escritores, sociólogos, gerontólogos, filósofos, psicólogos, assistentes sociais e outros, sinalizam a diversidade de apreensão do conceito.

Ao mencionar o passado, a pessoa idosa estaria segundo Bosi (1994, p.81): “Desempenhando uma função para a qual [ele] está maduro: a religiosa função de unir o começo ao fim, de tranquilizar as águas revoltas do presente alargando suas margens”.

Se o envelhecimento faz parte de um processo biológico reconhecido por sinais externos, ele é também cultural. Todas as culturas, segundo Minayo (2005), fazem um desinvestimento na pessoa idosa e tendem a superá-la e a segregá-la. Nesse sentido, já afirmava Bosi nos anos de 1990:

A velhice, que é fator natural como a cor da pele, é tomada preconceituosamente pelo outro. Há no transcorrer da vida, momento de crise de identificações: na adolescência também nossa imagem se quebra, mas o adolescente vive um período de transição, não de declínio. (BOSI, 1994, p.79)

Dar um significado à velhice, (re)construir uma identidade, revela-se uma necessidade pessoal e coletiva de todos os seres humanos, concebidos na totalidade de suas experiências.

Os cientistas que estudam o processo de envelhecimento acreditam que a herança genética do indivíduo determina uma série de circunstâncias, de possibilidades em relação à maior ou menor longevidade.

Embora a sociedade brasileira demarque a idade como parâmetro de definição do processo do envelhecimento humano, é necessário perceber que a “idade da velhice” é relativa e não tem o mesmo significado para todos os indivíduos. Como analisa a psicóloga e gerontóloga Néri (2005), o envelhecimento humano, a vivência e a situação da pessoa idosa são marcadamente diferentes dependendo das condições econômicas, políticas, sociais, culturais e ambientais as quais está inserida; se é rico ou pobre, se é saudável ou doente, se é dependente ou independente, se é homem ou mulher, se trabalha ou é aposentado, se mora em sua casa, em casa de filhos, parentes ou em asilo. Essas e outras situações provocam diversos contrastes e, portanto, uma múltipla diversidade do conceito de velhice.

Nota-se assim, que o envelhecimento humano não é resultante de um único fator, mas representa muitos fenômenos que funcionam conjuntamente. Ao lado dos fatores genéticos, os aspectos sociais e comportamentais também são muito importantes. Na realidade, o processo do envelhecimento humano precisa ser considerado em um contexto amplo, no qual circunstâncias de natureza biológica, psicológica, social, econômica, histórica, ambiental e cultural estejam relacionadas entre si.

Nesses termos, passa-se a contextualizar analiticamente o processo de envelhecimento humano no Brasil, especificamente, no Rio Grande do Norte, em cuja capital foi desenvolvido este estudo investigativo.

1.2 A QUESTÃO DO ENVELHECIMENTO HUMANO NO BRASIL

Conforme se afirmou anteriormente, o envelhecimento humano é um fenômeno recente em nível mundial. Os dados atuais comprovam um número expressivo de pessoas com 80 anos ou mais em nossa sociedade. Como diz Lehr (1999), pertence-se a uma sociedade em estado de envelhecimento, como se pode verificar nos dados atualizados do IBGE, abaixo apresentados:



Fonte: IBGE, *apud* **Revista Veja** (Edição 2 034 – ano 40 – nº 45) 14.11.2007, p. 72

Figura 4 – Expectativa de Vida das Mulheres no Mundo e no Brasil, 2007.

Na realidade, o que está a ocorrer no Brasil e na totalidade dos países ditos em desenvolvimento ou emergentes é a aproximação ao perfil demográfico dos países desenvolvidos: uma diminuição de fecundidade, paralela a uma diminuição da mortalidade.

Os resultados da PNAD de 2007 mostram a continuação da diminuição da taxa de fecundidade total para níveis abaixo aos de reposição: **1,83 filhos por mulher**. Essa queda iniciou-se na segunda metade dos anos 1960 e está implicando numa desaceleração do ritmo de crescimento da população brasileira e provocando importantes mudanças na estrutura etária desta população, que poderá diminuir a partir de 2030 e apresentar um envelhecimento, reproduzindo a experiência de países da Europa Ocidental, da Rússia e do Japão. (IPEA, 2008, p. 3)

Trata-se de um fenômeno chamado de transição demográfica que produz transformações na pirâmide populacional no sentido de envelhecê-la. Esse fenômeno iniciou, no Brasil, a partir de meados da década de 1960, intensificou-se nas décadas de 70 e 80 e nos anos de 1990 continuou de forma moderada.

Os dados da PNAD - 2007 (IBGE),

[...] indicam um processo muito importante: a redução nítida da taxa de fecundidade da população, o que vai definir um perfil novo da população brasileira, mais maduro e envelhecido. A proporção de crianças vai se reduzir, e a população de idosos vai aumentar, o que terá implicações nas políticas públicas de saúde e Previdência. Um retrato disso é o número de pessoas com mais de cem anos. (NUNES *apud* IBGE, 2007)

Pela primeira vez, o IBGE divulgou dados sobre pessoas com cem anos ou mais. São 11.422 nos 5.435 municípios. As mulheres são mais longevas, elas representam 70% desse total - ou 7.950. Esse número pode triplicar quando as grandes cidades forem recenseadas em 2010, pois a expectativa de vida é maior nos grandes centros em razão do maior acesso aos serviços de saúde.

Decerto, alguns fatores são vistos como contribuidores desse processo de longevidade, podendo ser citado às políticas públicas, mesmo precarizadas, aos incentivos promovidos pela sociedade e pelo Estado, bem como ao progresso científico e tecnológico. Contudo, cabe salientar que o significativo crescimento da população idosa brasileira provoca sérias consequências, vistas como preocupações por acarretarem necessidade de transferência de vultosos recursos – de toda ordem - por conseguinte, constituírem desafios para o Estado, setores produtivos e familiares.

Por outro lado, registra-se que no Brasil a produção científica relacionada ao envelhecimento humano ainda ocupa um espaço bastante tímido. Os dados demográficos, fontes mais básicas e elementares de informações relacionadas ao envelhecimento populacional, foram ignorados até a metade dos anos oitenta. Como afirma Moreira (1997), os estudos sobre as consequências do envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento são bastante escassos e centram-se mais nos aspectos ligados às condições de saúde, aposentadoria e arranjos familiares para o suporte das pessoas idosas.

Na sociedade brasileira o estudo sobre o envelhecimento humano é relativamente recente. A questão abordada pela primeira vez foi sobre as consequências demográficas da queda da fecundidade. No âmbito dos Encontros Nacionais da Associação Nacional de Estudos Populacionais (ABEP) foram travadas as primeiras discussões sobre tais questões, que passam a ser consideradas relevantes. Mas, o fenômeno do envelhecimento humano brasileiro só entra na agenda dos estudos populacionais a partir de 1988, no VI Encontro Nacional da ABEP.

Destaca-se também a contribuição dada pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) por analisar a situação da pessoa idosa no estado de São Paulo. Evidenciam-se, ainda, os estudos elaborados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) acerca da questão do envelhecimento humano, sobretudo, ao focalizar o impacto do envelhecimento humano nas políticas públicas brasileiras.

Camarano (1999), pertencente ao quadro de pesquisadores do IPEA que estuda o fenômeno do envelhecimento humano no País, assevera que as pesquisas e análises sobre as condições de vida da população idosa brasileira passaram a ser alvo de estudos científicos recentemente. Anteriormente, a maioria dos estudos centrava-se na descrição dinâmica demográfica do segmento idoso através de uma visão prospectiva dos arranjos familiares, enfatizando a participação da pessoa idosa no mercado de trabalho bem como suas condições de saúde e mortalidade.

Esses estudos apresentam tendências diferentes em suas abordagens, tais como: o crescimento do segmento idoso, aferição do impacto que o crescimento da população idosa tem sobre a razão de dependência demográfica; gastos de Previdência Social e da Saúde; condições de saúde e mortalidade da população idosa. É importante destacar que os dois últimos temas são bastante recorrentes na literatura.

Segundo Camarano (2002, p.59): “[...] na maioria desses estudos, predomina a preocupação com a pressão que o crescimento da população idosa pode fazer sobre os gastos previdenciários, utilização dos serviços de saúde e conseqüentemente, com os custos destes”.

No entanto, a autora evidencia que os referidos estudos são baseados, em geral, em dados estatísticos, constituindo a fonte quase exclusiva em nível nacional. A focalização dos dados estatísticos, sem análise crítica, representa uma postura puramente contábil e politicamente “neutra”. Contraditoriamente, instituições sociais como a **aposentadoria**, que foram criadas para gerenciar riscos, são transformadas em fontes de produção de outros riscos como a inviabilidade do sistema (DEBERT, 1999), não contribuindo para uma visão positiva e transformadora das políticas públicas com o sentido direcionado para a qualidade de vida e o bem-estar coletivo.

Evidencia-se outro contexto institucional em que os estudos sobre envelhecimento humano passam a ganhar centralidade: são as universidades, sobretudo, através dos Programas de Pós-graduação e dos Núcleos de Pesquisa. São reconhecidos os estudos e pesquisas desenvolvidas pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Universidade de São Paulo, Universidade de Campinas, Universidade Federal de São Paulo, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal da Paraíba, dentre outras.

Em face da perspectiva de crescimento de tais contribuições científicas, o envelhecimento humano na atual sociedade passa a se constituir em um campo de saber especializado. Um campo com *experts* encarregados de definir não apenas quais são as necessidades das pessoas idosas e os

problemas que enfrentam, mas também a formação de outros especialistas para atender a essas necessidades (DEBERT, 1999).

Entre as contribuições investigativas, assinala-se um outro tema que adquire relevância significativa nos estudos do envelhecimento humano: é a feminização da velhice e suas implicações em termos de políticas públicas. Isso porque a maioria das mulheres idosas são viúvas e parte delas vive sozinhas, sem experiência para inserção no mercado formal e com baixo grau de escolaridade. Esse perfil sócio-demográfico é atestado no recente estudo denominado “Idosos Brasileiros”, realizado pelo Serviço Social do Comércio (SESC), em 2007.

Comparativamente aos brasileiros jovens e adultos não idosos (16 a 59 anos), a população idosa brasileira urbana (60 anos e mais) é mais feminina, declara-se mais da cor branca, é mais católica e, sobretudo, menos escolarizada – metade é atingida pelo analfabetismo funcional [...] Entre as idosas prevalecem as viúvas. Parte delas vive com um filho ou filha [...]. (SESC, 2007, p. 5)

Diante desse perfil, a longevidade feminina nem sempre é percebida como vantagem. Alguns autores mencionam que a maior expectativa de vida das mulheres faz com elas sejam acometidas de debilitações biológicas, sobretudo, derivadas de doenças crônicas. Tal quadro de morbidez não ocorre com os homens em razão de eles morrem antes. Para alguns autores, a solidão das mulheres idosas põe em risco os vínculos tradicionais de gênero, como a dissolução das relações conjugais, ao passo que outros autores com perspectivas mais otimistas afirmam que a velhice e a viuvez podem significar um momento de independência e realização.

Certamente, o processo de envelhecimento humano é uma experiência conduzida de forma diferente para os homens e para as mulheres e estão intimamente relacionadas aos aspectos sociais, culturais, econômicos, nas condições de vida, nas doenças e na subjetividade.

Ao se considerar os aspectos da velhice não podem deixar de contemplar o recorte do gênero que o determinante inclusive do lugar que os idosos e as idosas ocupam na vida social. Satisfazer as necessidades individuais dos homens e mulheres idosas é o grande desafio (BERZINS, 2003, p.28)

Conforme se aludiu, o fato de haver predominância da população feminina entre as pessoas idosas repercute nas demandas por políticas públicas, principalmente políticas de saúde por elas estarem mais propensas a deficiências físicas e mentais. Segundo Berzins (2003, p.30) 45% das mulheres idosas são viúvas.

Nessa mesma direção analítica, Debert (1999) descreve que as pesquisas recentes têm mostrado que a universalização da seguridade social, as melhorias nas condições de saúde e outros avanços tecnológicos, tais como nos meios de comunicação, elevadores, entre outros, podem estar sugerindo que viver só, para as pessoas idosas, representa formas inovadoras e bem-sucedidas de envelhecimento do que abandono, descaso e/ou solidão.

O referido autor compreende que a mulher idosa tem mais tendência a viver sozinha, e, muitas vezes, prefere viver sozinha. Acontece que a solidão das mulheres idosas é motivada pelo fato da viuvez, em uma proporção cada vez maior que de separação, desquites e divórcio. (DEBRET, 1999). As diferenças que ocorrem por sexo, quanto ao estado conjugal, derivam de um lado, pela maior longevidade das mulheres e, de outro, pelas normas sociais e culturais prevalentes em nossa sociedade, que levam os homens a se casarem com mulheres mais jovens do que eles. Isso se dá, possivelmente, pelo processo que associa às mulheres, em especial às mulheres idosas, a menores oportunidades de um novo casamento em caso de separação ou viuvez.

Verifica-se que o processo de solidão vivenciado pelas mulheres idosas está relacionado a outros fatores que independem das vontades individuais. Dois fatos explicam essa prevalência de mulheres idosas que vivem sós: a longevidade feminina e o fato dos homens, por influência cultural, preferirem se relacionar com mulheres mais jovens.

Outra questão importante que se deve considerar é a fonte de rendimento da pessoa idosa, que pode ser compreendida como uma variável estratégica na determinação da dependência. Até início dos anos de 1990, o processo de envelhecimento era sinônimo de dependência econômica. A partir

de 1994, a universalização dos benefícios da seguridade social mudou esse quadro.

O Censo do IBGE (2000) verificou que 62,4% das pessoas idosas eram as responsáveis pelos domicílios brasileiros, sendo a aposentadoria e a pensão as principais fontes de renda dos idosos. No entanto, verifica-se que na população idosa masculina 36% do total de rendimento ainda vêm do trabalho, mas quando se refere às mulheres idosas o percentual é de apenas 10%; portanto, a renda da mulher idosa origina-se do recebimento de benefícios sociais ou da pensão.

Segundo Camarano (2002) as famílias brasileiras, nas quais existem pessoas idosas, estão em melhores condições econômicas do que as demais famílias. Isso se deve, em grande medida, ao tipo de arranjos internos e etapas de ciclo familiar que estabelecem diferentes relações de dependência econômica entre os membros das famílias, bem como à universalização dos benefícios da seguridade social, como o benefício da prestação continuada (BPC), da renda mensal vitalícia e da aposentadoria rural. Os dados apresentados pela Previdência Social atestam que são concedidos 530.177 benefícios às pessoas idosas no valor de um salário mínimo/mês. (IPEA, 2002)

É importante ressaltar que o padrão de vida das pessoas idosas brasileiras está longe de alcançar os padrões dos países desenvolvidos. Essas pessoas, apesar de receberem, em sua maioria, o salário mínimo para suprir suas necessidades básicas e de sua família, vêm contribuindo significativamente para a economia familiar e nacional, deixando expressas as desigualdades predominantes da nossa sociedade.

Nota-se que o crescimento demográfico das pessoas com 60 anos ou mais coloca em evidência novos desafios para a sociedade brasileira, sobretudo, na atual postura adotada pelo Estado brasileiro em defesa da reforma e da privatização da Previdência Social e no incentivo aos planos de Saúde privados. Privatização essa que é expressa na diminuição das responsabilidades orçamentárias e financeiras do Estado com o segmento populacional idoso.

A ofensiva neoliberal voltada às políticas sociais atinge diretamente as pessoas idosas, essencialmente, no acesso às Políticas da Previdência Social e da Saúde. O Estado propõe medidas legais de assistência às pessoas idosas, mas, marcadas pela seletividade, exclusão e fragmentação.

O processo acelerado do envelhecimento humano traz intensos desafios para toda a sociedade por envolver uma gama de políticas públicas capaz de atender as demandas postas por esse segmento humano, como a construção de uma infra-estrutura apropriada para respondê-las satisfatoriamente. “A velhice como categoria construída socialmente tem sido vista e tratada de maneira diferente, de acordo com períodos históricos e com a estrutura social, cultural, econômica e política de cada povo” (BRUNO, 2003, p.76).

Nesse sentido, torna-se necessária uma mudança social e cultural que possibilite a efetivação de políticas públicas que atendam às reais necessidades do segmento populacional idoso e que promovam o rompimento dos mitos, dos preconceitos e dos abandonos que atualmente ainda são os maiores vilões da exclusão de pessoas idosas da convivência familiar e comunitária.

A PNI – Política Nacional do Idoso (1994) – aponta para a criação de uma nova categoria social (as pessoas idosas) considerada, em sua maioria, por múltipla fragilidade, devendo, para tanto, firmar e consolidar leis e direitos específicos. Desse modo, urge a presença ativa e efetiva do Estado na regulação das políticas públicas direcionadas à resolução das problemáticas ligadas a essa faixa etária. Só o compromisso assumido predominantemente pelo Estado, em interlocução com as organizações da sociedade, pode garantir a visibilidade e a inserção dessa categoria social na agenda política de governo.

Os dados do IBGE 2002 revelam a população idosa por região e por estado e o percentual sobre a população total na Região Nordeste, apresenta o estado da Paraíba como o 1º lugar em relação ao maior percentual de pessoas idosas; e em segundo, o estado do Rio Grande do Norte.

Os novos números da pesquisa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) trazem números surpreendentes relativos aos idosos do Rio Grande do Norte. De acordo com o estudo, o Estado possui, proporcionalmente em relação à população, o segundo maior contingente de idosos do Nordeste, 8,2% (199.122), ficando atrás apenas da Paraíba, com 9,1%. (BARROS, s/d, p. 03)

A população do Rio Grande do Norte possui 250.594 pessoas com 60 anos ou mais, o que representa 9,0% da população, média um pouco acima da nacional. (anexo 01)

Na distribuição regional dos impactos do pagamento dos benefícios previdenciários ou assistenciais, 12 estados mantêm índice de cobertura maior que a média nacional de 81,7% para as pessoas idosas. O Piauí lidera com taxa de 90,4%. Em segundo vem Santa Catarina (89,6%). Os estados com terceira e quarta maiores taxas, respectivamente, são Rio Grande do Sul (88,7%) e Rio Grande do Norte (86%). (IBGE/PNAD, 2009)

Ademais, os dados da PNAD-2008 revelam o impacto dos benefícios da Previdência Social para a redução da pobreza nos estados, mostrando que a média nacional de resgate da linha de pobreza, de 12,3 pontos percentuais, é superada em vários pontos do país. O Piauí apresenta a melhor taxa – com 17,6% -, seguido por outras dez unidades da federação que superam os 12,3% - Paraíba, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Ceará, Rio Grande do Norte, Alagoas, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais e Espírito Santo.

Outros dados sobre a realidade das pessoas idosas no estado do Rio Grande do Norte serão aventados ao longo desta Dissertação. Registra-se apenas o fato de esse estado inserir-se na região do Nordeste brasileiro, a mais pobre do país, e, conseqüentemente, a situação de vulnerabilidade pessoal e social ainda é marcante no segmento idoso potiguar.

A análise da realidade das pessoas idosas do estado do Rio Grande do Norte, sobretudo de sua capital Natal, consiste no objeto investigativo do Capítulo seguinte em que através de um estudo de caso vinculado ao Centro Especializado de Atenção a Saúde do Idoso (CEASI) se avaliará a

caracterização dessa instituição e a construção do perfil das pessoas idosas usuárias desse Centro.

2. CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: um estudo analítico a partir da atuação do CEASI em Natal/RN

Este Capítulo propõe-se a analisar as Políticas Sociais, sobretudo a Política de Saúde, direcionadas às pessoas idosas, bem como a caracterização institucional do Centro Especializado de Atenção a Saúde do Idoso – CEASI, na cidade de Natal/RN.

Para a elaboração deste Capítulo, recorreu-se à análise dos dados empíricos coletados através da ficha do cadastro institucional, cujo modelo encontra-se em anexo. Esse instrumento foi elaborado de modo a coletar as informações pertinentes ao CEASI desde a sua trajetória histórica aos dados de identificação dos serviços prestados à saúde dos usuários idosos. Acrescenta-se que a coleta desses dados foi complementada pela pesquisa documental no próprio CEASI, na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte e na Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

A análise dos dados coletados primários e secundários embasou-se na metodologia quantitativa com a leitura estatística descritiva mediante o uso de Tabelas e Gráficos, complementada com a análise qualitativa das fontes secundárias. Essas análises foram fundamentadas ainda nos estudos sobre a realidade demográfica brasileira, desenvolvidos pelo IBGE, IPEA e FGV e nos estudos de autores que investigam as categorias trabalhadas nesta Dissertação, como Uchôa; Firmo; Costa, 2003; Borges, 2003; Bruno, 2003; Sayeg; Mesquita, 2002; Minayo; Coimbra Jr, 2002; e outros.

2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Atualmente, o fenômeno de **envelhecimento populacional** traz várias implicações, destacando-se as de ordem econômica, política e social. No setor de saúde, as consequências desse fenômeno é sentido de forma

rápida e objetiva. O crescimento do segmento populacional idoso resulta em uma demanda por serviços médicos e sociais. Essa demanda, maior que a oferta de serviços, se acentua em razão das limitações financeiras dos estados brasileiros que tentam encontrar alternativas à tendência universal de evitar a institucionalização da pessoa idosa em longo prazo (hospitalização e a condição asilar).

As pesquisas recentes realizadas constataam que a sociedade brasileira conseguiu alcançar no século XX, resultados positivos com relação a saúde, sobretudo, no campo político por ter os direitos a ela assegurados na Constituição Federal de 1988.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução de riscos de doenças e de outros agravos, ao acesso universal e igualitário às ações, e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL/SENADO FEDERAL, 1988, art. 196)

A instauração da política de saúde na perspectiva da garantia de direitos embasou-se na Proposta de Reestruturação do Sistema Saúde, derivada das lutas em favor da Reforma Sanitária e teve seu marco fundamental em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual inscreveu de forma explícita o papel do Estado como executor das políticas públicas.

Essa Conferência contou com a participação de amplos segmentos da sociedade civil, organizados e profissionais da área da saúde o que possibilitou uma reflexão profunda sobre a política sanitária até então vigente.

Nesse sentido, a Reforma Sanitária constitui-se um:

Processo democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico-institucional e político-operativo para dar conta da saúde dos cidadãos entendido como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde (SUS) constituído sob regulação do Estado, que objetiva a eficiência, a eficácia, a equidade e que se construa permanentemente através do incremento de outro paradigma assistencial do desenvolvimento de uma ética e da criação de mecanismos

de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES, 1993, p152).

Essa reflexão ampliou-se nas IX e X Conferências nos anos de 1992 e 1996, respectivamente, trazendo para a sociedade brasileira e, principalmente, para o Estado brasileiro, a necessidade do comprometimento com a melhoria das condições de vida e de saúde da população.

Para tanto, foram criados novos arcabouços ético, político, econômico, jurídico, teórico-metodológico e técnico-administrativo os quais passaram a exigir a participação popular e o controle social nas ações do Estado. Essas ações foram dirigidas, sobretudo, à garantia de acesso através da descentralização com respeito aos princípios da integralidade, equidade e universalidade. Essa garantia, consagrada como direito social na Constituição de 1988, resultante do debate gerado no âmbito da sociedade civil, implicou na indicação de novos princípios e diretrizes para reforma sanitária brasileira.

Recentes estudos elaborados pelo IPEA (2009) apontam que os princípios da universalização, equalização, descentralização, dentre outros, tiveram sua amplitude (ou cobertura) limitada, decorrente de insuficiência financeira e técnico-administrativa do Poder Executivo e da ausência de vontade da classe política, sobretudo, regional, estadual e local.

Enquanto os países europeus implantaram as primeiras políticas sociais relacionadas à atenção à pessoa idosa a partir dos anos de 1950, o Brasil adotou uma política nacional do idoso somente em 1994, através da Lei Nº 8842 de 04 de Janeiro de 1994. Trata-se de uma política que assegura às pessoas idosas os direitos sociais “[...] criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. (BRASIL/PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, PNI, Cap. 1º; Art.1º, 1994, p. 01). Em termos jurídicos, a adoção dessa concepção deixa para trás o tratamento paternalista e protecionista presente nas políticas sociais anteriores.

Tal concepção deriva dos avanços conceituais, políticos e jurídicos da Constituição de 1988 que, ao introduzir a noção de Seguridade Social, se desvia do assistencialismo anterior para apreender uma concepção ampliada de cidadania, de garantia de direitos.

A cidadania, enquanto categoria histórica, não se constitui em um conceito acabado nem estanque em razão de receber determinações sociais, políticas, econômicas e culturais da sociedade em que se processa a prática cidadã. Desse modo, ser cidadão no Brasil não é a mesma que na Alemanha, Estados Unidos, França e outros países

[...] não apenas pelas regras que definem quem é ou não titular da cidadania (por direito territorial ou de sangue), mas também pelos direitos e deveres distintos que caracterizam o cidadão em cada um dos Estados-nacionais contemporâneos. (PINSKY, 2003, p. 9)

Em torno desse entendimento reconhece-se que, tanto a Constituição de 1988 como a Política Nacional do Idoso, originam-se dos movimentos, avanços e conquistas da sociedade civil empreendidos no processo político pela redemocratização do país na década de 1980 e início dos anos de 1990.

Segundo a PNI, a implantação das políticas direcionadas às pessoas idosas compete aos órgãos e às entidades públicas: na área da promoção social os serviços e ações são previstos para suprir as necessidades básicas da pessoa idosa de forma a incentivar e criar alternativas para o seu atendimento; na área da saúde, prenuncia-se a garantia da assistência à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS); na área da educação, encontram-se indicados os programas educacionais destinados às pessoas idosas, adequando-se, para tanto, a metodologia, currículo e material didático.

Na área de trabalho e previdência, o PNI prevê a garantia de mecanismos que impeçam a discriminação da pessoa idosa quanto a sua participação no mercado de trabalho, assim como prioriza o seu atendimento nos benefícios previdenciários; na área da habitação e urbanismo, indicam-se programas habitacionais na modalidade de casas lares, bem como a melhoria das condições habitacionais, adaptando-se as necessidades da pessoa idosa.

Na área da justiça, a PNI tende a promover e defender os direitos da pessoa idosa zelando pela aplicação de normas de forma a evitar o abuso e a lesão dos seus direitos; na área da cultura, esporte e lazer, propõe-se

garantir tanto a participação e a produção da pessoa idosa em todo o processo como a participação e o usufruto dos bens culturais mediante a redução dos preços no acesso às manifestações artísticas e culturais de forma a favorecer a acessibilidade, valorizar o registro da memória; como assegurar a pessoa idosa o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios.

Na PNI evidencia-se ainda o objetivo de assegurar os direitos sociais às pessoas idosas de maneira a criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Art. 1º). A Lei nº 8.842, que dispôs sobre a implementação dessa Política, preconiza que a sua efetividade deve materializar-se através de ações governamentais nas áreas estabelecidas pela referida lei, anteriormente aludidas.

No entanto, a realidade da maioria das pessoas idosas do país evidencia a ausência de recursos de toda ordem para execução da Política Nacional do Idoso, razão porque a PNI não vem se afirmando no âmbito dos direitos sociais. Presencia-se uma realidade marginal vivenciada pelo contingente de pessoas idosas desassistidas.

No caso do Estatuto do Idoso, após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei nº 19.741 da proposta original do Senador Paulo Paim (PT/RS), foi sancionado pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no dia 1º de outubro de 2003, mas, só entrou em vigor no dia 3 de janeiro de 2004. O Estatuto ratifica os direitos demarcados pela PNI e institui penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos idosos.

O Estatuto do Idoso expõe a questão de geração como prioridade nas políticas nacionais, além de reforçar os direitos fundamentais, como liberdade, respeito, dignidade, alimentação, saúde, educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização e trabalho, previdência social, assistência social, habitação e transporte.

Mesmo considerando o distanciamento entre a lei e as possibilidades reais de pô-lo em prática, o Estatuto do Idoso representa um grande avanço político para a sociedade brasileira.

Nota-se que as políticas estaduais e municipais têm trabalhado em duas direções distintas: uma que visa agrupar pessoas idosas, tirando-as da situação de isolamento (para tanto, propõem atividades culturais e de lazer, assim como discussões sob temas definidos por esse segmento populacional); e outra se direciona à defesa das pessoas idosas quando da violação de seus direitos. São políticas que partem do conceito da pessoa idosa presente no Estatuto e que a vê como cidadã de direito no enfrentamento da situação de dificuldade e de exclusão em que se encontra na sociedade capitalista contemporânea.

As políticas sociais visam, assim, oferecer alternativas e espaços de reivindicações na defesa dos direitos das pessoas idosas. Trata-se de iniciativas importantes, mas a sua implementação tende a reforçar certa exclusão, pois não favorece interações sociais e inter geracionais, senão a partir de medidas disciplinares e de cobranças. Na maioria das vezes, essas políticas reforçam a distância e cristalizam comportamentos de rejeições de ambas as partes.

Nota-se, porém, que no novo redimensionamento da Política de Assistência Social com a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a partir de 2004, emerge uma tendência de apreender as demandas sociais de forma mais ampla, permitindo maior correlação entre elas, especialmente na relação da pessoa idosa, família e sociedade¹.

A Política Nacional de Assistência Social se dá na perspectiva sócio-territorial e sua intervenção se dirige para os espaços locais, aproximando-a da dinâmica local e da população em situação de risco. Vários indicadores sociais são relacionados objetivando “[...] reconhecer a dinâmica demográfica e sócio-econômica associadas aos processos de

¹ A IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro de 2003, em Brasília/DF, apontou como principal deliberação a construção e implementação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), requisito essencial da LOAS para dar efetividade à assistência social como política pública (PNAS, 2004, p.9). Esse Sistema foi aprovado em Dezembro de 2004.

exclusão/inclusão, vulnerabilidade aos riscos pessoais em curso no Brasil, em seus diferentes territórios”. (PNAS, 2004, p.15).

As funções da Política de Assistência Social estão distribuídas em três eixos articuladores que são: Proteção Social, Vigilância Sócio-Assistencial e Defesa Social Institucional. Essa visão de assistência tem tratado as categorias em situação de risco dentro de um contexto social, cultural e familiar permitindo apreensão maior das suas problemáticas. Ao relacionar os diversos fatores que levam tais pessoas a se encontrarem em situação de risco, essa Política se direciona de forma a evitar a estigmatização de categorias populacionais determinadas, favorecendo assim a maior inclusão social.

A Política Nacional do Idoso apreende a questão da velhice de forma integrada, pois mesmo desenvolvendo políticas que visam atender necessidades específicas, elas são pensadas dentro de um contexto local, considerando a família e a comunidade assim como as relações estabelecidas entre ambas.

A universalização inscrita na Constituição de 1988 buscou consolidar a tendência das políticas redistributivas defendidas pela Reforma Sanitária, onde se pretendia garantir efetivamente o acesso aos serviços de saúde de toda população. Conforme confirmam Brito e Ramos (1996, p.394):

As mudanças constitucionais de 1988 só fizeram reforçar tal perspectiva consolidando uma política de assistência global pela primeira vez contemplando os idosos. A operacionalização do SUS, no entanto, permanece incipiente em muitas regiões do país. A expansão de universalização do Sistema de Saúde apresenta-se permeada de mecanismos de racionamento, com acentuada queda de qualidade dos serviços públicos que, simultaneamente expulsam do sistema público segmentos sociais de camadas médias e do operário mais qualificado.

Observa-se que a universalização do acesso aos programas, projetos, serviços e ações de saúde, inscrita no SUS, não vem sendo efetivada, pois se constata, em face da realidade vivenciada frequentemente

nas instituições de saúde (Centro de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Centros de Referências, Hospitais, Ambulatórios, entre outros), que a oferta é menor do que a demanda.

O Estado não tem tido política de investimento compatível com a expansão da cobertura, funcionando como mecanismo de seleção negativa que permitiu a articulação orgânica de novo padrão segmentado na prestação e utilização dos serviços (BRAVO, 1996, p.17)

No caso da pessoa idosa, a falta dessa cobertura acentua-se em razão de o(a) idoso(a) ainda ser considerado(a) como um ser improdutivo e dependente, portador(a) de doenças crônicas e que, até então, não tem prioridade na agenda política, a qual se encontra lotada com ações voltadas ao atendimento materno-infantil, a mulher, ao adulto, enfim, a outros segmentos populacionais.

Observa-se que não existe um investimento maior no sentido de adequar os equipamentos de saúde pública a essa nova realidade social e epidemiológica, a qual o segmento idoso deva estar inserido.

Os idosos, de fato, têm necessidades médicas e sociais diferenciadas e tendem a utilizar de forma mais intensiva os serviços e equipamentos de saúde. Levando-se em conta que a grande maioria vive em condições de extrema pobreza, o setor público da saúde surge como a única alternativa de assistência viável (BRITO; RAMOS, 1996, p.364).

Nos anos noventa, o agravamento do sucateamento da saúde pode ser compreendido a partir da crise econômico-social, vivenciada pelo Estado brasileiro e ainda como reflexo desta, em nível internacional, desde a década de oitenta, que se agrava e atinge o seu ápice nos dias atuais.

Verifica-se que as políticas implementadas na saúde trilham uma trajetória paradoxal; de um lado, impulsionadas pelo projeto da reforma sanitária, se inscrevem nos textos jurídico-legais inspirados no modelo institucional redistributivo e, de outro, são atingidas pelas tendências que se assentam basicamente nas opções da privatização, descentralização e focalização. Essa perspectiva apresenta uma trajetória antagônica à primeira por indicar uma tendência de redução de investimentos do Estado nas

Políticas Sociais, diante da implantação de uma proposta neoliberal de “Estado Mínimo”.

Nesses termos, verifica-se que o preceito constitucional é reinterpretado na prática social, como um universalismo excludente que garante a incorporação ao sistema público de segmentos carentes, entre eles os idosos. Entretanto, a expulsão de camadas mais privilegiadas garante a expansão do Sistema de atenção médica supletiva, que busca atrair a mão-de-obra qualificada das grandes empresas, o que reforça o fortalecimento do projeto neoliberal, assentado basicamente nas opções de privatização, descentralização e focalização, atualmente presentes na realidade sanitária brasileira.

Decerto, o programa neoliberal no Brasil vem influenciando a implantação das políticas sociais e atinge diretamente a população idosa, principalmente na Previdência Social e na Saúde. Nota-se que a primeira ação normatizada de assistência social às pessoas idosas, estava restrita aos benefícios do sistema previdenciário, surgido na década de 1970. Trata-se de uma iniciativa do Ministério do Trabalho e Previdência Social (Portaria 82, de 4/7/1974) que demorou 20 anos para que fosse sancionada a Lei nº 8.842, de 04/01/1994 que aprovou a Política Nacional do Idoso e tal lei só foi regulamentada pelo Decreto Federal 1.948 de 03/07/1996.

Os dispositivos legais asseguram direitos aos idosos para quem devem confluir programas, projetos, serviços e ações que atendam as suas demandas, compartilhando-se as responsabilidades e atribuições de forma sistemática entre os setores de saúde e assistência social.

A Política Nacional do Idoso reconhece o idoso como sujeito portador de direitos define princípios e diretrizes que asseguram os direitos sociais e as condições para promover sua autonomia, integração e participação dentro da sociedade, na perspectiva da intersetorialidade e compromisso entre o poder público e a sociedade civil. (BRUNO, 2003, p.78)

A PNI está pautada em eixos básicos: proteção social que envolve as questões de saúde, moradia, transporte, renda mínima e inclusão social (que se refere à inserção ou reinserção social das pessoas idosas através da

participação em atividades educativas, socioculturais, organizativas, saúde preventiva, desportivas, ação comunitária e trabalho e renda).

Quanto à saúde da pessoa idosa, foi marcante a implantação por parte do Ministério da Saúde, da Portaria nº 1.395 em dezembro de 1999, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde) e pelo Conselho Nacional de Saúde, como resposta às reivindicações dos movimentos sociais organizados.

Nota-se que a PNI ainda tem muitos desafios a enfrentar para a sua efetivação mais ampla. Constata-se a necessidade de esta ser utilizada como instrumento de referência para o trabalho com a pessoa idosa, pois muitas vezes não há uma apropriação sistemática nem pelos profissionais, nem pelas próprias pessoas idosas no que se diz respeito a reivindicar e garantir seus direitos sociais.

É importante ressaltar mais uma vez o avanço político conquistado com a recente aprovação do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) que deriva da perspectiva de enfatizar a relevância e a urgência no enfrentamento das questões que envolvem as pessoas idosas. Trata-se de uma legislação que ratifica os direitos e os princípios já consagrados na Constituição de 1988 e também na Política Nacional do Idoso.

Contudo não basta a simples existência de normas jurídicas, uma vez que os direitos devem ser de fato exercidos pelas pessoas idosas. O efetivo exercício dos direitos é o elemento fundamental e imprescindível para a inclusão desse segmento na sociedade, pois só assim a pessoa idosa exercerá um papel ativo na sociedade, e será tratada com respeito e dignidade.

Bruno (2003, p.79) enfatiza que “[...] o distanciamento entre legislação e realidade dos idosos no Brasil ainda é enorme. Para que essa situação se modifique é preciso fomentar o debate e estimular a mobilização permanente da sociedade”.

Observa-se que a longevidade conquistada no Brasil foi um contraponto para a degradação da qualidade de vida desse segmento no decorrer de suas vidas e da falta de políticas preventivas. Ao enfatizar o papel da pessoa idosa na busca de seu espaço social, Bruno (2003, p. 65) afirma: “[...] a visibilidade para o segmento idoso terá que ser conquistada por meio da ação política, garantindo dessa forma, o espaço social para o ser que envelhece”.

Portanto, é fundamental que haja uma integração entre as gerações a favor da construção de uma nova sociedade pautada pela liberdade, direitos da cidadania, respeito às diferenças em favor da equidade e justiça social. Concretamente, esses requisitos indispensáveis expressam a garantia da universalidade de acesso aos bens e aos serviços relativos às políticas públicas sociais. Segundo Freire (*apud* BRUNO, 2003, p.48), “[...] ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho, os homens se libertam em comunhão”.

Na realidade brasileira, o segmento idoso cresce politicamente com a participação e a inserção em movimentos organizados – como, por exemplo, o de aposentados – que reivindicam demandas nos cenários nacionais socioculturais e econômicos, revelando-se assim como novos atores políticos.

Por outro lado, o crescimento numérico da população idosa constatado nos últimos anos pelos demógrafos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000; IBGE, 2007; IBGE, 2009), governos e políticos revelam a amplitude desse fenômeno, mas só recentemente buscam criar ajustes legais e institucionais que permitam atender às demandas das pessoas idosas.

Hoje, cresce o movimento político dos segmentos idosos que luta pela concretização do seu papel como atores políticos na sociedade brasileira. Configura-se como um movimento indispensável à superação de estigmas e preconceitos ainda existentes e possui a perspectiva de contribuir efetivamente na elaboração de novas propostas, planejamento de ações eficazes nos vários campos sociais e econômicos tendo em vista a sua integração societal e ao bem-estar social. Deve-se salientar que esses movimentos incluem as

múltiplas demandas da área da saúde, da previdência e assistência social de modo a minimizar a vulnerabilidade desse segmento.

No âmbito da previdência social, enfatizam-se as previsões preocupantes do Governo Federal no tocante à sustentabilidade previdenciária, visto que a demanda para a aposentadoria e pensões também sofre alterações, o que vem levando o governo a implantar um sistema de sucessivas revisões dos níveis de aposentadorias e pensões.

No que se refere à saúde, pode-se afirmar que o envelhecimento não é um processo uniforme para todos os indivíduos, uma vez que as pessoas idosas podem alcançar idades avançadas em boas condições de saúde. É preciso se reconhecer que o sistema de saúde tem uma demanda bastante significativa de pessoas idosas portadoras de múltiplas doenças crônicas, muitas das quais causadoras de sequelas incapacitantes, e, em grande parte essas pessoas vítimas de um passado de desassistência e de não-acesso a ações preventivas da saúde. Dessa forma, a complexidade na assistência à saúde da pessoa idosa para o atendimento dessas demandas precisa ser reorganizada de forma sistemática dos programas, projetos, serviços e ações até as diversas áreas de reabilitação com profissionais qualificados.

Nessa direção, o Estatuto do Idoso estimula a implantação de serviços de referências que atendam às reais situações de saúde-doença da população idosa. A Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº 1.395/1999) também fortalece e respalda as práticas de saúde e os modelos de serviços, tentando reduzir a exclusão das pessoas idosas nas repetidas internações, sequelas clínicas e invalidez física ou mental que representam um transtorno para essas pessoas, para a família e para a sociedade.

Segundo as pesquisas realizadas por Sayeg e Mesquita:

A equipe de saúde, em sua rotina, atende às pessoas idosas e tem ainda o compromisso social de identificar, denunciar e intervir nos casos de discriminação, violação dos direitos pessoais, negligência, maus tratos e todo tipo de violência praticada contra os idosos, desenvolvendo atenção específica e perspicaz, porque infelizmente muitas dessas ações

ofensivas são praticadas pelos próprios familiares de idosos. (SAYEG e MESQUITA 2002, p.1086):

Nesse contexto, nota-se que a "[...] atuação da saúde compreende um conjunto intersetorial e interdisciplinar de ações em prol, da qualidade de vida das pessoas e da comunidade". (MESQUITA, 2002, p. 1086). Assim, investir em saúde demanda empenho e um sistema de informação que visem à mudança de atitudes e de comportamentos no sentido de adoção de hábitos saudáveis para a vida e à implementação de uma política de saúde que corresponda às expectativas e necessidades dos usuários e que, ao mesmo tempo, sejam eficazes e acessíveis.

As instituições sociais e a sociedade como um todo devem desenvolver políticas e programas que promovam o envelhecimento ativo e saudável no curso da vida, sem deixar de responder com eficácia às necessidades institucionais para os idosos fragilizados. (SAYEG; MESQUITA, 2002, p.1086)

As práticas, programas, projetos, serviços e ações de saúde representam a aplicabilidade de conhecimento científico e tecnologias que constituem partes importantes do planejamento de ações que buscam a satisfação da demanda identificada. Por esse motivo periodicamente é necessário que se faça a avaliação quanto ao custo, à eficácia, à efetividade e à acessibilidade levando em consideração atingir o objetivo esperado.

No caso dos programas, os projetos, serviços e ações direcionadas à atenção ao processo de envelhecimento e saúde devem levar em consideração, segundo alguns estudiosos (SAYEG; MESQUITA, 2002), a vida em sua totalidade e não apenas entender as pessoas idosas como um grupo estático, separado do resto da população.

A atual estrutura institucional de saúde do país e a escassez de recursos humanos, materiais e financeiros para atendimento às crescentes demandas de idosos que estão envelhecendo em condições precárias respaldam a observância das diretrizes de deshospitalizações, adotando-se a assistência domiciliar, as ações que promovam o auto cuidado e a prevenção ampla e o desenvolvimento de recursos sociais comunitários efetivos. (SAYEG; MESQUITA, 2002, p. 1088).

Nesse sentido, constata-se que o conjunto de ações destinadas aos Estados e Municípios distancia-se das reais condições de saúde vivenciadas pela população brasileira. Como consequência, a população usuária recebe uma prestação de serviços cuja lógica de acesso não corresponde à relação entre disponibilidade tecnológica e necessidade de atendimento, mas à exigência de lucratividade do setor privado. Resulta disso,

[...] um Sistema de Saúde restritivo quanto à cobertura oferecida, extremamente segmentado na produção e no acesso aos serviços, iníquo no atendimento das necessidades sociais, e absolutamente desigual no tratamento dispensados aos usuários. (ELIAS, 1996, p. 92)

As estatísticas públicas ou não (do IBGE, do IPEA, da FGV e de outros institutos de pesquisa) mostram que a realidade do sistema sanitário reflete um modelo de desenvolvimento excludente predominante no Brasil e o reflexo da ineficácia das políticas públicas no setor.

Mesmo após a Constituição de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), o perfil da organização de serviços de saúde no país ainda apresenta-se caracterizado pela centralização - no governo federal - quanto à formulação de diretrizes e prioridades para o setor de saúde, destinadas às esferas federal, estadual, e municipal. Assim, restringe-se a autonomia dessas esferas, restando a elas o papel de meras implementadoras das diretrizes impostas pelo nível federal, o que limita a função de formuladores de políticas próprias adequadas às reais necessidades de saúde da população usuária dos estados e municípios.

A acentuada privatização define o investimento no setor saúde com recursos no orçamento da União como não prioritários, favorecendo a ampliação e o fortalecimento dos serviços de saúde produzidos pelo setor privado, visualizados na realidade através de fortalecimentos dos planos de saúde. Desse modo, é capital evidenciar que o sistema de serviços impõe uma seletividade à população atendida a partir de cada modelo adotado pela instituição.

O sistema de saúde brasileiro, caracterizado pela hegemonia da esfera privada – ou seja, o setor privado da produção de atos médicos e de

saúde em geral supera a esfera pública -, encontra suas origens históricas ainda na década de vinte do século passado no modelo sanitarista campanhista, em seguida, trilha o modelo médico-assistencial privatista, até chegar aos anos oitenta, permeado pelo projeto neoliberal, em que a realidade da saúde privatizada se consolida e se vive até a atualidade.

Diante dessa situação, as políticas de saúde que vêm sendo implementadas pelo Estado tendem a manter ou mesmo a reproduzir a histórica dualidade do “Sistema de Saúde brasileiro” apesar dos esforços aprendidos por alguns governos, com êxitos variáveis, no sentido de melhorar a cobertura dos serviços, e de atacar alguns problemas mais agudos de saúde pública. (ELIAS, 1996, p.93)

Tais políticas emergem no sentido de restabelecer o equilíbrio social, numa perspectiva de compensar parte da população excluída do mercado de trabalho e dos efeitos de evolução capitalista. Dessa forma, apresentam-se com um caráter compensatório, paliativo e corretivo através das ações implementadas pelo Estado, a fim de minimizar as desigualdades advindas de um contexto que configura um processo permeado pela internacionalização da economia flexibilizada da produção e terceirização do trabalho resultantes da acumulação/desenvolvimento do capital.

Quando a indigência e desnutrição, a velhice, a delinqüência ou outras formas de ‘desvios’ e anomalias sociais aparecem como ameaça à ordem estabelecida organizam-se instituições de assistências, de proteção, de recuperação, de seguros sociais. A ameaça às classes dominantes pode ser caracterizada fundamentalmente em duas ordens: ameaça à reprodução da força de trabalho e ameaça à paz social. (FALEIROS, 1997, p. 34)

A população brasileira vem envelhecendo de maneira acelerada desde os anos 1960 quando a queda das taxas de fecundidade sofre alterações em sua estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional. Em torno dessa realidade, verifica-se que a sociedade se depara com novas demandas por serviços médicos e sociais que antes estavam restritos a países industrializados.

Com relação a esse aspecto Minayo e Coimbra Jr. afirmam que:

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento até pouco tempo atrás vinha sendo tratado como questão da vida privada, por

representar ônus para a família, como assunto de caridade pública, no caso dos pobres e indigentes, e de forma bastante reducionista, como questão médica. É claro que essa visão continua confirmada pelas práticas sociais de cuidado com os idosos. Mas o rápido crescimento dessa faixa da população passou a preocupar também muitas outras instituições sociais. (MINAYO e COIMBRA 2002, p.16)

Na esfera familiar ocorreram profundas transformações na forma demográfica e ambiental, além da sua composição e tamanho. Frente a isso, criam-se novas demandas por cuidados, praticamente obrigando a pessoa idosa a adaptar-se a nova realidade de convivência e relações sociais. O não atendimento a essas demandas contribui para o isolamento, como a opção para viver em asilos ou ficar a depender de cuidados dos membros da família ou de pessoas estranhas (cuidadores). Enfim, o processo de envelhecimento humano passa exigir da família, da sociedade e do Estado medidas que possam efetivamente proporcionar melhor qualidade de vida ao segmento idoso. Nesse sentido, Caldas e Alves (*apud* MINAYO e COIMBRA JR., 2002, p. 17) asseveram que:

A dimensão dos sofrimentos de grupos específicos de idosos e de seus “cuidadores”, quase sempre familiares que os acompanham até o final da vida. Esses sofrimentos costumam ser muito mais dramáticos para a população pobre, que acaba lotando os asilos públicos e conveniados, quase todos em situação de flagrante abandono ou padecendo, cronicamente, da falta de equipamento e de pessoal especializado. (2002, p. 17)

É nesse quadro contextual que se insere o atual processo de envelhecimento humano no país que demanda uma premente e necessária reorganização das políticas públicas para atender as novas exigências postas por esse novo fenômeno demográfico. Essa questão se agrava em face do corte neoliberal nas políticas públicas que, conforme se aludiu, retira do Estado a responsabilidade pelo setor público e investe no setor privado, o que contribui para deficiência dos serviços públicos. A população idosa, na maioria das vezes, é excluída do atendimento a que tem direito, já que Estado isenta-se ou transfere a responsabilidade para a sociedade civil, sobretudo, para as famílias e organizações sociais.

Dessa forma, Borges (2003, p.90) afirma que:

O que se pode constatar na política de saúde, construída nos anos 80, é que ela atualmente está sendo desconstruída, com a afirmação da hegemonia neoliberal, que promove a redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desemprego estrutural, a precarização das condições de trabalho, o desmonte da previdência pública além do sucateamento da saúde e a educação.

Diante dessa realidade constata-se, portanto, a existência de um padrão de relações que fragmenta e desorganiza a classe subalterna ao se negar de forma sutil os direitos do cidadão. Percebe-se ainda o crescimento da dependência de segmentos cada vez maiores da população – afetando conseqüentemente o grupo idoso –, no que concerne à intervenção estatal, por não dispor de meios para satisfação de suas necessidades cotidianas.

Estudos diversos (LAVIÑAS; GARSON, 2004; SOARES, 2005; POCHMANN, 2008; SALVADOR, 2007) comprovam que os investimentos públicos na área social estão vinculados cada vez mais ao desenvolvimento econômico, dessa forma abrem caminhos para práticas assistencialistas e precárias, cuja consequência é o aumento de uma população de pessoas idosas “necessitadas” e “desamparadas”. As ações voltadas para o enfrentamento dos problemas sociais denominam-se assistência social, que tradicionalmente vem-se estruturando de forma causuística e ambígua oferecendo, assim, um atendimento residual às pessoas idosas.

A assistência é, pois, como as demais políticas do campo social, expressão de relações sociais que reproduzem os interesses em confronto na sociedade. Reproduzem, portanto, a exploração, a dominação e a resistência, num processo contraditório em que se acumulam riqueza e pobreza (YAZBEK, 1993, p.22).

As políticas sociais, embora concebidas como ações que buscam diminuir as desigualdades sociais de fato, não dão conta desse efeito, ou seja, não são implementadas como atividades que visem a “correção” dos efeitos negativos produzidos pela acumulação do capital. Sendo assim, as políticas sociais vigentes não são entendidas como mecanismos estatais que revertam as desigualdades entre indivíduos, desigualdades estas que geram uma sociedade heterogênea com situações de bolsões de pobreza, de espoliação, de necessidades básicas não satisfeitas, entre outras. Segundo Haddad:

A baixa qualidade dos serviços oferecidos impossibilita que os idosos mais pobres efetivamente os que mais adoecem sejam atendidos adequadamente. Mesmo porque em decorrência de um investimento insuficiente na prevenção de doenças, é muito grande a procura por atendimento curativo. (HADDAD,2000, p.208)

Atualmente, a política social brasileira conserva em sua concretização o caráter fragmentário, setorial e emergencial que legitima os governos que buscam apoio nas bases sociais para manter-se a partir do atendimento de algumas reivindicações da sociedade. Nesse processo clientelista onde se acomodam interesses diversos, permite-se o acesso discriminatório a recursos e serviços sociais, justificando assim o caráter excludente das políticas sociais que se concretiza de forma inoperante, fracionada e sem regras estáveis ou reconhecimentos de direitos.

Com as transformações geoespaciais ocorridas nas últimas décadas com a intensa migração do campo para a cidade, modificam-se os padrões de comportamentos sociais, com o aumento da mão-de-obra feminina que limitou o tempo da família disponível para as atividades domésticas e a conseqüente redução dos espaços familiares. Esses e outros determinantes provocaram novas composições familiares, e, com isso, restou quase nenhum tempo para o cuidado da pessoa idosa da família.

A Constituição Brasileira de 1988, nos artigos 229 e 230, assegura que: “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores e os filhos maiores tem o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. Assim como: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

Com relação às condições socioeconômicas da família das pessoas idosas, estudos demonstram (CAMARANO, 2004; NERI, 2006; REIS, 2005; SOUZA, 2008) que as famílias são dotadas de recursos insuficientes para promover atenção aos membros idosos que, na maioria das vezes, demandam recursos de longo prazo e de custos elevados. Os problemas condicionados as precárias condições socioeconômicas advindas das múltiplas patologias e as

dificuldades de adaptação da pessoa idosa às exigências da sociedade atual causam o seu isolamento e torna um dos mais sérios desafios a enfrentar com rapidez.

A respeito das iniciativas que são encaminhadas para adaptação da pessoa idosa ao meio ambiente e à sociedade perpassa pelo atendimento às suas necessidades sociais e de atendimento à saúde. Reconhece-se que as práticas nessa direção ainda são consideradas bastante residuais e descontínuas.

O Estado ainda concentra suas ações para o controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis, não sendo capaz de aplicar estratégias para a efetivação da prevenção e do tratamento das doenças crônicas degenerativas e suas complicações.

O fato de a sociedade brasileira ser profundamente marcada por um contexto de acentuadas desigualdades regionais e sociais, mesmo que o segmento idoso encontre-se amparado legalmente a um sistema público de saúde e previdência, depara-se com uma realidade em que se acumulam doenças degenerativas e incapacidade de toda ordem que comprometem a autonomia e a qualidade de vida desse segmento.

O investimento nas políticas de saúde e de educação tem sido apresentado como uma alternativa capaz de reduzir os problemas sociais e econômicos de um país. No caso brasileiro, há um investimento financeiro insuficiente nessas áreas, o que fortalece os impactos negativos sobre a qualidade de vida no processo de envelhecimento humano.

Nessa direção, Uchôa, Firmo e Costa (2002, p.25) asseguram que:

A situação no Brasil faz eco no panorama mundial, caracterizando-se, entretanto por algumas particularidades. Contrariamente aos países desenvolvidos onde o aumento da esperança de vida resulta de melhoria considerável das condições de vida da população, no Brasil muitos indivíduos estão hoje vivendo por mais tempo sem necessariamente, dispor de melhores condições socioeconômicas ou sanitárias.

Embora estudos investigativos recentes revelem o retrato do atual crescimento demográfico no Brasil, com ênfase ao envelhecimento humano, são os dados do Censo 2000 (IBGE, 2001) que inauguram essa questão ao expor que a população total alcança o patamar de 170 milhões de pessoas, sendo que 8,6% da população são idosos. Já dados atuais derivados da PNAD - 2007 (IBGE, 2008) indicam que os maiores de 60 anos representam 10,5% da população total.

O Quadro seguinte apresenta o processo de crescimento da população brasileira em geral e a sua relação com o segmento populacional a partir dos 60, 65 e 80 anos ou mais.

QUADRO 01: Crescimento da população entre 1997 e 2007 (%)

POPULAÇÃO	%
População em geral	21,6
60 anos ou mais	47,8
65 anos ou mais	49,2
80 anos ou mais	65

FONTE: Síntese de Indicadores Sociais, IBGE, 2008.

Há projeções feitas pelo IBGE, segundo as quais em 2050 a população brasileira alcançará 238 milhões de habitantes dos quais 52 milhões, ou seja, 22% terão atingido mais de 60 anos de idade. Almeja-se que, com esta situação, haja uma expectativa de vida que chegará aos 73,6 (setenta e três vírgula seis) anos.

Dados da PNAD (IBGE, 2008) demonstram que a população brasileira passará de 190 milhões em 2008 para 200 milhões de habitantes em 2039/2040, e então começará a diminuir. Atualmente, o Brasil ocupa o sexto lugar, dentre as demais nações mundiais, em relação à população idosa. Desde os dados da ONU (2002) já apontavam que a situação do segmento idoso brasileiro merecia destacada atenção, pois o envelhecimento humano

neste país passou a ser considerado como um dos mais acelerados do mundo. Somente comparável com o do México e da Nigéria, em termos proporcionais.

Diante desses dados, as evidências revelam a necessidade de incrementar as políticas públicas direcionadas para o segmento idoso, pois se esses segmentos não forem integrados nas oportunidades sociais, provavelmente, será instalado, por exemplo, o caos na sociedade.

Atualmente está posto diante da realidade desencadeada pelo envelhecimento humano, o grande desafio para o Estado, a família e a sociedade, no sentido de responder às necessidades demandadas pelo grupo de idosos.

No Rio Grande do Norte – *locus* da pesquisa – a pessoa idosa começou a ser visualizada no contexto das políticas públicas nos anos de 1990 e vem sendo alvo, sobretudo, em nível estadual, da atuação da Secretaria Estadual de Trabalho, da Habitação e Assistência Social (SETHAS), da ONG Movimento de Integração e Orientação Social (MEIOS), do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMI) e do Conselho Estadual de Defesa da Pessoa Idosa (CEDEPI).

Apoiado na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso, a SETHAS desenvolve ações conjuntas com o CEDEPI, o CMI e MEIOS que buscam fortalecer a política de proteção social de forma a cumprir os preceitos jurídicos na realidade das pessoas idosas.

Na cidade do Natal, capital do Rio Grande do Norte, tem emergido uma nova perspectiva em termos da atenção à saúde da pessoa idosa partir da política desenvolvida em nível local pela instituição CEASI. Esse centro busca priorizar a análise das necessidades considerando as pessoas idosas no contexto familiar e social de forma a articular as respostas institucionais às necessidades de forma integrada e abrangente. Entretanto, a operacionalização dessa perspectiva enfrenta sérias dificuldades que são próprias da implementação do SUS e da municipalização desse Sistema.

Embora os direitos da pessoa idosa estejam regulamentados pela Política Nacional do Idoso (PNI) e no Estatuto do Idoso (EI), no entanto, as

ações de atenção aos segmentos idosos do estado do Rio Grande do Norte, na sua maioria, são promovidas por instituições não-governamentais sem fins lucrativos, beneficentes e por instituições do setor privado.

Segundo dados do IBGE (2007), no Rio Grande do Norte a população com 60 anos ou mais, em 2003 ultrapassava 200 mil pessoas, das quais 56.269 moravam em Natal. De acordo ainda com essa pesquisa, 56% das pessoas idosas residiam na capital potiguar entre 60 a 70 anos. É essa faixa de idade que mais procura os serviços de saúde, conforme apontam dos dados desta pesquisa, cuja caracterização do CEASI expõe-se a seguir.

2.2 ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM NATAL/RN: histórico e caracterização do CEASI / RN

A construção deste subitem fundamentou-se na pesquisa documental em uma perspectiva predominantemente descritiva, com a apresentação de dados qualitativos e quantitativos derivados de fontes secundárias. Também foram coletados dados primários sobre o CEASI mediante o uso da ficha de cadastro institucional, cujo modelo encontra-se apensado a esta Dissertação.

A análise desses dados procedeu-se qualitativamente através do relato descritivo, complementada com a apresentação de dados quantitativos derivados das fontes secundárias. É relevante registrar que elaborar a caracterização do CEASI constituiu-se uma tarefa árdua, uma vez que não existia documento oficial que arrazoasse de forma sistemática essa caracterização. Para tanto, coube a esta pesquisadora levantar dados junto a instituições governamentais estaduais e municipais e dados primários que pudessem subsidiar essa caracterização.

Alguns autores (CAMARANO, 2004; ALBUQUERQUE, 2008; DEBERT, 2004; TEIXEIRA, 2009; NERI, 2007; e outros) enfatizam que o envelhecimento humano é um fenômeno não só mundial. Nesta pesquisa faz-se um recorte espacial ao centrar a investigação na realidade das pessoas

idosas da cidade de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, em torno da atenção à saúde prestada pelo CEASI.

Trata-se de uma territorialidade que se insere no contexto do Nordeste brasileiro. Segundo dados do IBGE (Censo, 2000) ao final da década de 1990, Brasil apresentava uma população idosa de 14.536.029, desse número 250.594 pessoas idosas residiam no Rio Grande do Norte, constituindo-se o segundo maior índice de pessoas idosas do Nordeste, sendo superado apenas pelo estado da Paraíba; e em Natal residia 56.269, também ultrapassado somente por João Pessoa, capital paraibana. “O Rio Grande do Norte possui, proporcionalmente em relação à população, o segundo maior contingente de idosos do Nordeste. De acordo com dados do IBGE, são 8,2% de pessoas acima dos 60 anos no Estado”. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, 2009, p. 01)

No caso do Centro Especializado de Atenção à Saúde do Idoso (CEASI) – que se constituiu a unidade investigativa desta pesquisa – trata-se de uma instituição de natureza pública que funciona nas dependências do Centro Clínico “Dr. José Carlos Passos”, o qual se situa à Rua Praça Augusto Severo, 281, no Bairro da Ribeira, Zona Leste da cidade do Natal/RN.

O CEASI caracteriza-se como órgão suplementar da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Configura-se como uma instituição que implementa as políticas de assistência à saúde, direcionada ao trabalho especializado de atenção à saúde da pessoa idosa de modo a contribuir para o desenvolvimento de atividades curativas e preventivas de referência primária e secundária em decorrência da complexidade dos atendimentos prestados.

Conforma-se como um Centro de Referência de Atenção ao Idoso, por intentar basicamente a concretização de ações de promoção à saúde através das atividades de grupo, com ênfase no envelhecimento saudável e na manutenção da qualidade de vida, sendo estas a razão principal de sua existência.

A citada instituição constitui-se em um campo de estágio curricular dos alunos de vários cursos de nível superior da Universidade Federal do Rio

Grande do Norte (UFRN) e da Universidade Potiguar (UnP), de modo a servir de campo de pesquisas, treinamento e aperfeiçoamento na área de estudos sobre o envelhecimento humano.

A implantação do CEASI ocorreu pela necessidade de atender às demandas da crescente população idosa na cidade de Natal/RN, que até então não dispunha de assistência à saúde adequada em razão da inexistência de quaisquer serviços públicos, direcionados à atenção integrada à saúde desse segmento no Rio Grande do Norte.

Esse centro teve na sua trajetória histórica, várias denominações de acordo com o contexto vivenciado. Inicia as suas atividades a partir das reivindicações dos movimentos organizados da sociedade civil, sobretudo, dos movimentos dos aposentados. Inicialmente, são as associações, ainda timidamente, que inauguram a sua atuação na década de 1960; mais tarde dá-se a união dos aposentados e pensionistas do Brasil e ganha sustentação política nas décadas de 1970 e 1980; e, das associações de aposentados e pensionistas, o movimento se efetivou com a criação de federações que se uniram, em 1985, à Confederação Brasileira de Aposentados e de Pensionistas (COBAP).

Os protestos contra a miséria da população encontram espaços para emergência de novos atores sociais: as pessoas idosas, sobretudo, no final da década de 1980 e início da década de 1990, em decorrência da Constituição de 1988 e da Política Nacional do Idoso em 1993. É nesse contexto conjuntural que o Estado passa a perceber a necessidade de organizar programas, projetos, serviços e ações destinados à população que integra a faixa etária a partir dos 60 anos de idade, em virtude de esse segmento da população vir apresentar alterações em seu comportamento demográfico em termos do avanço quantitativo, o que passa a exigir a adoção de políticas efetivas que vislumbrem, especialmente, a sua cobertura assistencial.

Em 1994, foi criado o primeiro Núcleo de Projetos Especializados na Atenção a Saúde do Idoso (NPEASI) na cidade de Natal, com os seguintes objetivos:

- Proporcionar o bem estar físico, mental e social as pessoas de 60 anos ou mais, visando melhorar a qualidade de vida tendo como princípio básico a prevenção, recuperação e reabilitação dos agravos;
- Capacitar as equipes das Unidades Básicas de Saúde do SUS para proporcionar um atendimento adequado ao idoso, de modo a constituir em um acesso primeiro dos gerentes ao sistema de saúde;
- Implantar Unidades de Referências Centro Integrado de Assistência ao Idoso (CIAI) para proporcionar a esta significativa parcela da população, assistência ambulatorial especializada com envolvimento de equipe multiprofissional;
- Assegurar mecanismo de referência e contra-referência ao idoso, aos serviços de maior complexidade, inclusive a assistência hospitalar;
- Estabelecer articulação com outras instituições que atuam junto ao idoso com o intuito de desenvolver ações integradas de terapia ocupacional, lazer e socialização. (CODESA, 1993, p.06).

Esse Núcleo funcionou vinculado diretamente à Secretaria Estadual de Saúde, centrado em parte da estrutura física do Centro Clínico de Lagoa Seca, na Zona Sul de Natal/RN, denominado Centro de Atenção ao Idoso (CIAI). O NPEASI era composto de ambulatórios de média complexidade e foi organizado para assistir a pessoa idosa através da oferta de serviços de assistência social, psicologia, médico-geriátrico, farmacêutica, odontologia e laboratorial e ou de apoio ao diagnóstico, entre outros (anexo 02)

No mesmo ano de sua criação (1994), o Núcleo foi municipalizado e passou a funcionar na Rua Campos Sales, Cidade Alta, em um prédio alugado; depois, mudou-se para a Rua Apodi, Cidade Alta na região central, em uma casa alugada. Em 1998, sofreu alterações na sua nomenclatura e passou a ser denominado Centro de Referência de Assistência ao Idoso (CREAI).

A partir desse período, o Centro passou a desempenhar um importante papel no acolhimento das demandas mais especializadas nas clínicas comumente associadas à faixa etária idosa, que disponibiliza, além de consultas e exames de apoio diagnóstico, o adequado tratamento e recuperação para a população idosa. Desenvolve também atividades que fortalecem a convivência entre as pessoas idosas e fomenta momentos de

integração entre os participantes dos grupos monitorados pelos profissionais que atuam nos serviços do Centro. Em 2004, passou a funcionar no Centro Clínico “Dr. José Carlos Passos”, Praça Augusto Severo, 281, Bairro da Ribeira, inserido na Clínica do Distrito Sanitário Leste da cidade do Natal/RN.

Atualmente, a SMS está a lançar uma proposta que redefine o desenho da rede assistencial, fundamentado no princípio da garantia do acesso, integralidade da atenção, da humanização e da resolutividade. Focaliza a manutenção de uma linha de assistência que perpassa da atenção básica até os níveis mais complexos da assistência, inclusive com associação de programas de internação domiciliar junto aos serviços de nível primário.

Em face de a instituição até então existir de fato, mas não de direito, o processo de redesenho da rede de assistência fundamentou-se na Lei 10.740/2003, nas Portarias SAS/MS nº 702/2002 SAS/MS nº 249/2002, GM/MS nº 703/2002 e SAS/MS nº 843/2002.

Em 2007, através o Decreto nº 8.222 de 31 de julho de 2007 (anexo 03), a referida instituição sofreu alteração na sua nomenclatura ao passar a ser denominada de Centro Especializado de Atenção à Saúde do Idoso (CEASI), com atuação no âmbito do município do Natal e também responsável pela funcionalidade dos programas, projetos, serviços e ações de saúde. (anexo 04)

O CEASI caracteriza-se também como unidade de referências para diagnósticos e tratamentos qualificados na assistência ao portador de doenças de Alzheimer e a partir da orientação e realização de planos terapêuticos especializados de características multi-profissional e transdisciplinar (anexo 05)

No que se diz respeito à assistência à saúde da pessoa idosa, o CEASI presta vários serviços, tais como: geriatria, oftalmologia, reumatologia, otorrinolaringologia, ginecologia, cardiologia, serviço social, psicologia, nutrição, farmácia, enfermagem e terapia ocupacional.

Os programas e projetos operacionalizados pela instituição são de responsabilidade da equipe multiprofissional, dentre os quais se destacam:

Programas de Assistência aos Portadores de Diabetes Mellitus, Programa de Prevenção e Controle de Hipertensão Arterial e Programa de Prevenção ao Câncer do Colo do Útero, além de realização de programas que funcionam em nível ambulatorial, marcação e autorização de exame de média complexidade e alta complexidade (eco-cardiograma, RX, mamografia, ultrassonografia abdominal e transvaginal, de próstata, de articulação, de rins, bem como de endoscopia digestiva, tomografia e densitometria óssea).

Os exames de laboratório são encaminhados para o Centro Clínico “Dr. José Carlos Passos”. Em todos esses programas, o conteúdo predominante das práticas sanitárias está centrado no enfoque restrito da doença em seu aspecto biológico e individual. Os critérios de acesso aos programas têm como elemento definidor a história natural da doença, dessa forma, existe não apenas uma fragmentação do conhecimento, mas também o atendimento. Por conseguinte, são ações eminentemente curativistas, fragmentadas, imediatistas, centradas na figura do médico.

Os recursos humanos do CEASI apresentam as seguintes características: um quadro permanente representado pelos funcionários que pertencem ao Ministério da Saúde, à Secretaria Estadual da Saúde e à Secretaria Municipal da Saúde. Trata-se de um quadro multiprofissional.

QUADRO 02: RECURSOS HUMANOS DO CEASI, NATAL, 2006

RECURSOS HUMANOS DO CEASI					
MÉDICOS ESPECIALISTAS	Nº	TÉCNICOS DE NÍVEL SUPERIOR	Nº	PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO	Nº
Geriatra	02	Psicólogo	02	Auxiliar de enfermagem	06
Geriatra do programa de Alzheimer	01	Assistente social	02	Técnico de Enfermagem	01
Reumatologista	01	Enfermeira	02	-----	
Neurologista	02	Terapeuta Ocupacional	01	-----	
Otorrinolaringologista	01	Nutricionista	01	-----	

Ginecologista	01	Educador Físico	01	-----	
Oftalmologista	01	Arte educador	01	-----	
Cardiologista	01	Farmacêuticos	01	-----	
-----		Administradora	01	-----	

FONTE: CEASI

A caracterização quanto ao gênero desses recursos humanos revela, no contexto do CEASI, peculiaridades que são comuns à maioria das instituições das áreas da saúde: há uma predominância do sexo feminino tanto na categoria de nível superior como na de nível médio. Trata-se de uma característica de natureza histórico-cultural que, com exceção do médico, cuja predominância ainda é masculina, as demais áreas do saber são marcadas pela presença feminina em razão de haver uma identificação de gênero em relação ao ato de cuidar.

QUADRO 03: CATEGORIAS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DO CEASI, NATAL/RN, 2006

CATEGORIAS MAIS REPRESENTATIVAS DE NÍVEL SUPERIOR		
Médico	10	50%
Enfermeira	02	8,6%
Assistente Social	02	8,6%
Nutricionista	01	4,3%
Psicólogas	02	8,6%
Educador Físico	01	4,3%
Arte Educador	01	4,3%
Farmacêutico	01	4,3%
Administrador	01	4,3%
Terapeuta Ocupacional	01	4,3%

FONTE: CEASI

No quadro permanente, os funcionários estão assim distribuídos: funcionários de nível superior correspondem a 76%; e funcionários de nível médio correspondem a 24%. Esses profissionais são regidos pelo Regime

Jurídico Único e o acesso deu-se por via de concurso público e/ou através de enquadramento funcional.

Atualmente, o CEASI apresenta carência de recursos humanos nos níveis superior, intermediário e de apoio para atender a uma demanda que cresce de forma acentuada. Essa carência deriva da não concretização da nomeação dos aprovados em concurso público recente, bem como pelo desligamento de prestadores de serviços vinculados a SMS/Natal.

É preciso evidenciar que, no tocante aos serviços de apoio, como alternativa para a situação colocada, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal celebrou um convênio com empresa privada de cooperação mútua, por via da terceirização, para efetuar serviços nas áreas de Auxiliar de Serviços Gerais – ASG, manutenção, zeladoria e limpeza do Centro Clínico “Dr. José Carlos Passos” que disponibiliza alguns desses funcionários para realizar os serviços de limpeza, zeladoria e arquivo do CEASI. Desse modo, há uma dupla precarização dos trabalhadores dos serviços de apoio: de um lado, a precarização do vínculo, uma vez que são terceirizados; por outro, a forma precária de inserção desses trabalhadores no CEASI através da disponibilização de pessoal, vinculado a outra unidade de Saúde.

Existe atualmente vinculados ao CEASI um significativo número de profissionais, principalmente médicos, que atuam em diversas especialidades e exercem ações de promoção da saúde com ênfase no envelhecimento humano saudável.

As instalações físicas apresentam deficiência na sua conservação bem como nas instalações elétricas e hidráulicas, apesar de o CEASI estar em constante reforma para adequar suas instalações à realidade, sobretudo, dos seus usuários.

QUADRO 04: ESTRUTURA FÍSICA DO CEASI, NATAL/RN, 2006

ESTRUTURA FÍSICA DO CEASI	
Arquivo	01
Gabinete médico	05
Sala de espera	01
Sala de Serviço Social	01
Sala de Enfermagem	01
Sala de Nutricionista	01
Sala de Psicologia	01
Auditório	01
Sala da Administração	01
Farmácia	01
Banheiro para funcionários	02
Banheiros para usuários	02

FONTE: CEASI

Os recursos financeiros que são repassados para manutenção do Centro advêm do Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS) e Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS). Por meio de informações colhidas juntos aos gestores do CEASI, verificou-se que esses recursos ainda são insuficientes para o atendimento das necessidades da população idosa em virtude dos repasses estarem cada vez mais escassos e inconstantes, o que, compromete seriamente o atendimento da população usuária idosa.

[...] o ajuste macroeconômico afetou o SUS drasticamente através da contenção de recursos para a política de saúde, implementada ao longo da década de 1990, agravada pelos recorrentes contingenciamentos dos recursos alocados ao setor, geraram uma crise de financiamento do SUS, que foi motivada não por fatores intrínsecos ao modelo do sistema de saúde, mas por fatores externos vinculados ao ajuste fiscal adotado pelos governos desde então (modelo esse que,

infelizmente, perdura até hoje). (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 2000)

Os recursos repassados pelo SAI/SUS são responsáveis pela manutenção dos custeios (equipamentos, manutenção, medicamentos, entre outros), a SES e SMS são responsáveis pelo pagamento de pessoal (funcionários das respectivas esferas governamentais).

A administração desenvolve um trabalho integrado para enfrentar os problemas que afetam o CEASI, de modo a objetivar uma maior fluidez do processo gerencial como: sistema de reunião periódica que envolve todos os profissionais; participação da comunidade nas ações do Centro; utilização racional dos recursos; dentre outros.

É importante ressaltar que a extrema e complexa divisão de trabalho gera distorções e uma grande fragmentação nos serviços, o que implica em dificuldades para desenvolver as ações propostas. “Muitos trabalhadores, por estarem descontentes, ‘tocam serviços’, contribuindo para inadequação da assistência, que produzem conflito, os quais desgastam a si próprios, fechando-se assim um círculo vicioso”. (RIMOLI, 2006, p. 202)

Pela localização geográfica o CEASI, a instituição é considerada de fácil acesso, levando em consideração está situada no Distrito Leste da rede de saúde (divisão territorial e administrativa da Secretaria Municipal de Saúde) que abrange os bairros do Alecrim, Cidade Alta, Lagoa Seca, Mãe Luiza, Tirol, Rocas, Ribeira e Petrópolis. (anexo 06)

Embora exposto à poluição sonora, o local é assistido por todas as linhas de ônibus coletivos procedentes da maioria dos bairros periféricos da cidade. O público alvo do CEASI corresponde à população idosa de 60 anos acima advinda de diversas áreas da cidade de Natal/RN. A média de atendimento ao mês é aproximadamente de 4.800 pessoas idosas e diariamente são realizados 400 atendimentos.

Ao ressaltar o acesso aos serviços prestados pelo CEASI, comprovou-se que a demanda dos usuários idosos é superior em relação à oferta dos serviços. Em face disso, há uma demanda reprimida, que provoca filas de espera para atendimento médico, marcação de consultas e exames de

média e alta complexidade. Esse quadro contradiz o Art. 15 do Estatuto do Idoso quando garante que:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. (BRASIL/ PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2004, p.11)

De acordo com a organização dos serviços propostos pelo SUS, o CEASI deve funcionar mediante um sistema integrado, regionalizado, hierarquizado e descentralizado, como um sistema de referência e contra-referência. Na prática, o que ocorre é que os recursos destinados ao setor de saúde não são compatíveis com a necessidade real da população idosa usuária.

O processo de envelhecimento da população brasileira é irreversível. Os idosos vivem mais tempo e precisam viver melhor (CARAMANO *et al.*, 1999). Esse é o desafio que se tem à frente. O aumento do número de idosos implica maior prevalência de transtornos de doença. De modo geral, os males nos idosos são crônicos e acarretam grande consumo de serviços assistenciais, representando, entre outros, por elevada frequência de internações hospitalares, longos períodos de ocupação dos leitos e maior consumo de medicamentos de uso contínuo (BONOMO *et al.*, 2003). Os tratamentos são cada vez mais dispendiosos pelo uso de tecnologia complexa para o cuidado adequado (VERAS, 2001). (PEREIRA; CIESLINSKI; VASCONCELOS, 2006, p. 27-28)

Em termos conclusivos, de acordo com os dados coletados levantados, verificou-se que a caracterização do CEASI aponta para a existência de um quadro de múltiplo sucateamento. Evidencia-se a precarização funcional dos seus programas, projetos, serviços e ações em decorrência da falta de recursos humanos (médicos especializados, técnicos de níveis superiores, técnicos de níveis médio e pessoal para manutenção do centro como: limpeza, zeladoria, entre outros financeiros), além da carência de materiais e medicamentos.

A precarização dos programas, projetos, serviços e ações prestados pelo CEASI têm como uma das causas determinantes a implementação da

política neoliberal vigente no país que influencia diretamente as ações e práticas das políticas públicas, atingindo fortemente a população idosa, principalmente na Previdência e na Saúde. Mesmo com todos os avanços ocorridos a partir da década de 1980, fica evidente que dificuldades enormes mostram a fragilidade do sistema de saúde, expondo a ineficiência do poder público.

Outra precarização já analisada é a falta de recursos necessários para custear a política de saúde da pessoa idosa, que exige cuidados especiais, tratamentos diferenciados, medicamentos caros, próteses, dentre outros aspectos assistenciais.

Decerto, a crise da política de saúde é generalizada. Nesse sentido, afirma Fleury *apud* Von Sinson, Neri e Cachioni (2003, p.90): “Somente a construção e reconstrução democrática, com uma mobilização política efetiva, poderiam melhorar a atenção a saúde, tornando-se o maior desafio para a década seguinte, ou seja, os anos de 1990, que foram marcados pelo ajuste neoliberal”.

Borges (2003) assenta que a política de saúde construída nos anos de 1980, ao longo das décadas seguintes está sendo desconstruída em virtude da implementação da política neoliberal que promove a redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desemprego estrutural, a precarização das condições de trabalho, o desmonte da previdência social e o sucateamento da saúde, da educação e das demais políticas sociais. No caso da política de saúde, estrategicamente passa a ser conduzida pela lógica do mercado com a responsabilização da sociedade civil pelos custos da crise.

Apesar dos avanços legais nas políticas sociais brasileiras, e, sobretudo, na política de saúde, os serviços, programas e ações de assistência à saúde da pessoa idosa, implementados na cidade de Natal/RN, precisam ser potencializados mediante uma ampliação da atenção básica, dos serviços especializados no CEASI.

Essa conclusão embasa-se na condição de precarização detectada no funcionamento dos serviços do centro frente a uma demanda que se amplia

à medida que se acelera o envelhecimento humano no país. Ademais, há de se considerar o nível sócio-econômico da maioria das pessoas idosas que frequentam o CEASI, que é marcada pela destituição material, conforme se passa a analisar no Capítulo seguinte desta Dissertação.

3. A CONSTRUÇÃO DO PERFIL DAS PESSOAS IDOSAS USUÁRIAS DO CEASI

Este Capítulo intenta levantar e discutir os traços que perpassam a construção do perfil dos usuários idosos do CEASI, no município de Natal/RN. A preocupação investigativa em analisar o perfil dos usuários das Políticas Sociais é algo recente na produção do conhecimento nas Ciências Sociais Aplicadas, sobretudo, no Serviço Social.

Segundo Yamamoto (2007), durante décadas o objeto de pesquisa do Serviço Social centrou-se no contexto macrosocietário, principalmente na relação entre Estado e sociedade. A publicação da Tese de Doutorado de Maria Carmelita Yazbek, denominada **Classes subalternas e Assistência Social** (1993), introduz no debate e na pesquisa da formação profissional dos Assistentes Sociais o interesse investigativo pela identidade e cotidiano dos usuários da Política da Assistência Social, marcados pela subalternidade.

A partir dessa publicação, outras obras emergem centradas no foco analítico de determinados segmentos populacionais, usuários das unidades programáticas das Políticas Sociais, com maior destaque para o segmento da criança e do adolescente.

Os usuários idosos, enquanto objeto de estudo e sujeitos das pesquisas, ganham centralidade investigativa a partir da constatação do processo de envelhecimento humano da sociedade brasileira e com a aproximação aos recentes estudos da Gerontologia Social e áreas afins.

A discussão dos traços identitários que compõem o perfil dos usuários idosos do CEASI alicerçou-se em metodologias quantitativas e qualitativas no trato dos dados primários e secundários, permeados pelos estudos teóricos de autores que analisam as discussões acerca das categorias que explicam a identidade, o cotidiano, o acesso e o atendimento das necessidades dos usuários pelas Políticas Sociais, como: NERI (2003), BASSET (2002), TAVARES (2006), CAMARANO (2002; 2004), NERI (2007), VERAS (2002), LOPES (2003), ALBUQUERQUE (2008) e outros.

A coleta dos dados primários realizou-se através do uso da entrevista semi-estruturada e da aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas, junto a 40 (quarenta) usuários do CEASI que compuseram a amostra aleatória por acessibilidade (GIL, 1999).

Os dados que contemplam o perfil dos usuários idosos constituem-se na 1ª Parte do Questionário e encontra-se dividido em: dados pessoais e dados sócio-econômicos. O modelo do questionário encontra-se no Apêndice desta Dissertação.

Os dados secundários foram coletados, sobretudo, de estatísticas públicas (IBGE e IPEA) e de outros institutos de pesquisa, como a FGV (Fundação Getúlio Vargas). O processo de coleta também compreendeu a pesquisa bibliográfica e documental, esta junto a instituições governamentais estaduais e municipais.

A análise dos dados coletados por esses instrumentos e técnicas realizou-se pelo uso predominante da metodologia quantitativa mediante a leitura estatística descritiva com Tabelas e Gráficos, complementada com a análise documental de fontes secundárias que estudam a realidade demográfica brasileira, sobretudo, com dados sobre as pessoas idosas.

De acordo com os estudos demográficos, o envelhecimento humano é crescente quando ocorre a ampliação da participação relativa de pessoas idosas no total da população. Assim, “É aceito entre os estudiosos que uma população seja considerada envelhecida quando a proporção da população acima de 65 anos oscile entre 8 e 10% da população total” (BERZINS, 2003, p.22)

Considera-se que o envelhecimento humano é reflexo do aumento da expectativa de vida devido ao avanço no campo da saúde e à redução da taxa de natalidade. A Síntese dos Indicadores Sociais (IBGE, 2009) revela que a população brasileira com menos de um ano de idade reduziu-se em 27,8% em dez anos, passando de 1,8% da população total em 1998 para 1,3% em 2008; assim, o atual contingente de pessoas idosas brasileiras, de 21 milhões, já é superior ao de crianças de 0 a 6 anos — que é de 19,4 milhões. Entre

1998 e 2008, a proporção de pessoas idosas de 60 anos ou mais do país aumentou de 8,8% para 11,1%.

Segundo ainda a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2009), em 2008 havia 9,4 milhões de pessoas com 70 anos ou mais no país, 4,9% da população total. De 1998 a 2008, o grupo etário de 80 anos ou mais foi o que mais cresceu, chegando a quase 70% ou 3 milhões de pessoas.

Esse contingente de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil supera a população idosa de vários países europeus, como a França, a Inglaterra e a Itália, entre 14 milhões e 16 milhões cada. Em face desses números, o Brasil encontra-se na lista dos 10 países com maior população de pessoas idosas em termos absolutos do mundo; ocupa a oitava colocação, sendo os primeiros do *ranking*: China, Índia, EUA, Japão, Rússia, Alemanha e Indonésia.

Segundo ainda a Síntese dos Indicadores Sociais (IBGE, 2009), com o aumento da expectativa de vida e a queda da fecundidade, a tendência de envelhecimento da população brasileira se consolidou. Os especialistas reconhecem que essa expansão indica aumento da taxa de longevidade no Brasil, mas requer medidas para garantir atendimento a esses idosos na rede pública.

O aumento da população idosa do Rio Grande do Norte também tem sido significativa a ponto de se constituir, em termos relativos, a 4ª maior do Nordeste com 10,6 (IBGE, 2009), superada apenas pelos estados da Paraíba (11,6), Piauí (11,0) e Ceará (10,9). Em 2008, a população potiguar atingiu, em termos absolutos, 333.000. Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte (2009), a região da Grande Natal possui 102.127 pessoas idosas.

Seguem, abaixo, os dados da população residente, por grupo de idade de 60 anos ou mais, segundo as Unidades da Federação da Região Nordeste e do Brasil, no período de 2007-2008. Trata-se de uma Tabela que foi construída a partir dos dados apresentados na Síntese dos Indicadores

Sociais do IBGE (2009), correspondente à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2008.

Quadro 05: População residente, por idade de 60 ou mais, segundo Unidades da Federação da Região Nordeste e Brasil – 2007e 2008

REGIÃO	ANOS 2007		ANOS 2008	
NORDESTE	NÚMEROS		NÚMEROS	
ESTADOS	ABSOLUTOS	RELATIVOS	ABSOLUTOS	RELATIVOS
	(1.000 PESSOAS)	(%)	(1.000 PESSOAS)	(%)
Maranhão	542	8,6	553	8,6
Piauí	336	10,7	349	11,0
Ceará	883	10,6	920	10,9
Rio G. do Norte	289	9,3	333	10,6
Paraíba	420	11,2	438	11,6
Pernambuco	852	9,8	887	10,1
Alagoas	302	9,6	303	9,5
Sergipe	156	7,8	161	7,9
Bahia	1.428	9,9	1.497	10,3
BRASIL	19.745	10,5	21.039	11,1

FONTE: IBGE, Síntese dos Indicadores Sociais, 2009 (Adaptação da autora)

Como se aventou, a análise dos dados identitários que compõem o perfil dos usuários idosos do CEASI considerou duas dimensões: os dados pessoais e os dados sócio-econômicos.

3.1 PERFIL DAS PESSOAS IDOSAS USUÁRIAS DO CEASI SEGUNDO A DIMENSÃO PESSOAL

A dimensão investigativa dos dados pessoais dos usuários idosos do CEASI contempla as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, cor/etnia, religião, estado civil, zonas residenciais e papel desempenhado nas relações familiares.

Inicia-se a análise dos dados pessoais com a apresentação e a discussão dos resultados referentes ao **sexo** e à **faixa etária** das pessoas idosas entrevistadas.

Tabela 01 -Sexo e Faixa Etária das Pessoas Idosas Entrevistadas. Natal /RN, 2007

Sexo/ Faixa Etária	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60 – 70	02	5%	20	50%	22	55%
71 - 80	04	10%	14	35%	18	45%
TOTAL	06	15%	34	85%	40	100%

Fonte primária

A distribuição por sexo dos idosos entrevistados segue a tendência nacional ao apresentar um maior número de mulheres.

A população do País, em 2008, era composta por cerca de 92,4 milhões de homens e 97,5 milhões de mulheres. A tendência de envelhecimento da população residente foi verificada para homens e mulheres e a população feminina continuou a apresentar uma estrutura etária mais envelhecida que a da população masculina. [...] a população de 60 anos ou mais de idade representava 12,1% do total de mulheres e 10,0% de homens. (IBGE, 2009, p. 40)

O fato de o processo de envelhecimento humano brasileiro se consolidar reforça o nível de desigualdade em face da qualidade de vida e do bem-estar dos extratos sociais mais idosos, o que contribui para a exclusão social como expressa Neri (2003, p.34).

O envelhecimento populacional em curso no Brasil é descrito de várias formas, invariavelmente enfatizando que o envelhecimento populacional é um problema grave, que está crescendo muito rápido **e excessivamente o número de idosos e que os velhos são um ônus para a sociedade**. Nesse cenário, o que deveria ser alvo de comemoração a subida da expectativa de vida de 43 para 70 anos em cinco décadas, é motivo para tristeza e preocupação.

Esse aumento considerável da participação da população idosa produz enormes impactos e transformações nas políticas públicas, principalmente saúde, previdência e assistência social. Em relação à cobertura previdenciária, sabe-se que no país, grande parte das pessoas com 60 anos ou mais passa a receber benefícios, sobretudo, derivados das aposentadorias ou pensão e à medida que a população envelhece, aumenta os beneficiários.

Aqueles segmentos idosos que não possuem cobertura previdenciária, portanto, afastados do trabalho protegido, a depender de sua condição econômica, passam a viver do Benefício da Prestação Continuada (BPC), vinculado à Política da Assistência Social.

Ademais, o aumento de pessoas idosas implica na maior prevalência de transtornos de doença, o que vai exigir maior e adequada atenção à saúde tanto preventiva como curativa dessas pessoas.

A não cura de enfermidades, associada ao aumento da sobrevida dos doentes, tendem a elevar a prevalência desses transtornos na população. Os transtornos se mal cuidados tendem a fragilizar o idoso tornando-o ainda mais vulnerável e cada vez mais dependente de cuidados por parte da família, da sociedade e do Estado. (PEREIRA; CIESLINSKI; VASCONCELOS, 2006)

Considerando que a realidade das pessoas idosas entrevistadas insere-se no Nordeste brasileiro, significa que, além da desigualdade social, essas pessoas são atingidas pela desigualdade regional pelo fato de essa região possuir os mais frágeis indicadores sociais, marcados pela expectativa de vida ainda baixa, motivada por condições de sobrevivência precária: desnutrição, subsalários, fome, analfabetismo, seca. Devido a esses perversos indicadores, supõe-se haver graves disparidades quanto ao processo de

envelhecimento da população nordestina em relação às demais regiões do país.

Em razão das desigualdades regionais e sócio-econômicas vivenciadas pela população, o processo de envelhecimento pode se antecipar, ou seja, ocorrer precocemente independentemente da questão etária. “[...] a idade cronológica por si só não é suficiente para explicar o envelhecimento humano, assim como é difícil precisar quando uma pessoa começa a envelhecer [...]” (BASSET, 2002, p.177).

Os dados do Quadro 06 ainda revelam a comprovação do processo de feminização vivenciada pela população idosa, conforme reflete a realidade da composição da população idosa no Brasil. Há predominância do sexo feminino em relação ao masculino do ponto de vista demográfico brasileiro. “Embora as taxas de mortalidade das populações masculina e feminina venham declinando no tempo. O diferencial favorável as mulheres se verifica tanto na população total quanto na população de idosos” (BERQUÓ, 1999, p.25).

A prevalência da população feminina entre as pessoas idosas tem, ao longo desses últimos anos, apresentado desdobramentos significativos nas demandas por políticas públicas. Uma delas refere-se ao fato de que, embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas estão mais expostas a deficiências físicas e mentais do que seus parceiros, como também estão sujeitas a outras doenças em face do período climatérico.

Trata-se da fase marcada pela ocorrência de inúmeras reações em virtude da privação estrogênica. “[...] acarreta às mulheres maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e de osteoporose, o que, no decorrer dos anos, pode significar perda de autonomia e piora da qualidade de vida.” (TAVARES, 2006, p. 54).

Por outro lado, há de se considerar que a feminização do processo de envelhecimento deriva do fato de as mulheres idosas, em geral, estarem menos expostas a determinados fatores de riscos, principalmente no trabalho,

consumir menor quantidade de tabagismo e de bebidas alcoólicas e procurar os serviços de saúde, frequentemente, com vistas à prevenção de doenças através da realização de exames periódicos. Essa postura difere dos homens em seu comportamento diante de doenças e incapacidades.

Assim, embora os aspectos biopsicossociais e culturais venham determinando o processo de envelhecimento humano compreende-se que homens e mulheres vivenciam a fase do envelhecimento de forma diferente.

O aspecto seguinte a ser analisado refere-se à autodeclaração da **raça/cor**: branca, negra e parda pelos idosos entrevistados.

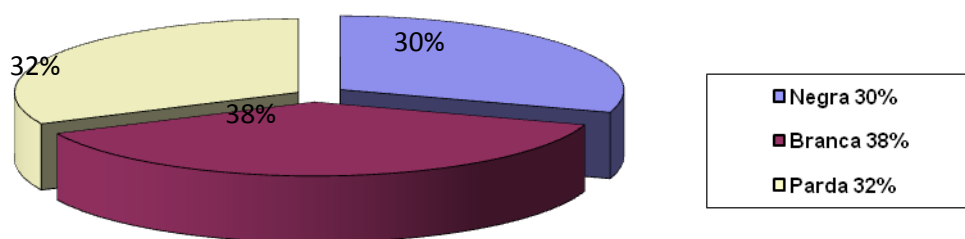


Gráfico 01 - Raça/Cor das Pessoas Idosas Entrevistadas. Natal/RN, 2007.

Fonte: Primária

Os resultados indicam a predominância de pessoas idosas brancas (38%) em relação às demais: pardas (32%) e negras (30%). Ao juntar as duas últimas incidências, obtém-se um percentual de 62% de pessoas idosas cuja raça/cor vincula-se às camadas mais pobres da sociedade brasileira.

A pesquisa “Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça” (2008), realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pelo Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), aponta que na parcela de 10% dos mais pobres da população brasileira (dentro do total de 30,2% de pobres), 71% são negros. “[...] a linha que separa pobres do resto da população sobe ou desce de acordo com a cor da pele: a grande maioria dos negros está na ou abaixo da linha de pobreza”. (IPEA/UNIFEM, 2008, p. 18)

No Brasil, as famílias pobres são negras e pardas e preservam o baixo status econômico e social, em função da falta de oportunidades, o que

acarreta um baixo nível de escolaridade, ingresso precoce no mercado de trabalho ou sub-trabalho e, desse modo, efetiva-se a reprodução da pobreza. Assim, o fato de 62 % dos idosos entrevistados serem pardos e negros, essa constatação afeta decisivamente no processo de envelhecimento dessas pessoas. A segregação e exclusão marcam ao longo da vida.

O acirramento da exclusão social a negros e pardos acrescidos da má distribuição de renda impõe ao grupo de pessoas idosas negras e pardas a se tornarem o contingente considerável de indigentes, dentro dos atuais quadros de pobreza no Brasil. Também apresentam uma maior taxa de mortalidade em diversos grupos etários. Segundo pesquisa sobre pessoas idosas realizada pelo IBGE (2007, p. 32), os idosos brancos vivem mais que os negros ou pardos. “Devido às condições de vida mais precárias do ponto de vista sócio-econômico especialmente, 8,6% dos negros e pardos ultrapassam os 60 anos, enquanto que os brancos, 11,7% conseguem chegar à velhice”.

Com relação à **religião**, verificou-se a predominância católica de 85% da população idosa entrevistada, como se pode atestar no Gráfico abaixo:

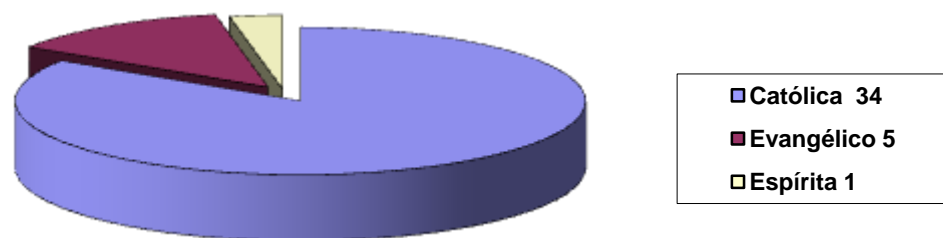


Gráfico 02 - Tipo de Religião Adotada pelas Pessoas Idosas Entrevistadas. Natal/RN, 2007

Fonte: Primária

Esses resultados que demonstram a predominância absoluta do catolicismo (85%) segue a tendência da população brasileira que é majoritariamente cristã (89%), sendo sua maior parte católica. Mas, nas últimas décadas, as religiões protestantes têm crescido rapidamente em número de adeptos, alcançando atualmente uma parcela significativa da

população. Do mesmo modo, aumenta o percentual daqueles que declaram não ter religião, grupo superado em número apenas pelos católicos nominais e evangélicos.

Em pesquisa realizada pelo DATAFOLHA (2007) sobre a religião dos brasileiros, apresentam-se os seguintes resultados; 64% são católicos (vinculados à Igreja Católica Apostólica Romana); 17% são evangélicos pentecostais (pequenas e médias empresas de Jesus); 6% não seguem religião alguma; 5% são evangélicos não-pentecostais; 5% outras religiões; e 3% são espíritas

Muitos praticantes das religiões afro-brasileiras, assim como alguns simpatizantes do espiritismo, também se denominam "católicos", e seguem alguns ritos da Igreja Católica. Esse tipo de tolerância com o sincretismo é um traço histórico peculiar da religiosidade no país: a existência de grande diversidade religiosa em função da miscigenação cultural.

No tocante ao **estado civil** das pessoas idosas entrevistadas vislumbram-se os resultados no Gráfico abaixo:

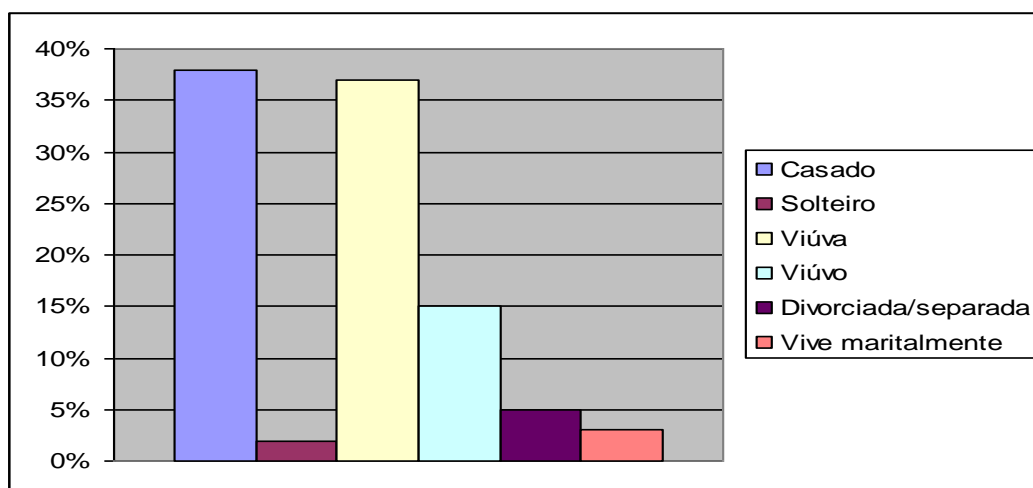


Gráfico 03 - Estado Civil das Pessoas Idosas Entrevistadas. Natal/ RN, 2007

Fonte: Primária

Tais resultados revelam duas incidências similares: a proporção de pessoas idosas casadas juridicamente (38%) e de mulheres viúvas (37%).

dados semelhantes a realidade enfatizada a nível nacional, onde o número de mulheres viúvas apresenta-se sempre maior que dos homens viúvos.

As mulheres idosas predominam entre as viúvas. Em 1940, a proporção de idosas nessa condição era duas vezes mais elevada do que a de idosos e, em 2000, essa diferença passou a ser quatro vezes maior. Isso se deve a dois fatores: a maior longevidade da mulher e o recasamento, mais frequentemente observado entre os homens idosos. (CAMARANO; KANSO; LEITÃO E MELLO, 2004, p. 31)

Camarano acrescenta ainda (2002, p. 61) sobre o fenômeno social e cultural da viuvez das mulheres idosas:

As normas sociais e culturais prevaletentes em nossa sociedade, que levam os homens a se casarem com mulheres mais jovens do que eles. Isso se dá, possivelmente, pelo processo que associa às mulheres, em geral, e às idosas, em especial, menores oportunidades de um novo casamento em casos de separação ou viuvez.

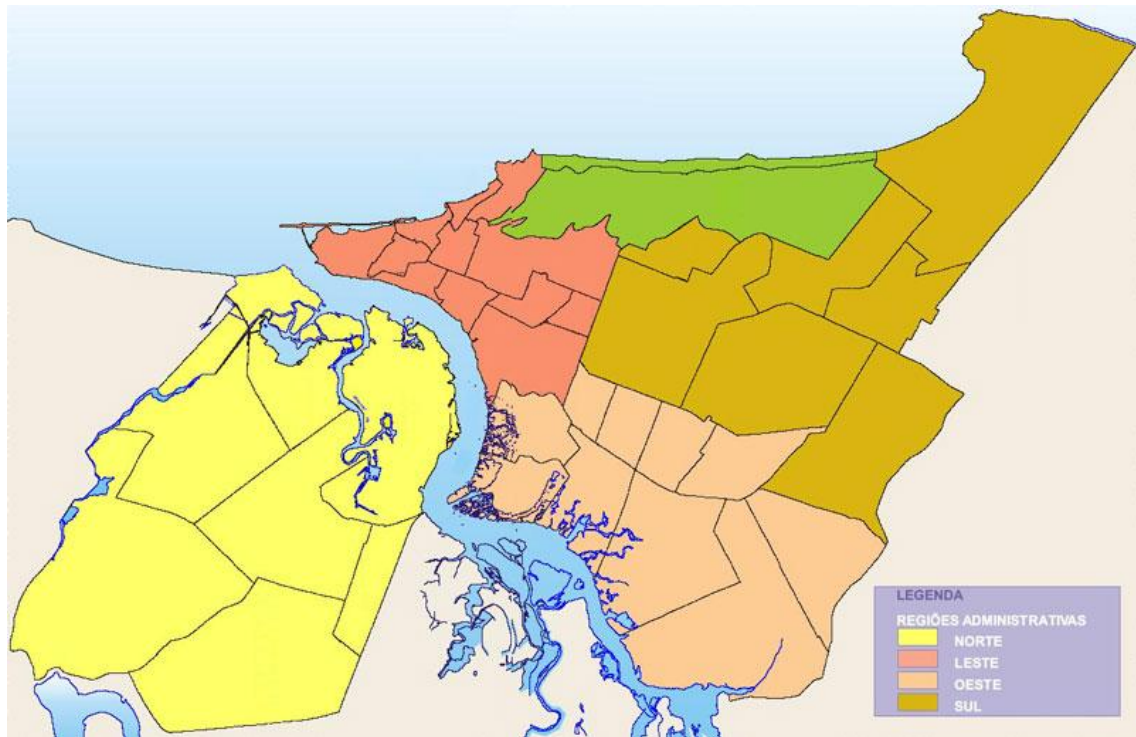
Ademais, verifica-se a consistência dos dados ao se cruzar o percentual de viúvas com o fato de a maioria das pessoas idosas entrevistadas pertencer ao sexo feminino (85%). Essa relação também se encontra em estudos realizados com pessoas idosas em outros Estados, fortalecendo os dados em nível nacional, onde ocorre uma feminização da velhice. Na cidade do Natal, a situação não é diferente.

A feminização da velhice esta associada à existência de quatro fenômenos, segundo CAMARANO, KANSO e LEITÃO E MELLO, *apud* NERI (2007, p. 48)

1) maior longevidade das mulheres em comparação com os homens; 2) maior presença relativa de mulheres na população idosa, principalmente nos estratos mais velhos; 3) crescimento do número de mulheres que integram a população economicamente ativa; 4) crescimento do número de mulheres idosas que são chefes de família.

Os dados seguintes reportam-se ao **local de moradia** no tocante às zonas residenciais e aos bairros de Natal/RN que os idosos entrevistados residem atualmente. Tais resultados apontam a procedência dos usuários idosos do CEASI que moram em bairros periféricos natalenses. “Em 2007, a

PNAD revelou a existência no Brasil de quase 20 milhões de idosos, correspondendo a 10,5% do total da população. Destes, 16,5 milhões viviam na área urbana e 3,4 milhões na área rural”. (IBGE, 2009, p.166)



Mapa de Natal (zonas residenciais), capital do Rio Grande do Norte

FONTE: <http://www.sinmedrn.org.br/wp-content/themes/sinmedrn2/images/mapa-de-natal.jpg>

A localização ocorre em face de a procura pelos programas, serviços e ações governamentais desenvolvidas pelo CEASI efetivar-se pela população idosa portadora dos problemas de saúde que se constitui, em sua grande maioria, por pessoas que não dispõem de plano de saúde ou outra cobertura de saúde.

Tabela 02 - Zonas e Bairros da cidade de Natal em que residem as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

ZONAS	BAIRROS	NÚMEROS	(%)
Norte	Nossa Senhora da Apresentação	2	18%
	Lagoa Azul	4	
Sul	Tirol	1	20%
	Lagoa Seca	2	
	Nova Descoberta	2	
	Mãe Luiza	4	
Leste	Rocas	2	35%
	Alecrim	2	
	Cidade Alta	1	
	Praia do Meio	4	
	Areia Preta	3	
	Petrópolis	2	
Oeste	Quintas	3	27%
	Bairro Nordeste	4	
	Cidade Nova	2	
	Bom Pastor	2	
TOTAL		40	100%

Fonte: Primária

A pesquisa constatou, assim, que 100% da população idosa entrevistada residem em Natal/RN. Confirmou-se também que a maior proporção de pessoas idosas mora acompanhada. Essa situação acontece, muitas vezes, não por opção da pessoa idosa, mas por limitações financeiras,

visto que se apresenta como o único suporte financeiro da família, se não o mais expressivo.

A contribuição dos idosos, em 53% dos domicílios, representa mais da metade do total da renda domiciliar, sendo esta situação ainda mais expressiva no Nordeste (63,5% dos domicílios), possivelmente também devido às alterações dos limites etários estabelecidos na LOAS, refletindo a importância da contribuição dos idosos no conjunto do orçamento monetário familiar. (IBGE, 2009, 169)

O Gráfico seguinte apresenta os resultados correspondentes ao **papel nas relações familiares** desempenhado pelas pessoas idosas entrevistadas.

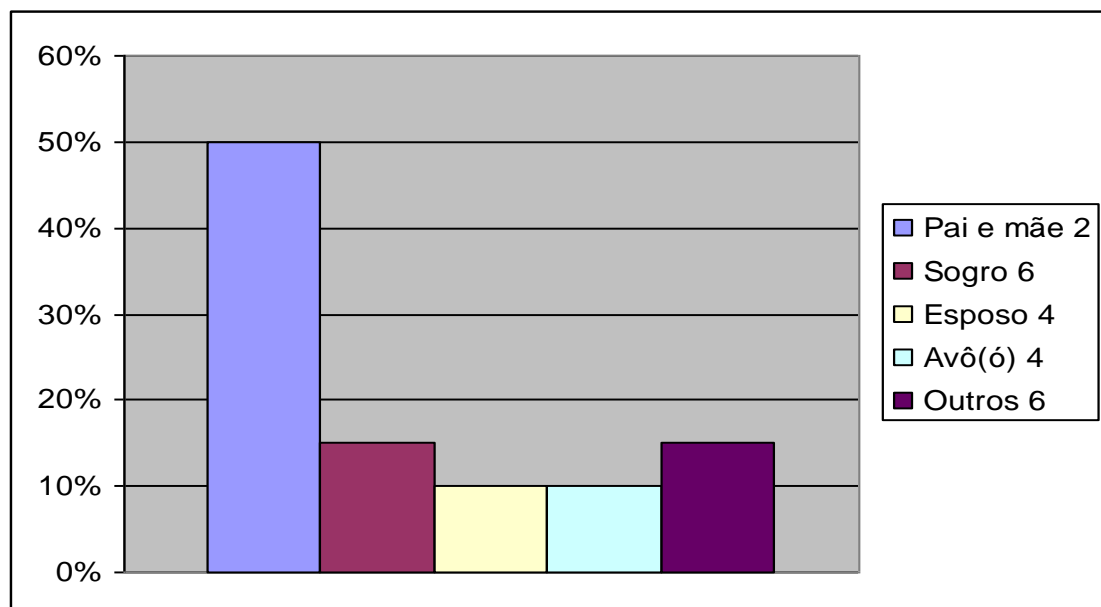


Gráfico 04 - Papel nas relações familiares das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Fonte: Primária

Os dados desse Gráfico indicam que o número de pessoas idosas entrevistadas como chefe de família é bastante significativo (50%). Se considerar que a maior parte dessas pessoas é do sexo feminino (85%), constata-se que as mulheres idosas estão cada vez mais ocupando o papel de chefe de família.

Esses percentuais aproximam-se aos resultados da pesquisa “Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade”,

desenvolvida pela Prof^a Anita Liberalesso Neri da UNICAMP no período de 2006-2007, financiada pelo SESC (Serviço Social do Comércio) e pela Fundação Perseu Abramo junto a 2.136 pessoas idosas, residentes em 204 municípios brasileiros, distribuídos entre as regiões: Sudeste, Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. Essa pesquisa foi publicada (2007) com a apresentação de uma coletânea de artigos produzida pelo grupo de pesquisadores.

No tocante às relações sociais e relações familiares das pessoas idosas no país, nessa pesquisa de Neri (2007) destaca-se dois aspectos que se relacionam com os dados deste estudo: o primeiro diz respeito à profunda mudança ocorrida na conformação familiar gerada, sobretudo, pelo novo papel da mulher e da pessoa idosa.

Foi a partir dos anos de 1970 que as questões da família e da sociabilidade passaram a fazer parte do repertório de estudos sobre a velhice no Brasil. Esse fato coincide com o movimento das pessoas idosas, principalmente as mulheres, para fora dos domicílios. (ALVES, *In*: NERI, 2007, p. 125)

O segundo aspecto evidenciado dessa citada pesquisa (NERI, 2007) refere-se ao lugar da família para a pessoa idosa, sobretudo, no desempenho do papel de chefe de família.

Outro aspecto relevante do quadro domiciliar e familiar diz respeito ao número de idosos que se apresentam como chefe de família (71%). Nesse caso, essa chefia é entendida como suporte material. O dinheiro das aposentadorias, pensões e atividades de trabalho que os idosos ainda executam entra na manutenção das casas onde residem. 88% contribuem para a renda familiar. (ALVES, *In*: NERI, 2007, p. 128)

Dados do IBGE (2009) revelam que as famílias brasileiras com pessoas idosas apresentam-se em condições econômicas melhor que as demais. São relativamente menos pobres e seus membros dependentes da renda do chefe da família. Situação motivada, em grande parte, pelos arranjos internos e às etapas do ciclo familiar que estabelecem diferentes relações de dependência econômica das famílias, bem como em decorrência da universalização dos benefícios da Seguridade Social. Seguem-se os dados apresentados no tocante à Região Nordeste.

[...] a Região Nordeste se sobressai com um percentual de idosos com rendimento de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita* de apenas 5,1%, sendo que os idosos representavam 12% do total de pessoas de 10 anos ou mais de idade nesta região. Esta melhoria parece ser resultado do impacto da redução do limite etário estabelecido na LOAS e também das aposentadorias rurais. (IBGE, 2009, p. 168)

A discussão dos dados relativos à dimensão pessoal do perfil dos idosos entrevistados na cidade de Natal/RN aproxima-se aos resultados analisados em outras pesquisas brasileiras. Por um lado, esses dados indicam a visibilidade que as pessoas idosas passam a ter no atual desenho familiar ao continuar a exercer a provisão e a chefia da família. Por outro, tem-se a invisibilidade dessas pessoas no contexto das relações familiares, sobretudo, no tocante ao exercício do poder na família e no usufruto dos bens sócio-econômicos no contexto familiar.

[...] curiosamente, o poder na família parece se restringir com a idade. O que chamo de poder na família é a importância que a opinião do idoso tem para os membros de sua família. Há uma dicotomia entre, de um lado, a chefia material e, de outro, a subordinação da opinião [...] (ALVES, *In*: NERI, 2007, p. 128)

Em torno da dimensão sócio-econômica passa-se a analisar, a seguir, os dados referentes ao perfil das pessoas idosas entrevistadas.

3.2 PERFIL DAS PESSOAS IDOSAS USUÁRIAS DO CEASI SEGUNDO A DIMENSÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Em termos metodológicos, os dados dessa dimensão são discutidos à luz dos mesmos procedimentos da dimensão analítica anterior. As variáveis que compõem a dimensão sócio-econômica são: renda individual e familiar, participação da renda das pessoas idosas na renda familiar, inserção nas atividades domésticas na família, atividade doméstica realizada, convivência familiar ou não, situação de Seguridade Social, tipo de moradia e formas de acesso, condições de moradia, nível de escolaridade e atividade de lazer.

No contexto analítico das condições sócio-econômicas de vida da população idosa, uma das variáveis importantes a ser considerada é o

rendimento, em razão de ser uma categoria estratégica na determinação da sua dependência/independência.

Conforme se atesta nos resultados a seguir, 100% das pessoas idosas entrevistadas possuem renda individual, destas 87,5% recebem 1 um salário mínimo; enquanto que na renda familiar a maior incidência recai nos dois (2) salários mínimos.

Tabela 03- Renda individual e familiar das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007.

<i>Renda individual</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Renda Familiar</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Até 1 salário mínimo	35	87,5%	Até 1 salário mínimo	13	32,5%
De 2 até 3 SM	05	12,5%	De 2 a 3 SM	25	62,5%
De 4 a 5 SM	01	2,5%	ma de 5 SM	01	2,5%

Fonte: Primária

Os dados demográficos do estado do Rio Grande do Norte/RN, em 2008 (IBGE, 2009), mostraram que a população idosa que reside em domicílios foi de 333.000 pessoas. Dentro desse número, 27% sobrevivem com ganhos de até meio salário mínimo; 43,9% ganham de meio a um (1) salário mínimo; 21,1% até dois (2) salários mínimos e 12,4% ultrapassam dois (2) salários mínimos.

Em relação aos sujeitos desta pesquisa, os percentuais das faixas de renda ficam abaixo da média do estado potiguar: no Rio Grande do Norte, 79% das pessoas idosas encontram-se na faixa de até 1 (um) salário mínimo, enquanto que são 87,5% entre os entrevistados. Esse dado é revelador da fragilidade econômica desses entrevistados, agravando-se mais ao considerar que 32,5% da renda familiar limita-se a até um (1) salário mínimo. Portanto, em 13 famílias a sobrevivência depende da renda da pessoa idosa.

Os dados seguintes comprovam essa constatação, aliás, em uma dimensão muito mais ampliada ao indicar que 73% dos entrevistados **participam da renda familiar**, como se vislumbra no Gráfico seguinte:

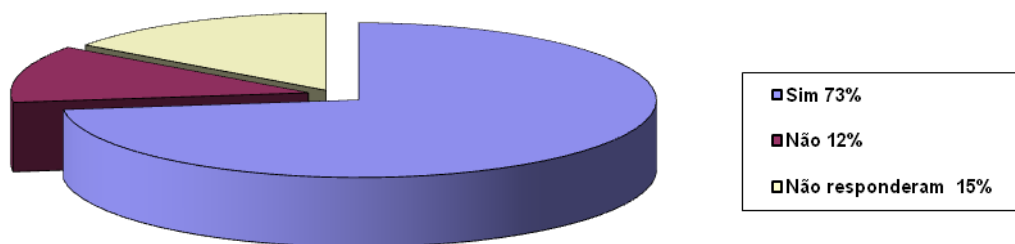


Gráfico 05 - Participação da renda das pessoas idosas entrevistadas na renda familiar. Natal/RN, 2007.

Fonte: Primária

Ao cruzar os resultados desse Gráfico com os dados de 50% dos entrevistados que são chefes de família, majoritariamente mulheres, é possível compreender a precariedade da condição de vida dessas pessoas que, na condição de velhice, assumem ainda a função de suporte familiar e/ou de complemento da renda familiar. Inserem-se em domicílio familiar multigeracional – composto de esposo (a), filhos e/ou genros, noras, netos –, abalizando que essas pessoas idosas pertencem a um segmento populacional de alto grau de dependência financeira, portanto, pobre.

Segundo Neri, “A curva de salários declina com a idade, a partir dos últimos anos do ciclo da vida ativa. O auge da renda é atingido aos 51 anos, quando a renda é 118,4% superior à observada aos 16 anos e 15% maior do que aos 65 anos” (NERI, *In*: NERI, 2007, p. 94) Nessa lógica de Neri, a faixa etária mais idosa da população detém a renda mais baixa, sobretudo se esta renda advém do trabalho. “A queda dos volumes de renda do trabalho auferido nas fases do ciclo da vida reflete mais a redução da taxa de ocupação do que a dos salários entre os ocupados.” (NERI, *In*: NERI, 2007, p. 94)

Desse modo, a relação entre velhice e pobreza consiste em um perverso círculo vicioso. Para Almeida (2005, p. 100),

[...] no circuito da pobreza, muitos idosos desempenham importantes papéis sociais; papéis ligados aos afazeres domésticos, ao cuidado dos netos, de outros idosos e de

doentes. No entanto, essa maior presença da velhice na pobreza não se traduz, automaticamente, em reconhecimento, consideração e respeito. A pobreza não imuniza os que dela padecem dos estigmas associados à velhice e dos valores que, por ser hegemônicos, invadem o “campo de possibilidades” [...]

Em outras palavras, Almeida (2005, p. 100) quer dizer que embora não se afirme que “[...] a pobreza afasta das pessoas qualquer possibilidade de elaboração de projetos de vida, não se pode desconsiderar os inúmeros desafios que ela impõe”, sobretudo, se a pobreza caracteriza a condição de vida das pessoas idosas.

Ao cruzar a predominância da baixa renda, sexo feminino, chefe de família e velhice tem-se um quadro de feminização da pobreza, fenômeno que se expande mundialmente.

[...] a quarta parte de todas as famílias do mundo é chefiada por mulheres e muitas outras dependem da renda da mulher, mesmo quando o homem está presente. Nos estratos mais pobres, sobretudo, nota-se a maior presença da mulher no sustento à família ou ao domicílio. (SOARES, 2003, p. 80)

Já as pessoas idosas com melhor nível sócio-econômico que moram só ou com famílias menos numerosas, apresentaram um grau de dependência menor e são mais preparados a não dependerem dos outros. Nesses casos, os domicílios multigeracionais tornam-se uma opção cultural, de bem-estar, mas também se configuram como arranjos de sobrevivência, capaz de se contrapor às vantagens que, teoricamente, o idoso teria a vida em família, uma vez que a maioria dessa população sobrevive em condições desfavoráveis e/ou precárias.

Sendo a família o núcleo primeiro de dependência do idoso brasileiro, devemos contextualizar quais as perspectivas atuais implícitas à constituição e manutenção do grupo familiar. A diminuição e a precariedade dos recursos e serviços oferecidos pelo Estado, seguidas desmontagem do sistema de proteção social, a dificuldade de emprego, a queda das taxas de fecundidade e a entrada da mulher no mercado de trabalho caracterizam as famílias que possuem membros idosos (LOPES, 2003, p.2003).

O fato de 85% das pessoas idosas entrevistadas terem uma renda de até um (1) salário mínimo, de 32,5% custearem sozinhas o sustento familiar e de 73% participarem com o seu salário da renda familiar, indica a predominância de suas condições sócio-econômicas precárias e até subumanas.

Diante do grau de miséria e de instabilidade das famílias brasileiras, muitas vezes é a regularidade da aposentadoria de um ou dois idosos que alimenta três gerações de uma mesma família [...]. Os números nos dizem que o idoso aposentado ganha *status* na família por uma via tão perversa quanto aquela que lhe rouba o *status* qual seja, a saída do sistema produtivo (LOPES, 2003, p.132).

Um dos fatores importantes no processo de envelhecimento e na velhice é o da participação ativa. Entende-se por envelhecimento ativo como: “[...] o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem” (WHO, 2002 *apud* SILVA, 2005, p.3) Significa uma ideia inclusiva para além do termo “envelhecimento saudável”. Nesse sentido, o conceito de “envelhecimento ativo” não se limita à habilidade para manter-se fisicamente ativo ou inserido na força de trabalho.

É reconhecida a influência de um conjunto de determinantes que interagem continuamente para o envelhecimento ativo (econômicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e aos serviços sociais e de saúde), transversalmente influenciados por aspectos relativos a gênero e cultura. (ASSIS, 2005, p. 3)

Mesmo que o conceito de “envelhecimento ativo” possua conotações amplas, pode-se resumi-lo a dois aspectos: autonomia e saúde, identificadas como boa qualidade de vida física, mental e social. Por essa razão, a promoção da saúde tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento.

Em termos da perspectiva de envelhecimento ativo, questionou-se junto aos idosos entrevistados se estes são pessoas ativas a partir de sua **participação nas atividades domésticas**, como se pode verificar nos resultados do Gráfico seguinte:

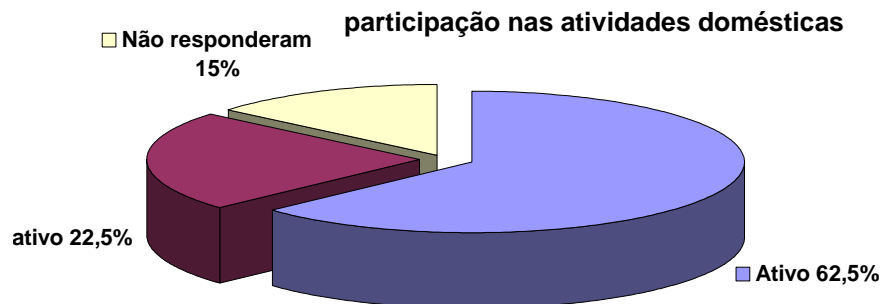


Gráfico 06 - Participação das pessoas idosas entrevistadas nas atividades domésticas. Natal/RN, 2007.

Fonte: Primária

Na análise desses dados, chama-se atenção, inicialmente, para o fato de 15% (ou seja, 06) das pessoas entrevistadas não ter respondido a essa questão. Em face de possíveis constrangimentos, acredita-se que essa seja a razão do silêncio.

Por outro lado, evidenciam-se as respostas dos demais 85% dos entrevistados, em que destes, 22,5% afirmaram não ter um envelhecimento ativo por estarem acometidos por algum tipo de patologia clínica ou crônica que os incapacitam a desenvolver qualquer atividade doméstica.

A incapacidade funcional ou a dependência moderada ou grave da pessoa idosa está relacionada:

As características que se associaram com a dependência moderada/grave foram analfabetismo, ser aposentado, ser pensionista, ser dona de casa, não ser proprietário da moradia, ter mais de 65 anos, ter composição familiar multigeracional, ter sido internado nos últimos 6 meses, ser "caso" no rastreamento de saúde mental, não visitar amigos, ter problemas de visão, ter história de derrame, não visitar parentes e ter avaliação pessimista da saúde ao se comparar com seus pares (ROSA, BENÍCIO, LATORRE e RAMOS (2003, p. 1).

Para Albuquerque (2008) a possibilidade de envelhecimento ativo ou capacidade funcional ocorre com a existência de seis determinantes como: serviços de saúde e sociais, determinantes pessoais e biológicos,

determinantes comportamentais, ambiente físico, determinantes sociais e determinantes econômicos.

O conceito de “envelhecimento ativo” também é difundido com outro conceito denominado de “envelhecimento bem sucedido” que subentende a presença de três situações essenciais: “[...] baixa probabilidade de doenças e de incapacidades associadas a elas; boa capacidade funcional, tanto física como cognitiva; e participação ativa na comunidade.” (ALBUQUERQUE, 2008, p. 28)

Independente do conceito a ser tomado que expresse um envelhecimento saudável físico, mental e social, chama atenção o percentual de 62,5% dos entrevistados que afirmaram ter participação ativa nas atividades domésticas, no âmbito familiar. Certamente, essa participação ativa limita-se à independência física e à inserção de outros aspectos, como a participação em trabalhos domésticos de toda ordem. Portanto, não se aproxima da integralidade do conceito de “envelhecimento ativo”.

Tabela 04 - Atividade doméstica realizada no contexto familiar. Natal/RN, 2007

<i>Atividade doméstica na família</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Motivos por não participar de atividade doméstica na família</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Borda	02	5,0%	Artrose	01	2,5%
Costura	03	7,5%	Artrite Reumática	02	5,0%
Cozinha	10	25%	Doenças do coração	06	15%
TOTAL	25*	62,5%	TOTAL	09**	22,5%

Fonte: Primária

NOTAS: *A 1ª coluna totaliza em 25 por corresponder aos entrevistados que afirmaram realizar atividades domésticas;

** a 2ª coluna corresponde ao número de entrevistados que justificaram não participar de atividade doméstica. Sobre essa questão, deve-se evidenciar que 6 (seis) entrevistados não responderam.

As pessoas idosas entrevistadas que afirmaram ter uma vida ativa, indicaram como atividades desenvolvidas o fato de: bordar (5%), costurar (7,5%) cozinhar (25%) e realizar todas as atividades domésticas (25%). Decerto, as duas últimas indicações que somam 50% dos entrevistados

revelam que estes se inserem, sobretudo, nas atividades de manutenção da casa.

Esse resultado aproxima-se dos estudos realizados sobre o envelhecimento ativo, sobretudo, se considerar que a grande maioria dos entrevistados (85%) é do sexo feminino. “[...] as mulheres são mais ativas que os homens, sobretudo em virtude da sua maior participação nas atividades domésticas”. (CARDOSO *et al.*, 2008, p.8)

Em relação às patologias apontadas pelos idosos entrevistados que incapacitam para a realização de atividades domésticas na família estão: artrose (2,5%), artrite reumática (5,0%) e doenças do coração (15%). Essas patologias, sobretudo, as cardiopatias não são próprias da realidade das pessoas idosas de Natal/RN, *locus* desta pesquisa, mas, da maioria da população idosa brasileira. Em estudo realizado no início desta década, Nunes (2001) aponta como principais patologias em pessoas idosas brasileiras tanto para homens e mulheres a partir dos 60 anos: AVC, insuficiência respiratória e insuficiência cardíaca, esta última a mais incidente.

Outros autores afirmam a alta incidência da insuficiência cardíaca também em nível de mortalidade entre as pessoas idosas. “A mortalidade cardiovascular é até três vezes maior nas populações idosas hipertensas, quando comparadas com idosos não hipertensos, um risco mais acentuado para homens do que para mulheres”. (WILLIAMS *apud* VERAS, 2002, p.98)

Evidencia-se ainda o fato de a maioria dos idosos entrevistados possuírem uma renda baixa e 22,5% afirmar encontrarem-se incapacitados para atividades domésticas. Uma possível justificativa para esse dado está no fato de a maioria dos entrevistados ser do sexo feminino em que, segundo estudos realizados, o “[...] processo de envelhecimento do homem é qualitativamente pior do que o da mulher, fato ratificado por todos os índices de sobrevivência, sempre favoráveis ao sexo feminino”. (NUNES, 2001, p. 27)

A questão seguinte a ser analisada diz respeito à convivência familiar das pessoas idosas. Sabe-se que a convivência familiar constitui-se uma das condições favoráveis ao envelhecimento ativo e/ou saudável.

O envelhecimento populacional traz mudanças nas famílias. Estas também envelhecem, o que pode ser medido pelo aumento da proporção das famílias com idosos residindo e pela sua maior verticalização, ou seja, pela convivência de várias gerações. Essa convivência pode significar co-residência ou não. (CAMARANO; KANSO; LEITÃO e MELLO; PASINATO, 2004, p. 137)

Os dados sobre a **convivência familiar** das pessoas idosas entrevistadas centram-se em torno dos aspectos analíticos: vive só, com companheiro/a, com filho/a e outros, conforme se vislumbra nos dados da tabela abaixo:

Tabela 05 - Convivência familiar ou não das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

<i>Formas de convivência familiar ou não</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Vive só	04	10%
Com companheiro/a	08	20%
Com filho/a	22	55%
Outros*	06	15%
TOTAL	40	100%

Fonte: Primária

NOTA:* Outros, referem-se à amiga (4) e irmãos (2).

Contata-se que o “viver só” é a indicação que apresenta menor incidência (10%) entre os entrevistados. Trata-se de uma forma de arranjo familiar denominado de famílias unipessoais. Decerto, o estado conjugal é a condição determinante para a forma de arranjo familiar. Essa constatação é basilar para entender a razão de a maioria dos entrevistados (55%) viverem com os filhos/as. A co-residência intergeracional ou multigeracional “[...] pode ser uma estratégia familiar utilizada para beneficiar tanto as gerações mais

novas como as mais velhas”. (CAMARANO; KANSO; LEITÃO e MELLO; PASINATO, 2004, p. 137).

Os domicílios multigeracionais tornou-se um espaço predominante de sobrevivência das pessoas idosas nordestinas e, conseqüentemente, dessas pessoas da cidade do Natal/RN.

Compartilhar o espaço físico possibilita o compartilhamento de renda, cuidados domésticos, das crianças, transportes, cuidados médicos, etc..., ou seja, arranjos familiares afetam e são afetados pelas condições de vida. Co-residência também está associada a padrões culturais que podem variar mesmo entre regiões de um mesmo país (SILVA; JOAQUIM, 2004, p.4).

Entretanto, não se deve desconhecer que “[...] as variações na renda dos pais e filhos desempenham um papel importante na co-residência”. (CAMARANO; KANSO; LEITÃO e MELLO; PASINATO, 2004, p. 138). Esse aspecto deve ser considerado, uma vez que os dados desta pesquisa atestaram que 73% dos entrevistados integram a renda familiar.

Em face do atual enxugamento do Estado no tocante às políticas sociais, as famílias são cada vez mais requisitadas para cuidar dos seus membros mais vulneráveis, como as pessoas idosas. Desse modo, “Apoios intergeracionais, via arranjos familiares, têm sido crescentemente importantes como estratégias de sobrevivência, embora sob formas diferenciadas, como a co-residência”. (CAMARANO; KANSO; LEITÃO e MELLO; PASINATO, 2004, p. 138)

A proteção social às pessoas idosas no Brasil para além do contexto familiar e comunitário dá-se nos anos de 1990 – após a promulgação da Constituição de 1988 – com a regulamentação de diversos dispositivos constitucionais referentes às políticas setoriais de proteção a esse segmento populacional. Sem dúvida, o grande marco ocorre com a Política Nacional do Idoso em 1994 e culmina no séc. XXI com a aprovação do Estatuto do Idoso, em 2003, após sete anos de tramitação no Congresso Nacional.

Portanto, a questão que se analisa a seguir trata da **situação de Seguridade Social** das pessoas idosas entrevistadas e comprova que 100% destas nela inserem-se, como se constata nos dados da tabela abaixo:

Tabela 06 - Situação de Seguridade Social das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

<i>Segurado/a pela Previdência/ Assistência Social</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Situação Previdenciária</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Natureza da Seguridade Social</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Sim	40	100%	Aposentadoria	21	52,5%	Pública	36	90%
Não	-	-	Benefício*	19	47,5%	Privada	04	10%
TOTAL	40	100%	TOTAL	40	100%	TOTAL	40	100%

Fonte: Primária

NOTA: * Benefício refere-se ao recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC)

Os resultados dessa tabela registram a predominância de inserção das pessoas idosas entrevistadas na Previdência Social. Trata-se do recebimento da aposentadoria, cujo valor varia entre um (1) salário mínimo (40%) e de dois (2) a três (3) salários mínimos (12,5%), enquanto 47,5% recebem um (1) salário mínimo do BPC.

O BPC (Benefício da Prestação Continuada) é um benefício concedido à pessoa idosa pela Política da Assistência Social a partir de 65 anos quando essa não tem meios de prover sua subsistência. O BPC regula-se na Lei Orgânica da Assistência Social nº 10.741/2003.

Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem tê-la provida por sua família, é assegurar o benefício mensal de 1 salário mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (ESTATUTO DO IDOSO, 2003, p.230).

Os resultados apontados por esta Pesquisa aproximam-se da realidade dos beneficiários da Seguridade Social da cidade do Natal/RN, conforme o Quadro seguinte que revela ser a aposentadoria do INSS a mais incidente, seguindo-se do BPC.

Quadro 06 - Espécie de Amparo Social ao Idoso (1000 pessoas)

Mun Res. BPC Idosos (LOAS)	Amparo Previdenciário Idade Trab. rural	Renda mensal vitalícia Idade	Aposentadoria por idade	TOTAL
RN Natal 4.235	102	392	12.494	17.223
Total 4.235	102	392	12.494	17.223

Fonte: <http://www.suisse/temp/consulta76660448t.htm>. Acesso em: out. 2007.

Decerto, no que se diz respeito à pessoa idosa, a Previdência Social constitui a área de expressiva cobertura em nível de Brasil, bem como no Rio Grande do Norte e em Natal. Essa constatação é afirmada entre os resultados desta Pesquisa que demonstram ser apenas 10% dos entrevistados que recebem a aposentadoria privada.

O papel da Previdência Social é o de garantir a reposição de renda dos assegurados contribuintes por estes não mais poderem trabalhar por motivo de acidentes, doenças patológicas ou por velhice; além disso objetiva evitar a pobreza generalizada de um segmento expressivo na sociedade que não consegue suprir suas necessidades, como as pessoas idosas e as pessoas com deficiência.

A próxima variável sócio-econômica a ser interpretada relaciona-se ao **tipo e à forma de acesso à moradia**, como se atesta no Quadro abaixo:

Tabela 07 - Tipos e formas de acesso à moradia das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

<i>Tipos de moradia</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Acesso à moradia</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Casa	07	17,5%	Própria	31	77,5%
Conjunto habitacional	05	12,5%	Cedida*	01	2,5%
Casa popular	20	50%	Alugada	03	7,5%
Apartamento	02	5%	Financiada	05	12,5%
Outro (vila)	06	15%			

TOTAL	40	100%	TOTAL	40	100%
--------------	-----------	-------------	--------------	-----------	-------------

Fonte: Primária

NOTA: *Cedida refere-se a 1 casa cedida pela filha.

Os dados dessa tabela mostram que, de acordo com o tipo de moradia, a maior incidência (50%) recai entre as pessoas idosas entrevistadas que residem em casa popular; seguindo-se das 17,5% que moram em casa (de bairro, casas isoladas), dentre os demais tipos de moradia menos incidentes.

Ao cruzar esses dados com a questão do acesso à moradia, verifica-se que 77,5% possuem casa própria e 12,5% têm casa financiada. Portanto, 10% - 04 entrevistados - não têm acesso à casa própria: vivem de casa alugada e cedida pela filha.

O percentual de pessoas idosas entrevistadas que moram em casa alugada é maior do que o total de pessoas brasileiras que moram nessa condição.

O número absoluto de locatário que comprometem mais de 30% da renda domiciliar com o pagamento do aluguel da moradia decresceu 11,3% no quadriênio 2001-2004, passando de 4,2% dos locatários em 2001 para 3,5% em 2004, considerando o país como um todo. (IPEA, 2005, p. 66)

De fato, mesmo que 77,5% dos entrevistados sejam possuidores de casa própria, a realidade da região Nordeste ainda apresenta-se frágil na política habitacional. Segundo o IPEA (2005, 67), existem nas regiões metropolitanas do Nordeste os maiores índices de déficit habitacional. “No Rio Grande do Norte são 150 mil famílias que vivem sem habitação digna e só na grande Natal são mais de 60 mil”.

Considerando que o acesso à moradia deva-se dar de forma adequada, uma vez que é de fundamental importância para o gozo de uma boa qualidade de vida, essa adequabilidade pode ser averiguada a partir dos seguintes atributos como: espaço apropriado, disponibilidade de serviços de água, esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos, saneamento básico

e serviço de energia elétrica; todos adquiridos de forma compatível com os níveis de renda da população.

A seguir, apresentam-se os dados referentes às **condições de moradia** das pessoas idosas entrevistadas que se concentram nos seguintes aspectos de habitabilidade: fornecimento de energia elétrica, água encanada, destino dos dejetos e tratamento da água garantidos.

Tabela 08 - Condições de moradia das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

<i>CONDIÇÕES DE MORADIA</i>	<i>NÚMERO</i>	<i>(%)</i>
Energia elétrica		
Sim	40	100%
Não	-	-
TOTAL	40	100%
Água encanada		
Sim	40	100%
Não	-	-
TOTAL	40	100%
Destino dos dejetos		
Saneamento	27	67,5%
Fossa	09	22,5%
A céu aberto	04	10%
TOTAL	40	100%
Tratamento de água		
Filtrada	30	75%

Sem tratamento	06	15%
Outros	04	10%
TOTAL	40	100%

Fonte: Primária

Os resultados dessa tabela indicam que as condições da moradia dos entrevistados se encontram em um favorável padrão de qualidade habitacional: 100% das casas possuem energia elétrica e água encanada, 67% possuem saneamento básico e 22,% com fossa; e 75% dos entrevistados consomem água filtrada.

Evidencia-se que os 67,5% dos entrevistados que têm acesso ao saneamento básico, têm suas moradias localizadas nas zonas Leste e Sul da cidade do Natal, no entanto, não é a mesma realidade para as outras zonas da cidade, como a Norte e a Oeste.

A situação do saneamento básico em Natal/RN, no seu contexto mais abrangente, no qual se incluem o abastecimento de água, o esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos e líquidos, mostra que a drenagem urbana apresenta um quadro ainda bastante precário.

O Brasil apresenta elevado déficit de acesso aos serviços de saneamento básico, ou seja, a demanda (ou necessidade) por serviços e novos investimentos no setor é bastante elevado. Contudo, a atual estrutura de oferta inviabiliza a tomada dos investimentos. Além disso, um conjunto de fatores restringe ainda mais as possibilidades de investimento: ausência de uma política clara, profunda fragmentação de competências, ausência de uma regulação específica para o setor, persistência de incertezas regulatórias e forte presença pública no setor, fazendo com que os investimentos sejam inviabilizados pela imposição das metas de superavit e pelas contingências de créditos ao setor público (IPEA, 2006, p.2).

Ainda não se pode deixar de comentar sobre o destino dos dejetos, 10% se encontram a céu aberto; e a qualidade da água, 15% não recebe tratamento.

Em torno dessas situações, constata-se que a universalização dos serviços de saneamento básico é de extrema importância tanto para a saúde pública quanto para o meio ambiente; ademais, a ausência desses serviços dificulta o combate pobreza, o desenvolvimento econômico e a qualidade de vida da população.

Os dados a apresentar tratam do **nível de escolaridade** das pessoas idosas entrevistadas, como se verifica nos dados do Gráfico seguinte:

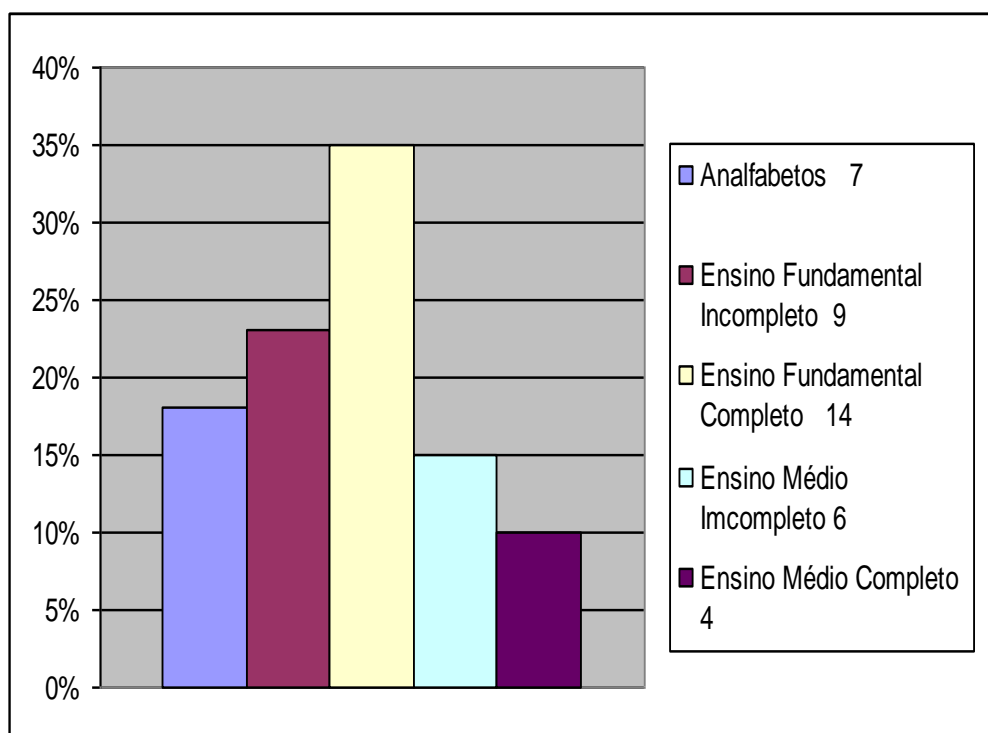


Gráfico 07 - Nível de escolaridade das pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Fonte: Primária

Os dados evidenciados nesse Gráfico expõem o nível de escolaridade considerado baixo de 41% dos entrevistados, em que 18% são analfabetos e 23% com o Ensino Fundamental incompleto (23%). Os demais dados indicaram que 38% possuem o Ensino Fundamental Completo; 15%, o Ensino Médio Incompleto; e 10%, o Ensino Médio Completo.

Segundo dados do IBGE (2009, p. 169), o Brasil apresenta uma melhoria na escolaridade das pessoas idosas.

No período 1997/2007, ocorreu, em geral, uma melhoria no nível de instrução da população brasileira atingindo também a população idosa, o que, sem dúvida, se deve ao novo contingente de idosos que durante o seu ciclo de vida foi beneficiado com políticas públicas anteriores. [...] porém, o incentivo à alfabetização dos idosos se mostra ainda insuficiente.

Esses dados revelam que a Região do Nordeste ainda detém um dos piores índices de analfabetismo das pessoas idosas do país.

A proporção de idosos sem instrução e menos de 1 ano de estudo, em 2007, era de 32,2% no conjunto do País. O Sudeste apresentava um percentual de 22,8%. Em grande contraste, encontrava-se o Nordeste, onde mais da metade dos idosos (52,2%) possuía ainda este nível de escolaridade. A Região Sul possui o melhor percentual (21,5%) de idosos com baixa instrução. (IBGE, 2009, p. 169)

O baixo nível de escolaridade das pessoas idosas interfere diretamente no desenvolvimento da consciência sanitária e política, na capacidade de entendimento, na prática do auto cuidado, bem como intervém diretamente nas suas relações sociais.

Por fim, a última variável a discutir relaciona-se à participação ou não em **atividade de lazer** e a identificação dos locais de lazer frequentados pelas pessoas idosas. Os dados assinalam que apenas 32,5%, por conseguinte, 13 pessoas idosas entrevistadas participam de atividades de lazer, como se examina na tabela abaixo:

Tabela 09 - Atividade de lazer ou não dos idosos entrevistados. Natal/RN, 2007

<i>Atividade de Lazer</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Locais</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Sim	13	32,5%	Clubes	03	7,5%

Não	27	67,5%	Associações	09	22,5%
TOTAL	40	100%	TOTAL	13	32,5%

Fonte: Primária

NOTA: *Esta coluna totaliza em treze por corresponder ao número de usuários entrevistados que afirmaram possuir atividade de lazer.

Nos estudos atuais sobre Envelhecimento e Velhice, a inserção em atividade de lazer torna-se uma condição indispensável, sobretudo, na perspectiva do Envelhecimento Ativo e Saudável. Nesse caso, os dados revelados por esta pesquisa atestam a fragilidade do processo de envelhecimento dos entrevistados.

Decerto, o aumento da longevidade no país passa a requisitar a efetivação de políticas e programas sociais voltados à qualidade de vida, incluindo o âmbito do lazer.

Há necessidade de se compreender que o lazer consiste em um aspecto que possibilita resgatar a sociabilidade das pessoas idosas como um forte mecanismo de recuperação de sua auto-estima.

[...] a pessoa "idosa" experiencia algo que se imagina ser privativo ao adolescente. Tal como nesta fase de transição entre a juventude e a fase adulta do ser humano, o "idoso" enfrenta uma verdadeira crise de identidade durante a qual é afetado em sua auto-estima positiva e, inclusive, na aceitação de si mesmo. Numa reação em cadeia, o rebaixamento da auto-estima e as inseguranças quanto à identidade refletem-se na autonomia, liberdade, convívio social e afetam não apenas a freqüência como, também, a qualidade dos relacionamentos interpessoais e dos vínculos afetivos no grupo. (GÁSPARI; SCHWARTZ, 2005, p. 71)

Nesse sentido, a importância do lazer para as pessoas idosas oportuniza criar e recriar espaços e momentos em que possam socializar situações que são comuns à condição do envelhecimento de forma a construir novas posturas que redirecionam identidades.

[...] torna-se fácil decifrar a importância de ações educativas formais ou informais, pois, ao elaborar no coletivo as questões geradoras desta crise, o "idoso" tem oportunidade de colocar-

se frente a frente com fatos, idéias e realidades, que contrastam com o cotidiano normalizador, de incorporar novas atitudes diante do envelhecimento, da velhice e da própria vida, de (re) encontrar-se e (re) edificar sua própria identidade. (GÁSPARI; SCHWARTZ, 2005, p. 71)

A análise da dimensão sócio-econômica que constrói o perfil dos usuários idosos entrevistados direciona para a fragilidade das políticas públicas que possam garantir a essas pessoas uma condição digna de vida.

As políticas setoriais destinadas às pessoas idosas que são as políticas de renda (previdência e assistência social), saúde, cuidados de longa permanência e integração social são imprescindíveis à promoção de maior independência física, psicológica e/ou financeira dessas pessoas. Buscam ainda “[...] construir um entorno favorável, onde os idosos possam desenvolver suas potencialidades e colaborar com o desenvolvimento e o crescimento da sociedade”. (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 272) Os dados desta pesquisa atestam o quão distantes essas políticas ainda se encontram da realidade das pessoas idosas brasileiras, sobretudo, daquelas que se encontram na Região do Nordeste, como na cidade do Natal, *locus* desta pesquisa.

4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E AÇÕES DO CEASI E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO PELAS PESSOAS IDOSAS USUÁRIAS

Neste capítulo avalia-se a atuação do CEASI a partir da assistência especializada à saúde prestada às pessoas idosas, no município de Natal/RN. Para avaliar a atuação desse Centro, se embasou nos pontos de vista das pessoas idosas entrevistadas, seus usuários.

Para desenvolvimento deste Capítulo, adotou-se o procedimento teórico-metodológico seguinte: procedeu-se ao levantamento exploratório dos autores que estudam e analisam as temáticas que permeiam o objeto deste estudo, como avaliação, unidades programáticas de Políticas Sociais (programas, projetos, serviços e ações) direcionadas às pessoas idosas, a política de saúde, envelhecimento humano.

Esse estudo exploratório foi complementado pela pesquisa documental que envolveu a coleta de documentos governamentais em nível estadual e municipal, bem como a busca de dados secundários que subsidiaram a análise dos dados primários à luz das categorias temáticas e das variáveis investigadas adotadas. Assim como nos Capítulos II e III, as principais fontes secundárias foram os estudos desenvolvidos pelo IBGE, IPEA, FGV, dentre outros.

Os dados primários foram coletados junto a 40 (quarenta) usuários idosos do CEASI mediante o uso de questionários que contemplaram questões abertas e fechadas, como se pode conferir no apêndice desta Dissertação.

A análise dos dados primários foi realizada à luz dos seguintes eixos ou dimensões investigativas: a percepção das pessoas idosas sobre suas práticas de saúde, as expectativas e as dificuldades vivenciadas de acesso e na utilização dos serviços de prevenção do CEASI, a assistência à saúde da pessoa idosa pelo CEASI e a percepção dessas pessoas sobre questões relacionadas ao processo de envelhecimento humano.

Para proceder à discussão desses eixos investigativos, utilizou-se de metodologias quantitativas e qualitativas. As indagações fechadas do questionário foram tratadas quantitativamente via leitura estatística descritiva com uso de tabelas, gráficos e quadros. Já as abertas, foram expressas por fragmentos de fala, de ordem subjetiva que contemplam as opiniões dos usuários entrevistados, e interpretadas qualitativamente através da análise de conteúdo por categorização temática de Bardin (2006).

4.1 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS AÇÕES DE SAÚDE DIRECIONADAS ÀS PESSOAS IDOSAS

O crescimento demográfico da população brasileira na faixa etária de 60 anos e mais, verificada mais precisamente nos grandes centros urbanos, tem motivado o interesse para se estudar e investigar a questão do envelhecimento humano em nível nacional e internacional.

O Brasil atualmente é visto como um país cuja população encontra-se em um processo de envelhecimento humano muito rápido. Nesse sentido, Natal/RN é vista como a quarta cidade com maior quantidade de pessoas idosas do Nordeste e a 2ª maior do Brasil com pessoas de mais de um século de vida. Segundo o IBGE (2007):

A contagem da população, realizada pelo IBGE em 5.435 municípios, revelou que o número de idosos com 100 ou mais chega a 11.422. Deste total, 7.950 são mulheres e 3.472, homens. Entre os 20 municípios contados pelo IBGE que concentraram a maior quantidade de idosos com mais de um século de vida, os destaques foram as cidades de São Luís (144), seguida de Natal (118), Maceió (93) e Manaus (89).

O impacto dos problemas causados pelo envelhecimento humano, presente em todos os continentes, adquire características de progressão geométrica nos países ditos em desenvolvimento e tem se tornado uma preocupação atual e alarmante no futuro.

Tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, ocorre a necessidade de profundas transformações

socioeconômicas visando a melhoria da qualidade de vida às pessoas idosas e àquelas que se encontram em processo de envelhecimento. Como afirmam Netto e Pontes (1996, p. 9): “Nos países do Terceiro Mundo este objetivo está longe de ser atingido, pois, além de ser política e economicamente dependentes de outras nações, possuem uma estrutura socioeconômica arcaica que privilegia alguns em detrimentos da maioria”.

Assim, é visto que o Brasil atualmente enfrenta o impacto encarado pelos países da Europa em décadas anteriores, mas de forma diferente, pois, o crescimento humano vivenciado pela sociedade brasileira é muito mais intenso do que o vivenciado pela sociedade europeia. Esse fato indica que medidas urgentes devem ser tomadas para o enfrentamento dos desafios que a sociedade brasileira poderá ter futuramente de forma mais acirrada.

Um dos mais prementes desafios do país consiste na atenção à saúde da pessoa idosa, uma vez que a saúde é condição indispensável para o envelhecimento e para a velhice ativa.

A saúde é uma política pública e, dessa forma, constitui-se em uma forma de intervenção na realidade social que envolve relações de poder de diferentes sujeitos, portanto condicionada a interesses e expectativas diversas. Desse modo, é compreendida como mecanismo que contém contradições, e, por tal razão, não pode ser vista como mero recurso de legitimação política do bloco hegemônico por contemplar também estratégias políticas de contra-poder ou de contra-hegemonia.

Nesse sentido, a intervenção estatal não está subordinada tão somente à lógica da acumulação, envolve também vários outros elementos como: mobilização e alocação de recursos, divisão de trabalho, uso de controles, interação entre sujeitos (gestores, financiadores, técnicos e usuários), interesses diversos, adaptações, riscos e incertezas sobre processos e resultados, sucessos e fracassos.

Com base nesse entendimento, situa-se a Política Nacional de Saúde do Idoso na efetivação de mudanças nas condições sociais de saúde desse segmento. No conjunto dessa Política tomou-se como ponto de partida

investigativo a discussão sobre a avaliação de programas, ações, projetos e serviços de assistência à saúde do idoso desenvolvidos no CEASI/Natal/RN.

Historicamente, o estudo de avaliação de políticas e de programas sociais ocorreu a partir dos anos 1960 nos Estados Unidos, marcado pelo viés comportamental e neutralista com ênfase na eficiência e eficácia das políticas sem considerar a avaliação de princípios e fundamentos ou seu conteúdo substantivo.

No Brasil, a avaliação de políticas e de programas sociais passa a ter uma maior ênfase a partir dos anos 1980. Alguns fatores contribuíram para isso: a pressão dos movimentos sociais na luta por políticas sociais universalizadoras, mais equânimes e com direito de cidadania.

Esses movimentos aprofundaram as críticas às formas de implementação das políticas sociais desenvolvidas na América Latina e no Brasil tais como: mau uso do dinheiro público; falta de direcionamento dos projetos sociais em relação à população mais necessitada; escassez de recursos; caráter focalista, clientelista e excludente.

Posteriormente, outros fatores contribuíram para o reconhecimento da necessidade da avaliação dos programas, dos projetos, dos serviços e das ações sociais, tais como: a descentralização dos programas, que passam a ser implementados de forma mais próxima da população via a municipalização; a instituição financiadora de programas sociais, sobretudo o Banco Mundial, FMI, BID entre outros, passando a incluir a avaliação como exigência para seu financiamento.

No entanto, a avaliação de políticas sociais e das suas unidades programáticas é usada ainda de forma muito restrita e desenvolve-se mais para controle de gastos públicos do que para realimentar programas. Embasa-se no mérito da punição e na cultura do medo, quando deveria ter uma concepção político-pedagógica ampliada.

Nessa perspectiva ampla, cita-se Silva e Silva (1997, p.75), “A avaliação de políticas sociais envolve princípios políticos fundamentais sobre

alguma concepção referente ao bem-estar humano, destacando os princípios de igualdade e de democracia, bem como a concepção de cidadania”.

Ademais, a avaliação não se restringe a uma mera análise superficial, conceitual de princípios. Ela é parte essencial da formulação e implementação dos programas sociais, contribuindo para seu aperfeiçoamento. Além de ser um dos momentos de intervenção técnica do processo de implementação das políticas sociais, a avaliação também consiste em um processo de investigação científica, de produção de conhecimento.

No caso da avaliação da atenção à saúde da pessoa idosa, parte-se do marco legal da Lei nº 8.842/94 que regula a Política Nacional do Idoso (PNI), para o acesso das pessoas idosas aos serviços e ações direcionados à promoção, proteção e recuperação da saúde. Para tanto, estabeleceu-se os instrumentos necessários para o alcance dessas finalidades.

A PNI tem como propósito principal a promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional das pessoas idosas, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem exercendo, de forma independente, suas funções na sociedade.

Para atingir ao que é proposto na PNI, foram definidas as diretrizes essenciais para a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional comprometida, a capacidade de recursos humanos especializados como também o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais (cuidador) e o apoio ao estudo e à pesquisa.

Fundamentado na PNI, foi elaborado o Programa de Atenção Integral a Saúde do Idoso (PASI), instituído pela Portaria pela GM/MS n.º 1.395 de 10 de dezembro de 1999 que propõe

[...] o cumprimento dessa diretriz compreende o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p.27)

Outro mecanismo de intervenção estatal sobre a saúde da pessoa idosa consiste no Programa de Saúde da Família (PSF) que se caracteriza como modelo de atenção à saúde da população, estruturado de forma a melhorar o acesso aos serviços de saúde, priorizando o domicílio.

O PSF configura-se como excelente estratégia de estratificação de risco e de identificação das pessoas idosas fragilizadas, minorando as suas dificuldades em conseguir assistência adequada em relação aos problemas de saúde. Em princípio, esse modelo de atenção é capaz de desenvolver ações preventivas no plano primário e no secundário.

De acordo com dados desta Pesquisa, constatou-se que o modelo implantado não corresponde às necessidades da população idosa. Durante as entrevistas, foi bastante citada pelos usuários idosos a falta de profissionais da saúde, inclusive de médicos e de especialistas nas unidades básicas do PSF e do CEASI.

Nota-se que, no Brasil, existe uma escassez de médicos especialistas em geriatria para atender a demanda das pessoas idosas, pois o atendimento é realizado por médicos, independente da formação específica.

Segundo Veras (2003), é evidente que excelentes médicos atendam as pessoas idosas, sem estes, no entanto, serem portadores de certificação da Sociedade de Geriatria. Mas, a relação de 15 milhões de pessoas idosas para 500 médicos geriátricos não pode ser desconsiderada. Na cidade do Natal/RN e mais precisamente no CEASI, há um profissional com formação em geriatria atuando na rede de saúde pública para atender diariamente uma demanda de aproximadamente 400 pessoas idosas.

Diante das particularidades dos vários aspectos relacionados à saúde da pessoa idosa, é sabido que sua assistência não pode ser de outra forma que seja a diferenciada. O acolhimento humanizado por toda equipe de saúde, respeitando as limitações biopsicossociais da pessoa idosa é importante para a formação de vínculos afetivos, comunitários e sociais.

Os relatos dos usuários envolvem as manifestações de bom acolhimento bem como o reconhecimento de serem bem atendidos pelos

profissionais de saúde do CEASI, apesar de todas as dificuldades enfrentadas na gestão e na prestação dos serviços. As manifestações de ótimo atendimento foram expressas quase que de forma unânime pelos entrevistados.

As ações e serviços de saúde do SUS são organizados de maneira regionalizados e hierarquizados em níveis de complexidades crescentes. Na regionalização os serviços são distribuídos, levando-se em consideração os tipos de serviços oferecidos e sua capacidade de atender à população, de modo a evitar, assim, a duplicidade de ações. Na organização hierarquizada, a divisão dos serviços consiste em atenção primária (prevenção), secundária (assistência médica) e terciária (hospitalar).

Além da assistência curativa, é importante para melhorar a qualidade de vida da população idosa o oferecimento de serviços de promoção e prevenção da saúde por intermédio de ações e de programas de atenção básica. Nota-se que na prática há falta de atendimento na rede básica de saúde como a consulta ambulatorial e domiciliar. Desse modo, torna-se impossível prevenir ou restabelecer a saúde da pessoa idosa.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS 01/02) enfatiza as responsabilidades e as ações estratégicas mínimas de atenção básica, constituindo os sete eixos: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle de hipertensão, controle de diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e da mulher, observando-se que a pessoa idosa, nominalmente, não está incluída nos eixos, mas ela é assistida ao ser atendida nos cinco primeiros eixos.

De acordo com os pontos de vista das pessoas idosas entrevistadas, pode-se dizer que, apesar das dificuldades enfrentadas, o CEASI está conseguindo prestar uma assistência que minimiza o sofrimento dessas pessoas. No entanto, reconhece-se a necessidade de melhorar a qualidade de assistência à saúde das pessoas idosas em todas as dimensões.

Segundo Costa e Maeda (2001), a Rede Básica de Saúde vem respondendo de modo pouco satisfatório às demandas e às necessidades da

população, uma vez que se restringe ao nível de atenção do Sistema que desenvolve ações voltadas para grupos marginalizados, utilizando-se de tecnologias simplificadas, gerando baixo impacto nos níveis de saúde.

As Unidades Básicas de Saúde - UBS, por serem a porta de entrada do Sistema de Saúde, devem proporcionar um acolhimento humanizado tão necessário para o estabelecimento do compromisso entre o profissional e o usuário. O objetivo principal das UBS é evitar que problemas relacionados à saúde primária sejam encaminhados para as unidades especializadas do CEASI.

Constatou-se que a necessidade de profissionais qualificados para atender as pessoas idosas configura-se como um dos grandes desafios. A própria Política Nacional de Saúde do Idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999) assim dispõe:

O desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos constituem diretriz que perpassará todas as demais definidas nesta Política, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade adequadas, e cujo provimento é de responsabilidade das três esferas do governo.

Essa própria lei que criou a PNSI atribui responsabilidades institucionais cabendo aos gestores do SUS, dentro de suas competências, proverem os meios necessários de forma articulada para viabilizar o alcance de que se propõe essa Política.

A capacitação de recursos humanos merece atenção especial, sobretudo no tocante ao que define a Lei nº 8.080/90 – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes - em seu art. 14, parágrafo Único. Segundo essa Lei: deverão ser criadas Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissionais e superiores e cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e a educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS) na esfera correspondente assim como em relação à pesquisa e à cooperação entre essas instituições.

Essa preocupação foi reforçada pelos Princípios e Diretrizes para a NOB/RH - SUS ao abordar a necessidade de implementar o SUS com base em novos modelos assistenciais e de gestão. Nesse caso, é imprescindível que o modelo de educação permanente seja baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão de sistemas.

O modelo de educação para a capacitação dos recursos humanos do SUS também deve ser baseado nas atribuições e competências definidas para os diferentes trabalhadores do SUS e para as equipes de trabalho conforme sua localização no Sistema de Saúde, que facilite uma interlocução permanente entre educação, trabalho e regulação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a).

Em seu Plano de Saúde (2006-2008) o município de Natal/RN definiu como uma das suas prioridades a ampliação do acesso com qualificação e humanização, promovendo a qualificação técnica adequada à execução das ações e dos serviços de saúde. Esse Plano também prevê o investimento na capacitação de profissionais nas unidades básicas de saúde que compõem os eixos programáticos definidos pela NOAS-02/2002. Pelo fato de a NOAS-02/2002 não fazer menção a Ações de Saúde do Idoso, indica-se um repensar no planejamento dessas ações e serviços a fim de que contemplem os profissionais envolvidos na assistência à saúde da pessoa idosa.

4.2 AVALIAÇÃO DAS FORMAS DE ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS E ÀS AÇÕES DE SAÚDE PELAS PESSOAS IDOSAS

Esse aspecto avaliativo relaciona-se às formas de acessibilidade dos usuários idosos entrevistados aos serviços e ações prestadas pelo CEASI. Envolve um conjunto de questões vinculadas aos motivos da procura pelo atendimento, formas de frequência e dificuldades encontradas ao acessar essa instituição.

A análise dessas questões embasa-se no Estatuto do Idoso em seu Art. 15 que dispõe:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003, p.133).

Em face dessas prerrogativas, passa-se a elaborar uma breve referência sobre essas práticas enfatizando a preocupação particular com o processo de envelhecimento da população.

Entre as pessoas idosas entrevistadas que afirmaram ser acometidas por problemas crônicos de saúde, 48% responderam possuir mais de uma queixa, sendo uma das características importantes que precisam ser consideradas a partir da organização dos serviços de saúde direcionados a esse segmento. Os problemas de saúde nas pessoas idosas são de longa duração, fazendo com que se necessite de profissionais qualificados, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares de baixa, média e alta complexidade e, portanto, de alto custo.

O rápido crescimento da população de idosos no Brasil causa um importante impacto em toda a sociedade, principalmente nos sistemas de saúde. Entretanto, a infra-estrutura necessária para responder as demandas deste grupo etário em termos de instalações, programas específicos e mesmo recursos humanos adequados quantitativa e qualitativamente ainda é precária (VERAS *et. al.*, 2002, p.13).

A partir desse quadro analítico, passa-se a apresentar a discussão dos resultados acerca da avaliação das pessoas idosas entrevistadas de acordo com a frequência às **ações de prevenção** e à **forma de acesso** ao CEASI.

Tabela 10 - Frequência regular ou não e formas de acesso ao CEASI pelas pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Prevenção à saúde regularmente	n	%	Forma de acesso ao atendimento	n	%
Sim	36	90%	Sempre é atendido	38	95%
Não	04	10%	Nem sempre é atendido	02	5,0%
TOTAL	40	100%	TOTAL	40	100%

Fonte: Primária

O fato de 90% das pessoas idosas entrevistadas afirmarem que vão regularmente aos serviços de saúde, comprova outros estudos realizados os quais consideram que “[...] a maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idosos tem na própria idade seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra”. (VERAS, 2001, p.21).

De acordo com os conceitos mais modernos da gerontologia: “As doenças crônicas não implica que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente” (VERAS, 2002, p.22). Embora as pessoas idosas tenham a expectativa de sua vida bastante elevada de forma saudável e ativa, reconhece-se que essas pessoas são os maiores usuários dos serviços e ações de saúde.

Evidencia-se ainda nos resultados da Tabela o expressivo percentual de 95% dos entrevistados que informaram ser sempre atendidos no CEASI.

A questão seguinte complementa à anterior ao ser indagada a **existência de problema de saúde e o motivo da procura** ao CEASI. 52% dos entrevistados relataram perdas de capacidade funcional, como se observa nos resultados da Tabela seguinte:

TABELA 11 – Existência ou não de problemas de saúde e os motivos da procura ao CEASI segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Problemas crônicos de saúde	n	%	Motivos de procura	n	%
Sim	36	90%	Hipertensão/artrite reumática	16	40%
Não	04	10%	Cardíaco	08	20%
			Diabete	09	22,5%
			Cirrose	01	2,5%
			Hipertensão/Osteoporose/ Artrose	03	7,5%
			Doença renal	03	7,5%
TOTAL	40	100%	TOTAL	40	100%

Fonte: Primária

Os resultados indicam uma nítida predominância de pessoas idosas com problemas crônicos de saúde (90%), desse modo, apenas 10% não estão acometidos por problema crônico de saúde.

Dentre os motivos da procura aos serviços do CEASI elencados pelos entrevistados, apresenta-se as doenças crônicas mais incidentes. Salienta-se a prevalência de 40% dos entrevistados que apresentaram hipertensão arterial/artrite reumática; observa-se ainda que a diferença entre as incidências de hipertensão arterial (40%) entre diabéticos (22,5%) e não diabéticos (17,5%) não é estatisticamente significativa.

De acordo com os dados desta pesquisa, a maioria absoluta dos idosos entrevistados (90%) não é totalmente saudável do ponto de vista funcional em razão de apresentar dependências (social ou psicomotora), restrições físicas e, por isso, tenta acessar com mais frequência os serviços de saúde visando a prevenção ou mesmo a atenção curativa.

Destaca-se um grupo significativo de pessoas idosas portadoras de variadas condições clínicas que apresentam incapacidade funcional e/ou agravos de saúde que põem em risco a autonomia. Tais constatações indicam maior perda de qualidade de vida dos entrevistados que utilizam seus poucos recursos financeiros com a saúde.

De forma mais ampla, os dados das Tabelas 02 e 03 refletem a precariedade das condições de vida da população idosa nos países em

desenvolvimento. No Brasil, o envelhecimento humano funcional precede uma cronologia, muitas vezes, de maneira bastante precoce. Essa precocidade deriva das condições ambientais adversas, desempenho de atividades físicas forçadas, má nutrição, falta de condições adequadas de lazer e de moradia, acesso restrito aos serviços, programas e ações de saúde que contribuem para um atendimento tardio dos problemas de saúde vivenciado por esse segmento.

Os idosos, de fato, têm necessidades médicas e sociais diferenciadas e tendem a utilizar de forma mais intensa os serviços e equipamentos de saúde. Levando-se em conta que a grande maioria vive em condições de extrema pobreza, o setor público da saúde surge como a única alternativa de assistência viável (BRITO; RAMOS, 1996, p.394).

Ademais, o aumento da expectativa de vida favorece que a população idosa viva mais, no entanto não significa dizer que as instituições estatais estejam preparadas adequadamente para atender ao segmento idoso de maneira satisfatória. O comprometimento da adequabilidade da atenção à saúde da pessoa idosa ocorre em virtude da carência de programas, projetos, serviços e ações voltadas para a assistência a esse segmento. Desse modo, não é apenas a vida que se prolonga, mas também o período de incapacidade e dependência da pessoa idosa.

Nesse quadro, urge eleger questões interventivas que considerem as especificidades da pessoa idosa e formulem estratégias de prevenção para esse segmento, que são extremamente diferentes dos preconizados para os segmentos mais jovens da população.

Os dados levantados por outros estudos autorais e institucionais (VERAS, CAMARANO, ALBUQUERQUE, IPEA, FGV, IBGE, etc.) apontam que o modelo clássico de prevenção em saúde é, sobretudo, aplicado para as faixas etárias mais jovens.

O Brasil possui um sistema de saúde desorganizado frente às necessidades deste segmento populacional; com baixa resolutividade, pouco adequado para enfrentar os problemas de saúde do idoso, agravados pela desinformação, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pelo preconceito e despreparo da sociedade e profissionais de saúde em lidar

com as situações inerentes ao processo de envelhecimento, resultando em um cuidado deficiente e de elevado custo (VERAS; et. al, 2002, p.14).

É importante considerar, no entanto, que embora os serviços prestados pela instituição pública, como a CEASI, sejam a expressão concreta dos direitos sociais dos cidadãos idosos, no campo da saúde o seu caráter de universalidade não se concretiza apesar da expectativa legítima face ao direito regulamentado pelo Estatuto do Idoso e pela PNI.

A população usuária idosa, de modo geral, não possui clareza quanto aos seus direitos conquistados, e a comprovação disso está na concepção de que eles têm seus direitos percebidos como “ajuda”, “benefícios”, “esmola”, “auxílio”, “bondade”, entre outros que se traduzem em pobreza política.

A experiência da pobreza é ainda a experiência da desqualificação dos pobres por suas crenças, seu modo de expressar-se e seu comportamento social, sinais das “qualidades negativas” e indesejáveis que são conferidas por sua procedência de classe (YAZBEK, 1996, p.62).

Na fala dos idosos entrevistados, pôde-se perceber como a cultura fragmentada e curativa das ações de saúde é internalizada a partir da centralidade e limitante das ações de saúde à figura médica. Essa concepção fortalece o processo de ações interventivas imediatistas, medicamentosas e de pura negação à prática preventiva de ações coletiva e multiprofissional.

Em dados qualitativos, apresentam-se fragmentos de fala das pessoas idosas entrevistadas que afirmaram sempre serem atendidos pelo CEASI. Esses fragmentos foram categorizados pelas temáticas que seguem abaixo:

Qualidade dos serviços

- **Os médicos são bons; os atendimentos são ótimos.** (Entrevista nº02)

- **Atendimento nota dez.** (Entrevista nº03)

Encaminhamento

- **Porque a USF do bairro Nordeste me encaminhou para o Cardiologista.** (Entrevista nº11)
- **Nem sempre eu venho me consultar aqui só quando sou encaminhada.** (Entrevista nº19)
- **Porque só venho quando sou encaminhada pela USF.** (Entrevista nº20)

Inexistência dos serviços especializados no Posto de Saúde (ou Unidade da Saúde da Família - USF)

- **Porque preciso de especialista (cardiologista)** (Entrevista nº04)
- **Na USF do Bairro não tem médico especializado nem na minha zona residencial** (Entrevista nº10)
- **Porque vim tirar a ficha aqui para o Otorrino, daí passei a me consultar aqui.** (Entrevista nº12)
- **Porque o meu médico cardiologista é daqui.** (Entrevista nº14)
- **Vim porque só consegui e consigo me consultar aqui. Lá na USF onde me consultei, disseram que eu estou fora de área de atuação do PSF** (Entrevista nº18)

Precariedade dos serviços de Saúde próximos à moradia

- **Por falta de autorização (sem vagas) para exames na UMS.** (Entrevista nº01)
- **Meu Posto de Saúde praticamente faliu.** (Entrevista nº06)
- **O Posto de Saúde demora a marcar consulta.** (Entrevista nº08)
- **No Posto de Saúde a burocracia é muito grande.** (Entrevista nº09)
- **Vim porque na USF não tem médico para me atender.** (Entrevista nº17)

Participação das ações permanentes do CEASI

- **Porque faço parte do grupo do CEASI.** (Entrevista nº05)
- **Porque participo do grupo de terapia ocupacional do Centro.** (Entrevista nº13)
- **Porque vim marcar o exame de PSA no laboratório que o médico solicitou e já faço acompanhamento há algum tempo.** (Entrevista nº15)
- **Vim para assistir a palestra toda quarta-feira. Eu venho sempre que posso.** (Entrevista nº16)

As falas dos entrevistados expressam a frágil estrutura do sistema de saúde que não está organizado devidamente para atender a uma demanda crescente desse segmento etário que envelhece, mesmo que seja sabido que as pessoas idosas são as que mais usam os serviços de saúde. Ademais, a falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais contribui para que o primeiro atendimento se dê em estágio avançado de hospitalização da pessoa idosa, aumentando os custos e reduzindo as chances de um diagnóstico favorável que evite a incapacidade funcional precoce.

No primeiro nível, devemos atuar com as vacinas, programas educativos, atividades físicas e grupos de convivência. Já para o segundo nível, o da “postergação preventiva”, é necessário implantar uma nova concepção que requer um aporte do conhecimento epidemiológico com vistas a estruturar programas de triagem, rastreamentos mínimos em postos de saúde e ambulatórios, visando a detecção de problemas de saúde ainda em fase de cura ou para tentar reduzir o ritmo da evolução de uma doença crônica. (LOURENÇO apud VERAS, 2002, p. 19)

Brito e Ramos (1996) descrevem que as ações de saúde para as pessoas idosas têm como objetivo fundamental mantê-las com o máximo de capacidade funcional e independência física e mental na comunidade e no seio de suas famílias. Necessário se faz oferecer alternativas que atendam às diferentes condições biológicas, psicológicas e sociais dessas pessoas, através de um modelo de assistência de atenção primária à saúde, valorizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças e de incapacidades que as acometem.

A prevenção à saúde na prática da vida cotidiana dos idosos entrevistados associa-se à **procura pelos serviços de saúde**. O Gráfico abaixo mostra a dimensão de 80% de procura pelo atendimento no CEASI.

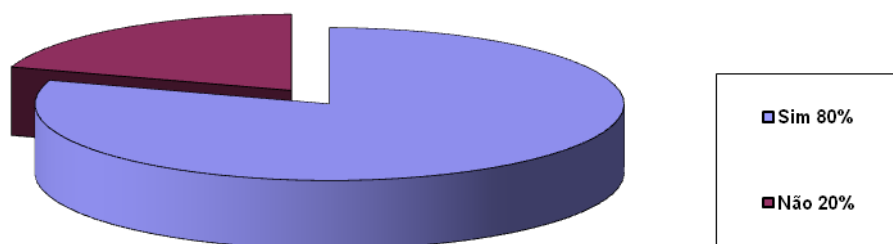


Gráfico 8 - Procura de atendimento no CEASI segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007.

Fonte: Primária

A expressiva visibilidade (80%) de procura pelo atendimento no CEASI é qualificada pelos idosos entrevistados através de pontos positivos e negativos que perpassam essa procura.

Os pontos positivos do atendimento no CEASI encontram-se abaixo categorizados pelas seguintes temáticas, conforme 80% das pessoas idosas entrevistadas:

Bons profissionais de saúde

- **Atende toda especialidade e são pessoas boas.** (Entrevista nº 35)
- **Gosto, meu médico é daqui.** (Entrevista nº 32)
- **Porque os médicos são muito populares.** (Entrevista nº 30)

Acesso rápido aos serviços de saúde

- **É mais fácil tirar a ficha e não preciso ficar muito tempo na fila.** (Entrevista nº 31)
- **Se fosse pela Unidade de Saúde do bairro demoraria muito tempo.** (Entrevista nº 33)
- **Sou bem atendida. O SUS é o seguro de vida melhor que tem. Somos bem atendidos, mas falta oculista.** (Entrevista nº 24)

Serviços de saúde direcionados à pessoa idosa

- **Oferece um programa voltado ao idoso.** (Entrevista nº 21)

- Preciso de acompanhamento médico. (Entrevista nº22)

Apresentam-se, a seguir, os fragmentos de fala das pessoas idosas entrevistadas que expressam um conteúdo de dubiedade – entre o positivo e o negativo –, embora estejam incluídas entre o percentual dos 80% que procuram os serviços de saúde do CEASI. Esses fragmentos de fala foram categorizados por uma única temática: o encaminhamento.

- Só procuro atendimento aqui quando sou encaminhada pela USF. Às vezes perco a consulta por não ter ninguém para me acompanhar. (Entrevista nº 40)

- O posto do Bairro me encaminhou para cá. (Entrevista nº 37)

Vislumbram-se os pontos negativos indicados por 20% das pessoas idosas entrevistadas que não procuram sempre os serviços de saúde do CEASI, categorizados pelas temáticas seguintes:

Inexistência de serviços de saúde direcionados à pessoa idosa

- Diz que é para idoso, mas, não vejo nada que preste para o idoso. (Entrevista nº 23)

Falta atendimento especializado

- Faltam algumas especialidades. Procuo médicos particulares às vezes. (Entrevista nº 27)

Tráfico de influência

- Porque só consigo consulta através de amizade. (Entrevista nº 29)

Os pontos negativos explicitam questões referentes a situações que uma parte significativa da população vivencia no momento em que procura o acesso aos programas, serviços e ações de saúde pública. Sem dúvida, o caráter seletivo do acesso que compromete o princípio da universalidade ainda predomina não apenas na Política de Saúde, mas, nas políticas sociais brasileiras.

O que torna mais grave é o fato de o caráter seletivo ser atribuído pela própria gestão pública quando impõe condicionalidades ou critérios de elegibilidade para o acesso a programas ou serviços sociais, quando estes são garantidos à população na perspectiva de direitos. (ALMEIDA, 2006)

Afora o caráter meritocrático e excludente das formas de acesso às Políticas Sociais brasileiras, a implementação das suas ações programáticas (programas, projetos, serviços) junto aos usuários é perpassada por clientelismo, favoritismo e assistencialismo, o que potencializa a negação dos direitos sociais. (ALMEIDA, 2006)

Assim, constata-se que, enquanto 80% dos usuários idosos entrevistados alegam serem os serviços do CEASI uma via de acessibilidade para a resolutividade de seus problemas de saúde, 20% expressam a falta de acesso e de organização democrática dos serviços públicos de saúde. Tal fato retrata a realidade existente em nível nacional.

Na análise dos fragmentos de fala das pessoas idosas entrevistadas, verificou-se que em razão de essas pessoas procurarem o acesso aos serviços de saúde em estágio mais elevado de suas necessidades e não em condições favoráveis de revertê-las, não questionam a reprodução da dinâmica existente no âmbito político das ações, serviços e programas sociais públicos, e, em virtude disso, os idosos passam a aceitar as práticas clientelistas e paternalistas. Nesse contexto, os serviços públicos não são percebidos como um direito de cidadania.

Os dados do Gráfico, a seguir, mostram os **conceitos atribuídos** pelas pessoas idosas entrevistadas ao atendimento dos profissionais do CEASI.

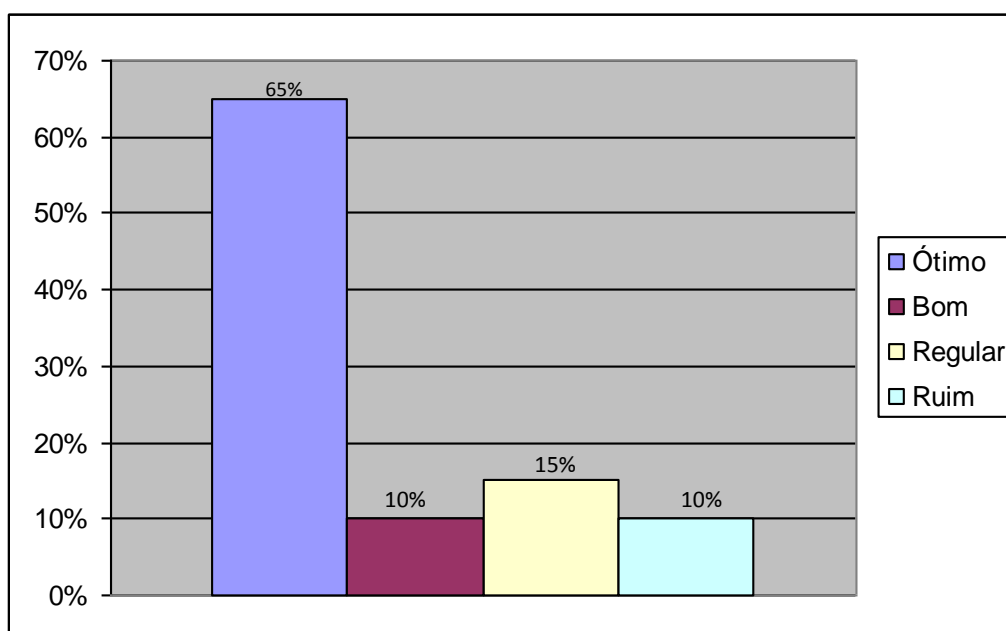


Gráfico 9 - Opiniões sobre o atendimento dos profissionais do CEASI segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Fonte: Primária

Decerto, os conceitos atribuídos pelos entrevistados aproximam-se aos dados anteriormente analisados: 75% conferiram conceitos de ótimo (65%) a bom (10%) que devem estar dentro do percentual dos 80% que indicaram pontos positivos à procura pelos serviços do CEASI. Seguem fragmentos de fala dos entrevistados que justificam os conceitos atribuídos como ótimo e bom:

- ***Sou sempre bem atendido.*** (Entrevista n° 5)
- ***Dos A.S.G.(Auxiliares de Serviço Gerais) aos médicos, todos atendem bem.*** (Entrevista n° 33)
- ***Os direitos e deveres do idoso são respeitados.*** (Entrevista n° 25)
- ***Eles têm mais atenção com os idosos. Eles entendem que é um direito do idoso.*** (Entrevista n° 03)
- ***Remédios certos, tudo bom, não tenho do que reclamar.*** (Entrevista n°10).

Registram-se também os fragmentos de fala dos 25% dos entrevistados que imputaram conceitos entre regular (15%) e ruim (10%) que, certamente, se aproximam às respostas daqueles que indicaram pontos negativos (20%) à procura dos serviços do CEASI. Esses fragmentos

manifestam a falta de atendimento sistematizado e a falta de recursos humanos.

- Às vezes, por ter muita gente para atender (o médico) não tem paciência, nem (bom) humor. (Entrevista nº 06)

- Um dia tem atendimento e outro não. (Entrevista nº 17)

- Precisamos de dentista. (Entrevista nº15)

No Capítulo II desta Dissertação, ao proceder à caracterização do CEASI, apresentaram-se dados que revelaram a fragilidade da gestão institucional e técnica desse Centro que comprometem a garantia da atenção à saúde das pessoas idosas usuárias na perspectiva de direitos preconizados na Constituição de 1988, no SUS, na PNI, na PNSI e no Estatuto do Idoso.

Durante a coleta de dados no CEASI, em conversas informais com os usuários idosos foi possível conhecer situações precárias vivenciadas por eles, dentre elas destacam-se: a inexistência de algumas especialidades de saúde, como odontólogos, psiquiatra e oftalmologista; a falta de vagas para o tratamento de fisioterapia e para a marcação de exames de média e alta complexidade. Os idosos também mencionaram a falta de informação sobre o funcionamento dos serviços e de vagas para consultas nas unidades básicas de saúde (UBS) e no PSF, bem como o não acesso aos serviços da unidade do PSF por residirem em comunidades que não foram incluídas ainda pela divisão territorial realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

Entretanto, constata-se através da maioria das falas dos idosos entrevistados, o baixo nível de esclarecimento e até desconhecimento acerca de seus direitos a ponto de atribuírem o atendimento como benesse. Essa postura é denominada por Demo (2006) de pobreza política.

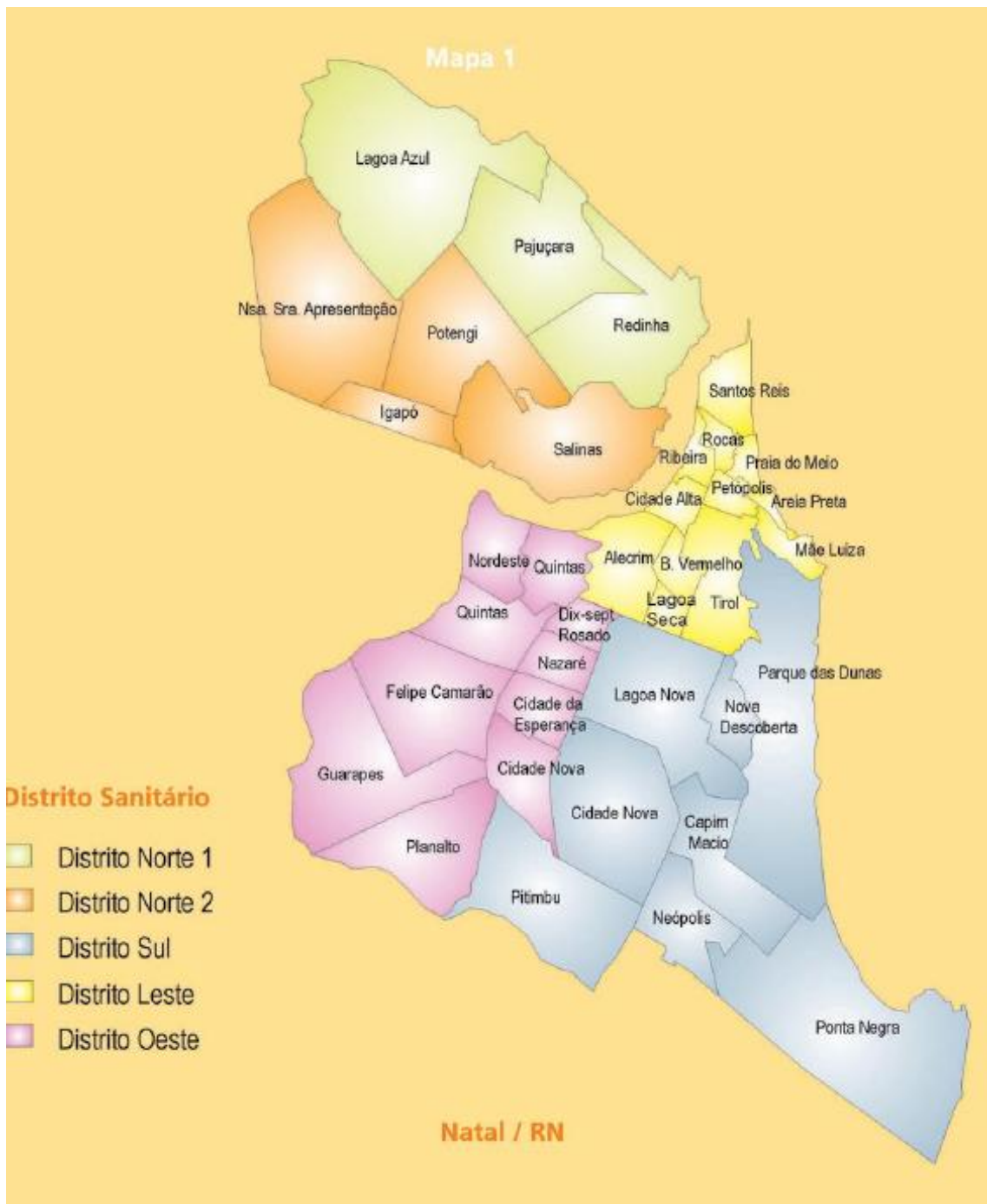
[...] o pobre emerge como beneficiário apenas na artimanha clássica de induzir que ele aceite ser “cuidado” pelo Estado e pelos governos, e mesmo pela elite [...] quem é pobre politicamente não descobre que tem direitos porque continua a esmolar; por vezes, essa condição é tão drástica que o pobre parecer pedir permissão para ter direito. (DEMO, 2006, p.33-34)

Por certo, a visão despolitizada dos usuários sobre as políticas sociais, dentre elas a de Saúde, contribui para o não acesso ao serviço público de forma satisfatória e de qualidade, proporcionando-lhes uma realidade permeada pela exclusão e desigualdade. “O contrário de pobreza política é qualidade política. Entendemos por qualidade política a habilidade humana de constituir-se sujeito relativamente autônomo, participar ativamente na democracia, efetivar cidadania individual e coletiva”. (DEMO, 2006, p. 39)

A situação da desigualdade e da falta de equidade no acesso a programas, projetos, serviços e ações públicas de saúde traduzem a dinâmica cotidiana das condições de ocupação das áreas periféricas urbanas. A demonstração desse processo reside nas condições insatisfatórias de acesso, na precariedade dos serviços públicos existentes nos bairros (UBS e USF).

A moradia em casas próprias auto-construídas, situadas em loteamentos periféricos que, de maneira geral, são desprovidas de serviços de infra-estrutura, acabam fazendo com que a maioria dos idosos entrevistados se veja diante de graves carências, como a não proximidade da residência à equipamentos sociais e comunitários, como, por exemplo, Postos de Saúde.

No âmbito territorial da cidade de Natal/RN, destaca-se a Lei nº 3.878 de 07/12/1989 da Prefeitura Municipal que planejou a organização político-administrativa dessa cidade mediante a criação de Distritos Sanitários Norte, Sul, Leste e Oeste enquanto forma de zoneamento urbano, com tratamento micro centrado dos problemas identificados no contexto da atuação das políticas públicas, conforme se pode verificar no Mapa seguinte:



Mapa da cidade de Natal/RN

FONTE: Prefeitura Municipal de Natal

Diante dessa reorganização político-administrativa da Prefeitura Municipal do Natal, as áreas mais desprovidas desses serviços são as favelas e os loteamentos, no entanto, esse quadro de precariedade não é homogêneo.

No Brasil, as formulações da Política de Saúde apóiam-se em uma rede ineficiente de serviços para atender a uma demanda cada vez mais crescente e diversificada. Essa relação torna-se mais perversa ao adotar estrategicamente, o critério de acesso a disponibilidade de serviços para prover atendimento às populações carentes. “O acesso universalizado seria, em tese, a possibilidade de a população poder ser atendida por qualquer serviço de saúde, público ou privado. Esse direito, contudo, não se concretiza como acesso efetivo” (COHN *et.al.*, 1999, p.91).

Na realidade, tem-se uma demanda reprimida que cresce e uma limitação crescente de serviços sociais públicos para atender a essa demanda. Trata-se de uma relação cada vez mais desigual entre direitos e a negação desses direitos.

Garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é função do Estado e das políticas que ele formula para viabilizá-lo. Em contrapartida a utilização efetiva realizada pela população é função do confronto que se estabelece entre os recursos oferecidos e a demanda conformada (COHN *et al.*,1999, p.68).

Deve-se ter clareza que a acessibilidade não se reduz ao conceito de acesso pela proximidade. Há várias concepções de Acessibilidade, uma delas corresponde à relação funcional entre as “resistências” que são oferecidas pelos usuários para efetivar o atendimento que buscam e o “poder de utilização” que é formado pelas experiências, percepções e valores, conforme foram expressos nas razões para o bom atendimento na visão do usuário idoso entrevistado ao ser atendido de acordo com o seu perfil de demanda.

No que se refere às **dificuldades encontradas** pelas pessoas idosas entrevistadas para acessar o CEASI e os **motivos indicados que dificultam esse acesso**, tem-se o que atesta a Tabela seguinte:

Tabela 12 – As dificuldades e os motivos que inibem o acesso ao CEASI segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Dificuldades para acessar o CEASI	n	%	Motivos que dificultam o acesso ao CEASI	n	%
Burocrática	05	12,5%	Dificuldade para marcar consultas através da USF	04	10%
Locomoção	03	7,5%	Dificuldade de conseguir acompanhante	08	20%
Localização	11	27,5%	Falta de dinheiro para pagar passagem do acompanhante	04	10%
Financeira	04	10%	Dificuldade para conseguir ficha de referência	04	10%
Burocrática/Financeira	12	30%	A demora para marcar consulta na USF e Posto de Saúde	04	10%
Nenhuma	05	12,5%	Distância do CEASI	11	28%
TOTAL	40	100%	TOTAL	35	88%

Fonte: Primária

NOTA: A última coluna totaliza 35 por corresponder ao número de entrevistados que não sentem dificuldade de acessar o CEASI

Nas dificuldades de ordem pessoal, chama-se atenção para o fato da incapacidade funcional de 03 entrevistados que possuem dificuldade para locomoção; a de ordem financeira apresenta-se como a mais incidente (40%) se for mensurada com a citação dessa mesma dificuldade junto com a burocracia; ademais, a localização é indicada por 11 entrevistados, o que demonstra a distância entre o local de moradia dos entrevistados e o CEASI. Trata-se de um dado grave que dificulta o acesso e o acompanhamento constantes da pessoa idosa às ações de saúde, uma vez que não há unidades especializadas de atenção à saúde do idoso próximas ao local de sua moradia.

No tocante aos motivos relatados por 30% dos entrevistados, evidencia-se a dificuldade de marcar consulta através da USF e Posto Saúde da Prefeitura Municipal e de conseguir ficha para atendimento de referência.

Segundo esses entrevistados, as dificuldades são as mesmas tanto para acessar os serviços de hospitais públicos e conveniados quanto os centros de saúde e USF que deveriam prestar a assistência básica às pessoas idosas, ou seja, estes últimos que deveriam ser a porta de entrada do atendimento, também apresentam muitas limitações nos serviços destinados e essas pessoas.

A demanda das pessoas idosas por atendimento de saúde nas Unidades de Saúde da Família (USF) é predominantemente dirigida ao CEASI, pois, é nele que os usuários idosos exercitam o seu “poder de utilização” no enfrentamento dos problemas da assistência à saúde.

Sobre os problemas de atendimento dos serviços da rede básica, são manifestados pela maioria das pessoas idosas entrevistadas através dos fragmentos de fala, categorizados pelas seguintes temáticas:

Exames complementares em quantidade reduzida

- ***Poucas cotas para exames mais complexos (ultra-som, ecocardiograma, etc.)*** (Entrevista nº06)
- ***Acesso restrito pela quantidade pré-estabelecida pela SMS para o atendimento aos exames.*** (Entrevista nº01)

Burocracia

- ***Tenho de pegar no Posto uma ficha de referência para poder me consultar no CEASI. Às vezes, fico cansada de esperar.*** (Entrevista nº 05)
- ***A demora é grande para marcar a consulta para o CEASI através da USF/Posto de Saúde.*** (Entrevista nº14)
- ***Dificuldade no encaminhamento para o especialista. O Posto tem de encaminhar. É necessário tirar ficha no Posto de Saúde da minha área residencial não tem médico.*** (Entrevistado nº18)

Deficiência dos Postos de Saúde

- ***Procurei consulta lá no Posto da zona norte e disseram que eu estou fora da área. Não sei nem o que é isso. Acontece que andei muito e não fui atendida. Só me atenderam aqui no CEASI. Faz mais de ano que me consulto e participo das reuniões daqui.*** (Entrevistado nº31)

- Não tem Posto de Saúde que atenda uma boa parte das casas da minha rua. Daí a gente fica igual a esmoler, batendo de porta em porta atrás de se consultar. (Entrevistado nº16)

Esses relatos reforçam a análise realizada anteriormente que manifesta a percepção dos entrevistados sobre as dificuldades que encontram na acessibilidade aos serviços básicos. Verifica-se que o usuário sente-se melhor atendido diretamente no CEASI. Os demais serviços públicos de Saúde, os Centros de Saúde e as USF são os menos destacados pelo seu bom atendimento. Decerto, esse é o ponto crucial que os usuários idosos enfrentam as maiores dificuldades para serem atendidos.

A procura pelos serviços de saúde é determinada por fatores que extrapolam a percepção sobre necessidades de cuidados. Durante as entrevistas com as pessoas idosas pôde-se perceber que – associados a fatores de ordem individual – a dificuldade de acesso aos serviços da saúde, sobretudo ao CEASI, estava atrelada a uma série de fatores da ordem cultural, social e econômica, gerando uma dificuldade de acesso exponencial.

Seguem-se fragmentos de fala vinculados a essas dificuldades categorizados pelas temáticas abaixo:

Dependência (necessidade de cuidador)

- Dificuldade para conseguir uma pessoa para me acompanhar até o CEASI. (Entrevista nº40)

Financeira

- Falta de dinheiro para pagar a passagem do meu acompanhante. (Entrevista nº 30)

No caso do atendimento do CEASI, registra-se a importância atribuída pelos entrevistados ao fato de “ter bons profissionais de saúde” para avaliar a qualidade do atendimento prestado. Indica ser este um dos critérios para avaliar o melhor ou pior atendimento com vistas que: “[...] avaliar significa compreender as atividades, fatos ou coisas avaliadas com vistas a estimular seu aperfeiçoamento” (BELLONI; MAGALHÃES)

O acesso rápido ao serviço de saúde prevalece como critério de qualidade, principalmente, quando associado a critérios de acolhimento que respondem valorizando a fluidez do ritual do atendimento nos serviços. O bom atendimento é o critério mais citado pelos usuários entrevistados e a agilidade do atendimento também parece ser a razão mais importante para o usuário idoso avaliar quando é bem atendido.

Os dados quantitativos interpretados nas Tabelas e os dados subjetivos analisados através da categorização temática dos fragmentos de fala dos entrevistados permitiram levantar um leque de aspectos avaliativos apresentados pela população idosa entrevistada no tocante aos programas, projetos, serviços e ações de saúde a partir das dificuldades, perspectivas e aspirações.

A acessibilidade ou o acesso aos serviços de saúde tem sido considerado como um dos componentes principais da qualidade de atenção. Portanto, os critérios associados a outras respostas dos idosos entrevistados permitem visualizar o “grau de ajuste” que caracteriza a relação do acesso ao consumo do serviço de saúde destinado à pessoa idosa em Natal/RN. Segundo alguns autores, acessibilidade significa o “grau de ajuste” entre as peculiaridades de uma população na busca e no acesso aos serviços de saúde e a disponibilidade real desses mesmos serviços (FRANK *apud* COHN *et al.*, 1999).

4.3 AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO E DAS DIFICULDADES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO PELAS PESSOAS IDOSAS

A conquista da longevidade apresenta a velhice em suas múltiplas dimensões e requer olhares e atenções diferenciados de acordo com a situação em que a pessoa idosa se encontra. Como se aludiu anteriormente, o novo perfil demográfico do país é caracterizado pelo aumento da participação de pessoas idosas. Nesse contexto, cresce a preocupação com a saúde e com o bem-estar dessas pessoas. É preciso que se lute pela busca de melhor

qualidade de vida para os anos conquistados e não apenas para o transcorrer do tempo.

Como se expôs, o processo de envelhecimento vem acompanhado de inúmeras alterações biológicas, fisiológicas e psicológicas que interferem diretamente na capacidade pessoas idosas em executar suas tarefas da vida diária e na interação com o ambiente.

Atividade de vida diária relaciona-se a um conjunto de capacidade necessária à manutenção da independência para o auto-cuidado, como as funções de banhar-se, vestir-se, alimentar-se higienizar-se, transferir-se e andar. (VERAS *et al.*, 2002, p. 31)

Esses autores também utilizam o conceito de “atividade de vida diária” para designar os níveis de funções necessárias a uma vida independente como: fazer compras, usar transportes públicos, lidar com dinheiro, cozinhar e realizar algumas atividades.

Diante do processo do envelhecimento humano, vários pesquisadores buscam fazer uma relação entre saúde, envelhecimento, exercícios físicos, capacidade funcional e qualidade de vida. Trata-se de aspectos indispensáveis que visam encontrar uma fórmula para o envelhecimento ativo e saudável.

Essa premissa parte do sentido de que saúde não significa apenas ausência de doenças, como afirma a Organização Mundial de Saúde - OMS. O termo engloba aspectos físicos, psíquicos e sociais, ou seja, “[...] um estado completo do bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e enfermidade”. (DALLARI, 1988)

Nesse sentido amplo de saúde, inserem-se os comportamentos que a pessoa deve ter em relação a ela. Na pesquisa realizada com as pessoas idosas – usuárias dos serviços de saúde do CEASI – foram levantados aspectos significativos referentes ao comportamento que deve ser assumido em relação à saúde. Esses aspectos foram avaliados a partir das seguintes

variáveis: o consumo do tabagismo e do álcool e a prática de exercícios físicos.

Seguem os resultados em torno dessas variáveis, levantadas junto às pessoas idosas entrevistadas que apontam menores incidências no tocante ao tabagismo e ao consumo do álcool, e, a prática de exercícios físicos.

Tabela 13 - Comportamentos relacionados à saúde segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Comportamentos relacionados à saúde	Sim / Não	n	(%)
Tabagismo	Sim	14	35%
	Não	26	65%
Consumo de Álcool	Sim	09	22,5%
	Não	31	77,5%
Prática de Exercícios Físicos	Sim	19	47,5%
	Não	21	52,5%
TOTAL		40	100%

Fonte: Primária

Ainda que em menores percentuais no tocante à afirmação do consumo de tabaco e da bebida alcoólica, entretanto, trata-se de percentuais significativos em relação a aqueles entrevistados que nunca fumaram nem beberam. São comportamentos que devem ser considerados, uma vez que o tabagismo e o etilismo são os principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em pessoas idosas. (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004, p. 88)

Sobre a prática de atividades físicas, constatou-se uma incidência quase paritária entre os entrevistados que têm e os que não têm essa prática. A auto-avaliação da saúde no que se refere à prática de exercícios físicos

resultou em fragmentos de fala dos entrevistados, categorizados pelos aspectos positivos (47,5%):

- ***Para ver se melhora a dor dos ossos e do corpo.*** (Entrevista n° 01)

- ***Bom para a saúde e tenho que ir para igreja.*** (Entrevista n° 06)

- ***Bom para a saúde, nunca mais precisei ir ao Posto de Saúde.***
(Entrevista n° 04)

- ***Sinto-me com mais vontade de viver.*** (Entrevista n° 15)

- ***Por recomendação médica e gosto por me sentir melhor.***
(Entrevista n° 16)

O grande avanço tecnológico, educacional e dos conhecimentos acerca da saúde – estes verificados a partir do século XX – contribuiram para o aumento de expectativas de vida da população. Nesse contexto, a pessoa idosa passa a sentir a necessidade crescente em praticar atividades que contribuam para uma melhor qualidade de vida.

Os relatos positivos enfatizam que as atividades físicas proporcionam à pessoa idosa motivações para sair de casa, busca por relacionamento com outras pessoas fora do eixo familiar, além do cuidado consigo mesma.

Os entrevistados que responderam positivamente sobre a “prática de exercícios físicos” (47,5%) não apresentaram nenhum tipo de dependência social, psicológica e física. Portanto, desenvolvem bem as suas atividades da vida diária, conforme se comprova nos dados da Tabela seguinte:

Tabela 14- Dificuldades para realização de atividades da vida diária e o tipo de dificuldade segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Dificuldades para realizar atividade diariamente	n	%	Tipo de dificuldade	n	%
Sim	21	52,5%	Social/Psicomotora	15	37,5%
Não	19	47,5%	Social	06	15%
TOTAL	40	100%	TOTAL	21	52,5%

Fonte: Primária

As dificuldades descritas acima evidenciam um grupo de pessoas idosas com alto índice de dependência já que mais de 50% são portadoras de incapacidades (social e social/psicomotora) nas funções de auto-cuidado e têm alguma incapacidade em atividades mais complexas. Por outro lado, os estudos direcionados para o segmento idoso (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004) apontam uma série de benefícios à saúde, particularmente dos idosos, promovida através de práticas de atividades físicas cotidianas.

As mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem com o processo de envelhecimento podem influenciar de maneira decisiva no comportamento da pessoa idosa. Considera-se que o desgaste ocasionado pela idade aliada à falta de prática de atividades físicas pode causar dificuldades no desempenho físico, na habilidade motora, na capacidade de concentração, de coordenação, e, quando associadas a alterações ósseas (osteoporose), ocorrem modificações na postura, no equilíbrio e na marcha.

As pessoas idosas entrevistadas que afirmaram não realizar exercícios físicos (52,5%) atribuíram esse fato a aspectos pessoais e a dependência social e psicomotora, conforme os fragmentos de fala, categorizados por essas temáticas:

Aspectos Pessoais:

- ***Não faço exercício físico porque não gosto*** (Entrevista nº35)
- ***Não faço exercício físico porque nunca gostei.*** (Entrevista nº36)
- ***Não gosto de sair de casa.*** (Entrevista nº33)

Dependência social/psicomotora

- ***Porque não consigo caminhar.*** (Entrevista nº 22)

- ***Não tenho condições físicas para fazer e não tenho ninguém ao meu lado para me dar segurança, pois, eu tenho medo de cair.*** (Entrevista nº 40)

Nesta pesquisa constatou-se que tanto as pessoas idosas que praticam quanto os que não praticam atividades físicas fazem uso de algum tipo de medicamento. Possuem um nível de qualidade de vida precário, uma vez que a amostra de sujeitos investigados pertence a um grupo com baixas condições sócio-econômicas. Entretanto, este estudo também revelou que as pessoas idosas que fazem atividades físicas tendem a relatar menos problemas de saúde, participam mais da vida social e demonstram ter maior vitalidade do que os que não fazem essas atividades. Decerto, as pessoas idosas sedentárias relatam maiores problemas de saúde.

Os relatos sobre as dificuldades de realizar atividades da vida diária são expressos em termos específicos que caracterizam situações ou relações fragilizadas que envolvem outras questões (econômicas, sociais e físicas). Como se constata abaixo, esses fragmentos de fala aproximam-se aos demais presentes nas situações de locomoção dos entrevistados, conforme se evidenciou anteriormente. Seguem os fragmentos de fala, categorizados pelas temáticas:

Financeira

- ***Sustento a casa só com apenas 1 Salário Mínimo*** (Entrevista nº 33)

- ***Preciso sempre pagar a passagem de minha acompanhante, nem toda vez eu tenho dinheiro.*** (Entrevista nº 37)

Falta de companhia

- ***Muitas vezes não tem ninguém de minha família para me levar para os lugares que eu gosto de ir. Todos já têm seus compromissos.*** (Entrevista nº 32)

Sem condições físicas

- *Sinto muitas dores nos ossos.* (Entrevista n° 22)
- *Tem dia que não posso fazer nada em casa: artrite, osteoporose, osteopenia.* (Entrevista n° 29)
- *Não posso nem caminhar.* (Entrevista n° 40)
- *Sinto dores nas pernas e na coluna.* (Entrevista n° 28)

As dificuldades apresentadas são resultados de um processo de fragilização e de precarização não apenas dos indivíduos idosos, mas principalmente de um grupo social mais amplo. É parte de um processo de fragilização familiar, o que pode implicar tanto no empobrecimento econômico quanto no desgaste das relações afetivas existentes.

A seguir apresentam-se os dados sobre a **utilização dos medicamentos, as formas de aquisição e os motivos** que os levam a procurar os serviços de saúde da esfera pública (municipal ou estadual).

Tabela 15 - Formas de aquisição de medicamento segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Usuários de Medicação	n	%	Forma de aquisição do medicamento	n	%	Órgão público que tem acesso em nível de Estado ou Município	n	%
Sim	37	92,5%	Conta própria	01	2,5%	USF	10	25%
Não	03	7,5%	Estado	06	15%	Centro Saúde/ CEASI	09	22,5%
			Família/Estado	30	75%	UNICAT	18	45%
TOTAL	40	100%	TOTAL	37	92,5%	TOTAL	37	92,5%

Fonte: Primária

Esses dados revelam a disponibilidade e o acesso da população idosa à medicação. Nota-se que os usuários entrevistados que utilizam medicação (92,5%) fazem uso dos serviços da rede pública para a aquisição dos seus medicamentos. Mesmo que sejam pessoas de baixa renda, ainda complementam com recursos próprios a medicação que falta para continuar o

tratamento ou o controle de doenças crônicas, como o caso dos 75% dos entrevistados que recorrem a familiares e ao Estado.

Sabe-se que a pessoa idosa, devido às múltiplas queixas em relação à sua saúde, consome mais medicamentos se comparado a outras faixas etárias. HAAK (*apud* Rozenfeld, 2003) diz que no Brasil os estudos populacionais sobre o consumo de produtos farmacêuticos evidenciam o uso crescente com a idade.

Nas falas dos usuários entrevistados percebeu-se que estes aderem, sem obstáculos, ao tratamento medicamentoso. O desejo de receberem medicamentos foi extremamente significativo. O relato das pessoas idosas entrevistadas sobre a aquisição de medicamentos nas Unidades de Saúde e na Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT) pode ser comprovado nos fragmentos de fala a partir da categorização das seguintes temáticas:

Insuficiência de atendimento dos órgãos públicos/ complementação com recursos próprios

- Na UNICAT só me fornece 1 medicamento dos que eu tomo. O Posto de Saúde também não tem, então, o meu filho compra. (Entrevista nº35)

- Meu medicamento passou três meses sem ter na UNICAT, Posto de Saúde e CEASI. Então, passei a comprar o medicamento, mesmo sem ter condições. (Entrevista nº36)

- Só recebo 1 medicamento na USF, o restante o meu filho compra. (Entrevista nº29)

- Recebo na USF “Nova Natal I” o medicamento para hipertensão e compro o outro remédio para o colesterol. O remédio para os nervos (Diazepan de 5 ml), recebo no Centro Clínico da zona norte. (Entrevista nº 01)

Insuficiência de atendimento dos órgãos públicos

- UNICAT oferece o remédio da osteoporose e da tireóide, mas, às vezes falta. Os outros de hipertensão (AAS infantil e Captopril) recebo na USF “Nazaré”. (Entrevista nº29)

- A burocracia da UNICAT é grande para preencher o formulário, mas, nem toda vez eu consigo remédio. (Entrevista nº40)

Recebimento de órgãos públicos

- **Recebo o remédio de hipertensão lá na USF do Bairro Nordeste.** (Entrevista nº32)

- **Recebo o remédio de osteoporose na UNICAT.** (Entrevista nº33)

- **Recebo apenas 1 no Posto de Saúde da USF “Bom Pastor” e o outro no CEASI.** (Entrevista nº 37)

Em razão de o quadro de morbidade característico da população idosa ter prevalência de doenças crônicas, faz com que se eleve o consumo de medicamentos. A relação entre idade elevada, doenças crônicas e consumo de altos medicamentos configura-se como um grande desafio para o Estado e para os órgãos gestores da área pública de saúde.

Os estudos de Rozenfeld (2003) confirmam essa realidade: o uso de medicamentos varia conforme a idade, o sexo, as condições de saúde e outros fatores de natureza social, econômica ou demográfica. Essa mesma autora reforça a constatação da existente relação entre idade e uso de medicamentos citando Bardel *et al.* (2000), que afirma ser a idade uma variável preditora do uso de medicamentos e o seu efeito se produz mesmo antes dos 60 anos, pois a chance de usar medicamentos aumenta desde a quarta década de vida.

A Norma Operacional Básica - SUS (1996), consolidada pela NOAS 2001-- estabeleceu o Piso da Atenção Básica (PAB) que incentiva a adoção, pelo município, de programas prioritários de fortalecimento de ações básicas em saúde distribuídos por base populacional, o que não esgota os demais repasses para outros procedimentos ambulatoriais.

A parte variável decorre da adoção pelo município de algum ou de todos os seguintes programas e ações prioritárias do Ministério da Saúde: Programa de Saúde da Família (PSF), Programas de Agentes Comunitários (PACS), Assistência Farmacêutica Básica, Incentivo às Ações de Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância Sanitária (VS) e Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (RIBEIRO *et al.*, 2001). Acredita-se que essa forma de financiamento colegiada possa contribuir para elevar a eficiência das ações de saúde, no caso da oferta de medicamentos. Entretanto, como se constatou nas informações e nos depoimentos das

peças idosas entrevistadas, essa realidade ainda está distante de acontecer de forma universalizante.

Os resultados a seguir tratam da **hospitalização**, número de vezes que as pessoas idosas entrevistadas foram hospitalizadas e o motivo da hospitalização. Verifica-se a prevalência significativa – em razão de ser superior a 50% – de 57,5% dos entrevistados que foram hospitalizados, como se pode atestar na Tabela abaixo:

Tabela 16 – Hospitalizações, Nº de vezes de hospitalização e seus motivos segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Já se hospitalizou	n	%	Nº de hospitalização	n	%	Motivo da internação	n	%
Sim	23	57,5%	1 vez	03	7,5%	Tratamento Clínico*	09	22,5%
Não	17	42,5%	2 vezes	07	17,5%	Cirurgias**	10	25%
			3 vezes	03	7,5%	Tratamento psiquiátrico	04	10%
			4 vezes	02	5,0%			
			6 vezes	08	20%			
TOTAL	40	100%	TOTAL	23	57,5%	TOTAL	23	57,5%

Fonte: Primária

NOTAS:

* **Tratamento clínico:** infarto, asma, psiquiátrico, pneumonia e hemorragia

****Cirurgias:** cateterismo, angioplastia, vesícula, rins, apendicite, próstata, histerectomia, tireóide, catarata, coração.

Nota-se que os casos de hospitalizações ocorreram com frequência. Registra-se apenas três casos de entrevistados que se hospitalaram uma vez, mas, o restante – portanto, 50% – foi internado de duas a mais vezes. Há oito casos (20%) que foram hospitalizados seis vezes. Trata-se de um dado sério: primeiro, porque se a Atenção Básica ao Idoso tivesse efetividade não se teria esse número de internações; segundo, o valor da internação é superior às ações preventivas. Desse modo, gastam-se muito mais recursos públicos em razão da inoperância e fragilidade dos serviços públicos de saúde.

Os motivos da internação elencados pelos entrevistados que justificam essa constatação são os seguintes: de 57,5% dos que já se hospitalizaram, 32,5% foram para tratamento (clínico e psiquiátrico) e 22,5% para cirurgias.

No Brasil, as despesas com internações hospitalares já constituem enorme preocupação em saúde pública. Os custos com internação, com doenças crônicas e incapacitantes como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares na rede hospitalar conveniada do INSS chegaram a 135 milhões de dólares no ano de 1985, consumindo mais de 1/3 das despesas de todas as internações. Portanto, como diz Ramos o desafio é grande e o tempo para propor soluções é curto, pois o nosso sistema de saúde continua tendo como prioridade de ação o controle das doenças infecto- contagiosas e a assistência materno-infantil. Existe a necessidade de novos modelos de assistência e de programas eficazes na tentativa de reduzir a relação custo/benefício, a fim de efetuar a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento das infecções crônicas. (BRITO e RAMOS *apud* PAPALEO NETO, 1996, p. 401).

Decerto, em muitos dos problemas de saúde, a hospitalização poderia ter sido evitada se a rede básica pública e os cuidados familiares tivessem se dado de forma organizada, acessível e preventiva. De acordo com os dados e as análises anteriores, a população idosa é a que mais consome serviços e ações de saúde. No entanto, o precário e desorganizado sistema de atenção à saúde brasileira não cria as condições que viabilizem o acesso e a assistência adequadamente. Situação que é vivenciada no país, sobretudo no Nordeste, e, obviamente no município de Natal/RN, *locus* desta pesquisa.

4.4 AVALIAÇÃO DAS LIMITAÇÕES E DAS SUPERAÇÕES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO PELAS PESSOAS IDOSAS

O processo de envelhecimento acontece de maneira desigual entre as localidades, regiões, países. O fato de que esse fenômeno ocorra em uma cidade nordestina – Natal –, embora uma de suas mais importantes capitais apresenta peculiaridades que já foram descritas e analisadas tanto teórica, como estatística e subjetivamente.

A proposta deste subitem é de que o processo de envelhecimento seja analisado à luz dos depoimentos das pessoas idosas entrevistadas que expressam a predominância da subjetividade desses entrevistados sobre a dimensão econômica, pois, independentemente da situação econômica precária em que pode estar inserido esse grupo de pessoas idosas como um todo, elas revelaram suas percepções particulares acerca dos prejuízos, preconceitos e alegrias que permeiam o envelhecimento e a velhice.

Este subitem será analisado a partir das seguintes variáveis: o que vem a ser o processo de envelhecer; que relação este processo faz com o envelhecimento; e que considerações são feitas sobre o envelhecimento e o conhecimento do Estatuto do Idoso.

Ao se colocar sobre o processo de envelhecimento, as pessoas idosas entrevistadas manifestaram, majoritariamente, aspectos negativos, mas também foram levantados aspectos positivos. Passa-se a analisar os aspectos negativos através dos fragmentos de fala dos entrevistados, categorizados pelas seguintes temáticas:

Sufrimento físico

- ***Dói tudo, não me sinto bem. Tenho dificuldade para andar.*** (Entrevista nº01)

Solidão

- ***Sinto o abandono da minha família e dos amigos.*** (Entrevista nº06)

- ***Sou uma pessoa solitária.*** (Entrevista nº 17)

- ***Porque eu sou muito sozinha não tenho atenção nem carinho dos meus netos.*** (Entrevista nº20)

Desrespeito

- ***As pessoas não me entendem, sou desvalorizada até dentro da minha própria casa.*** (Entrevista nº 22)

Sufrimento físico e solidão

- ***Não posso me divertir porque não posso andar sozinha e não tenho com quem sair.*** (Entrevista nº33)

- Porque tenho problema de saúde, convivo dentro de casa com a perturbação dos filhos por conta do alcoolismo e a preocupação com os netos. (Entrevista n°28)

- Tenho medo! Nunca imaginei que o envelhecimento fosse assim. Eu sinto muito medo do que pode vir: sou muito doente e só. (Entrevista n°23)

- Porque não posso fazer as coisas na minha casa por motivo de doença, mas, não gosto de esperar por ninguém. (Entrevista n°24)

O aspecto físico significativamente mencionado nas falas dos entrevistados diz respeito ao aspecto biológico que envolve o decréscimo ou a perda de eficiência do organismo que reflete a ideia tradicional de velhice e as suas limitações. Também é importante registrar o aspecto social presente nessas falas derivadas do processo de solidão, de desvalorização e de perda da auto-estima a que essas pessoas idosas estão submetidas no contexto de suas relações familiares/societais.

Segundo a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) a solidão entre pessoas idosas é frequentemente mais comum do que se pensa. Embora a solidão possa ter relação com questões psicológicas, quando tem um significado de aflição emocional, as razões podem ser uma perda sofrida ou consequências de situações de vida. No entanto, a solidão finca-se no contexto sócio-cultural, sobretudo, nas sociedades ocidentais capitalistas onde ainda permanece a ideia de que "o que não serve se joga fora" que se transforma em realidade para os segmentos mais idosos.

O envelhecimento, na atualidade, é reconhecido como um problema para a maioria das pessoas, pois ainda não estamos preparados para as modificações e perdas nesta fase. Ocorre uma transformação física, própria de um organismo que envelhece, e uma social, em função das perdas e limitações que advêm com a velhice, o que, muitas vezes, leva o ser humano ao isolamento social e à solidão. (PEDROZO; PORTELLA, 2003, p. 171)

Pelo fato de os aspectos negativos serem predominantes, significa que há também aspectos positivos, com menos veemência, presentes no processo de envelhecimento, como assim indicam os usuários entrevistados através dos fragmentos de falas, categorizados nas seguintes temáticas:

Auto-estima elevada

- **Porque me sinto bem. Gosto de mim mesma.** (Entrevista n°05)

- **Por que estou bem, me amo. Faço tudo! Só não ando só para os passeios.** (Entrevista n°33)

Boa convivência familiar e social

- **Minha convivência com a família é boa, me respeitam e me consideram.** (Entrevista n°03)

- **Sou muito feliz com minha família e com os amigos.** (Entrevista n°21)

- **Porque sou feliz com o meu casamento.** (Entrevista n° 25)

Boa saúde

- **Sinto-me bem, pois considero que é uma fase natural da vida. Sou feliz assim.** (Entrevista n°09)

- **Porque tenho saúde, não enfado, me cuido.** (Entrevista n° 06)

- **Vivo muito bem da vida ,viajo, participo de festa, do Centro de Convivência Ivone Alves.** (Entrevista n° 15)

Vida independente

- **Por ainda poder fazer as atividades de casa.** (Entrevista n° 12)

As visões dos idosos entrevistados sobre o processo de envelhecimento apresentam também outras posições a partir dos depoimentos positivos. Na fala dos entrevistados, nota-se a presença de elementos subjetivos vinculados à personalidade, embora não se descarte o imprescindível contexto social através do papel importante da família, dos grupos de pertença, dos amigos. Essa positividade se expressa na disposição pessoal, no estado de autonomia e de capacidade que pode ter sido proporcionado pelo contexto da vida familiar e social, estabelecendo o bem estar e a qualidade de vida.

A seguir, apresentam-se os dados pertinentes à **relação com o processo de envelhecimento** que as pessoas idosas entrevistadas têm e as suas **considerações sobre esse processo**.

Tabela 17 - Relação com o envelhecimento e considerações sobre o processo segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Relação com o envelhecimento	n	%	Consideração sobre o processo de envelhecimento	n	%
Sente-se bem	25	62,5%	Processo natural e biológico	36	90%
Não se sente bem	05	12,5%	Não gosto dessa fase	02	5,0%
Isolamento/Solidão	07	17,5%	Não deveria acontecer	02	5,0%
Desvalorizado/a	03	7,5%			
TOTAL	40	100%	TOTAL	40	100%

Fonte: Primária

No tocante a primeira variável – relação com o processo de envelhecimento – destaca-se a opinião majoritária de 65% dos entrevistados que afirmaram “sentirem-se bem”, considerando como sendo uma etapa boa da vida.

Qualitativamente, analisam-se os fragmentos de fala dos entrevistados através dos seus conteúdos positivos e negativos. Seguem, os fragmentos de fala positivos:

Afeto da companheira/familiares

- Tenho a minha velha, o que é necessário mais para minha vida. (Entrevista nº15)

- Sinto-me realizada porque tenho filhos e netos que me respeitam e gostam de mim. (Entrevista nº 12)

Existência vivida

- Acho muito bom ter o privilégio de chegar até aqui. (Entrevista nº04)

- Temos que envelhecer para aprender mais e mais. (Entrevista nº13)

- Feliz daquele que chegar a minha idade. (83 anos) (Entrevista nº16)

Religiosidade

- ***Estou com Deus, me sinto bem.*** (Entrevista n° 06)

- ***Vivo sempre conversando com Deus.*** (Entrevista n° 09)

Convivência com as limitações físicas

- ***Todos nós temos de envelhecer para aproveitar as coisas boas e ruins da vida, superar as dificuldades e se fortalecer.***
(Entrevista n°30)

- ***Realizada e feliz, se não tivesse problemas de osteoporose seria mais feliz ainda.*** (Entrevista n° 19)

- ***Não acho que a idade impeça os prazeres, encontro rejeição, mas, passo por cima.*** (Entrevista n°25)

- ***Temos de saber trabalhar a vida e se cuidar para ser feliz.***
(Entrevista n° 28)

Apresentam-se os conteúdos negativos, nos fragmentos de fala dos entrevistados abaixo:

- ***Só não posso me divertir por conta das dores nas pernas. Na velhice apareceram muitos problemas de saúde.*** (Entrevista n° 40)

- ***Sinto muito desgostosa em casa com meu esposo e o neto que criei, pois, não me respeitam nem me ajudam.*** (Entrevista n° 22)

- ***Insatisfeita com a vida que levo principalmente em relação à família e amigos, me sinto só.*** (Entrevista n° 03)

- ***Me sinto preocupada com a família, problema financeiro.***
(Entrevista n° 05)

Evidencia-se a importância da família nos conteúdos positivos e negativos das falas dos entrevistados. Percebeu-se que se eles estão bem no contexto familiar, encaram o processo de envelhecimento e a velhice com tranquilidade, alegria e prazer, embora possam estar doentes ou incapacitados funcionalmente. A família é o *locus* onde se dão as trocas que as pessoas idosas estabelecem com os vários elementos das suas redes de solidariedade primária. Esse bem-estar sentido está vinculado ao lugar que a pessoa idosa ocupa nas relações - se atestar com aqueles entrevistados que convivem mal com os seus familiares: a sua vida e o seus familiares e com o seu estatuto sócio-familiar.

O contrário pôde seu cotidiano ser marcado pela solidão e tristeza, enfim, vivem a velhice em sua total negatividade.

A centralidade que a família ocupa na vida das pessoas idosas é inquestionável. Trata-se de uma realidade crescente no país, onde cada vez mais as famílias possuem e convivem com pessoas idosas.

Um primeiro ponto a se destacar na análise da inserção do idoso na família é que enquanto apenas 8,6% da população brasileira tinham 60 anos e mais em 2000, 24,1% do total das famílias brasileiras continham pelo menos uma pessoa nessas idades. Essa proporção é crescente no tempo, foi de 21,6% em 1980, devido ao envelhecimento da população. (CAMARANO; KANSO; LEITÃO e MELLO, 2004, p. 53)

Na análise da segunda variável que trata das considerações dos idosos entrevistados sobre o envelhecimento humano, constatou-se que 90% definiram como um fenômeno natural e biológico.

Nos fragmentos de fala acerca dessa questão, fica mais uma vez evidente o papel da família como uma condição para o bem estar e a visão de positividade da velhice. Seguem-se os fragmentos, categorizados a partir das temáticas positivas e negativas:

Depoimentos positivos

- Curto bem a fase em que me encontro. Sou feliz repasso para todos que me rodeiam. (Entrevista nº 12)

- Nesta fase da vida consegui dar um passo muito importante para mim e minha família. Por isso, me sinto ótimo e valorizado. (Entrevista nº 13).

- Vivi 28 anos sendo maltratada pelo meu marido, lavando roupa de ganho para sobreviver. Hoje moro com a minha filha, me libertei e estou bem, muito bem. (Entrevista nº 24).

- Tenho vários netos e bisnetos e sou feliz, com meus filhos agora, do que quando morava com meu marido. (Entrevista nº 25)

De fato, os fragmentos de fala que manifestam a positividade do envelhecer vinculam-se à família. Chama-se atenção para as falas de mulheres idosas entrevistadas as quais relatam que eram infelizes em relação

aos maus tratos do seu companheiro e, após a perda (morte, divórcio, separação), recuperaram a liberdade e o direito de ser e de envelhecer bem.

Esses fragmentos relacionam-se à possibilidade de poder desfrutar do lazer, da liberdade e da diversão que antes, na juventude, não eram possíveis em função do trabalho, dos filhos e/ou do marido. O envelhecer está associado também à ideia de missão cumprida por ter criado os filhos, além de representar momentos da vida de quem possui experiência e poder transmiti-las.

Depoimentos negativos

- A coisa pior que Deus colocou no mundo foi a velhice (Entrevista nº 27)

- O envelhecimento traz muita enfermidade, angústia, fragilidade, mas, eu me conformo. Tudo o que vier para melhorar a vida eu aceito. Mas, só não gosto da situação (de velhice). (Entrevista nº 34).

Para os idosos entrevistados que consideram a velhice como algo ruim é porque se sentem vítimas do preconceito social, da falta de respeito e da carência afetiva de familiares. Nesse sentido, Beauvoir (1990, p. 10) explica que a marginalização do idoso acontece pelo fato de ele “não constituir mais força econômica de interesse da sociedade capitalista”.

Segundo essa autora, as pessoas idosas conservam as qualidades e os defeitos humanos, porém quando elas manifestam suas individualidades, são censuradas porque, para a sociedade, elas devem dar o exemplo de todas as virtudes. Essa perspectiva fica bastante clara na citação abaixo:

Se os velhos manifestam os mesmos desejos, os mesmos sentimentos, as mesmas reivindicações que os jovens, eles escandalizam; neles, o amor, o ciúme parece ridículo, a sexualidade repugnante, a violência irrisória. Devem dar exemplos de todas as virtudes. Antes de tudo exige-se deles a serenidade; afirma-se que possuem essa serenidade, o que autoriza o desinteresse por sua infelicidade. A imagem sublima deles mesmos que lhes é proposta é a do sábio aureolado de cabelos brancos, rico de experiência e venerável, que domina de muito alto a condição humana; se dela se afastam, caem no outro extremo: a imagem que se opõe a primeira é a do velho louco que caduca e delira e de quem as crianças zombam. De

qualquer maneira; por sua virtude ou por sua objeção, os velhos situam-se fora da humanidade. (BEAUVOIR, 1990, p. 10)

Portanto, não deve ser levada em consideração apenas sua dimensão econômica, é preciso compreender a velhice na sua totalidade, priorizando não só os aspectos biológicos, mas também os psicológicos, sociais e culturais.

Assim, o maior desafio para os próximos anos no que se refere à questão do envelhecimento humano e da velhice é a transformação da visão da própria sociedade sobre essa temática.

Torna-se necessário que toda a sociedade seja reeducada para a cidadania e para a valorização das pessoas, não apenas as idosas, mas em uma dimensão integral. Só dessa forma será possível uma visão global da pessoa humana envelhecida.

O idoso é um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz partes de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em força social e política (SÁ, 2002, p.1120).

Conclui-se a análise da dimensão acerca do envelhecimento humano visto à luz da subjetividade das pessoas idosas entrevistadas com a discussão sobre o conhecimento ou não que essas pessoas têm sobre o **Estatuto do Idoso**.

A inclusão dessa questão foi motivada pelo caráter de politicidade que deve perpassar toda a ação humana. Não se pode tratar de sujeitos sem relacionar a sua subjetividade e a sua história dissociada da dimensão mais ampla que é a política. Constitui-se a forma de o sujeito se portar e se situar no mundo na perspectiva da sociabilidade humana. Essa questão passa a ser discutida quantitativamente na Tabela abaixo:

Tabela 18 - Conhecimento ou não do Estatuto do Idoso e as fontes de informação segundo as pessoas idosas entrevistadas. Natal/RN, 2007

Conhecimento sobre o Estatuto do Idoso	N	%	Fonte de Informação	n	%
Sim	32	80%	Conselho de Idosos	03	7,5%
Não	08	20%	Mídia	10	25%
			CEASI	15	37,5%
			Centro de Saúde do bairro	04	10%
TOTAL	40	100%	TOTAL	32	80%

Fonte: Primária

De acordo com a leitura dessa Tabela, constata-se que 80% das pessoas idosas entrevistadas afirmaram ter conhecimento do Estatuto do Idoso através do Conselho do Idoso (7,5%), da mídia (25%), do CEASI (37,5%) e do Centro de Saúde do bairro (10%).

A importância dessa questão está no fato de que o Estatuto do Idoso é o instrumento de referência fundamental para esse segmento e de toda a sociedade no sentido de exigir o seu cumprimento que se fundamenta na garantia de direitos e da cidadania.

Os dados desta pesquisa revelaram, sobremaneira, o distanciamento entre a lei e a realidade vivenciada pelos idosos entrevistados que expressam não apenas a realidade da cidade do Natal/RN, mas de todo o país, sobretudo, ao inserir esta análise investigativa na atenção à saúde da pessoa idosa.

O fato de as pessoas idosas conhecerem os seus direitos superficialmente faz com que estas passem a não exigí-los, o que determina a amplitude da negligência dos órgãos públicos, discriminação, violência e opressão. “Trata-se da *ignorância historicamente cultivada*, por meio do qual se mantêm grandes maiorias como massa de manobra, cujo destino está lavrado na sustentação dos privilégios de minorias cada vez mais minoritárias”. (DEMO, 2006, p. 30 – grifos do autor)

A análise dos dados deste Capítulo comprova que as pessoas idosas continuam ainda de forma tímida nos seguintes aspectos: buscar informação; mostrar seus anseios de viver melhor e de forma saudável; contribuir com a sociedade; participar ativamente nos movimentos sociais, nas esferas políticas, sociais, econômicas, culturais; e defender seus direitos ao exigir reconhecimento e proteção.

O Estatuto do Idoso assegura os direitos desse segmento e tem como finalidades:

Ratificar os direitos demarcados pela política nacional do idoso, acrescentando novos dispositivos e cria mecanismo para coibir a discriminação contra os sujeitos idosos. Prever pena para crimes de maus tratos e concessão de vários benefícios. Consolida os direitos já assegurados na constituição federal, tentando, sobretudo proteger o idoso em situação de risco social (BRUNO, 2003, p. 79).

No caso da saúde da pessoa idosa, a Lei 8.842, de 04/01/94, através do decreto nº1948 de 03/06/96, em seu artigo 9º, coloca como competência do Ministério da Saúde por intermédio da Secretaria de Assistência da Saúde do Estado do Distrito Federal e dos municípios brasileiros: “Garantir ao idoso, assistência integral, a saúde, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 1996).

Mais uma vez reafirma-se que na realidade das pessoas idosas ocorre um distanciamento enorme entre a legislação e a situação vivenciada. Os serviços públicos, repassados pelas instituições governamentais, sobretudo, pela rede de atenção básica (USF e CSM) e a especializada de saúde (CEASI) do município de Natal/RN, contribuem para o descrédito da população usuária no que se refere à melhoria das condições de assistência à saúde. Fato explicitamente comprovado devido à ineficiência do Sistema Único de Saúde – SUS, que não desenvolve efetivamente uma proposta de atendimento universal à população idosa. A insuficiência de recursos repassada pelo SUS às unidades de saúde limita o desenvolvimento e a qualidade dos serviços públicos, em franco processo de sucateamento,

fortalecendo cada vez mais as ações privatistas, nas quais a maioria da população idosa não tem acesso.

Detectou-se a existência de dificuldades que impedem que as ações e serviços públicos de saúde direcionados à população idosa sejam acessíveis e de boa qualidade. Na realidade cotidiana das unidades de saúde e centro especializados, como o CEASI, constatou-se que os recursos propostos pelo SUS não são compatíveis com a demanda real posta pela população, o que torna precária a funcionalidade da gestão desses serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme se pôde constatar na pesquisa avaliativa realizada acerca dos serviços e das ações de saúde ofertados pelo CEASI, na cidade do Natal/RN, segundo as pessoas idosas entrevistadas – enquanto usuárias desse Centro – afirmaram ser bem atendidas e reconhecem que o atendimento é mais acessível e eficaz do que nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades de Saúde da Família (USF). Acredita-se que pelo fato de o idoso ter prioridade no atendimento, fez com que se reforçasse a percepção de ser “bem atendido”.

As consultas médicas, de enfermagem e de serviço social são a base do atendimento do CEASI. Ao depender da necessidade do usuário idoso após as avaliações, este é orientado e encaminhado para outros especialistas, setores e/ou serviços e programas com vistas a receber a assistência pertinente.

As pessoas idosas entrevistadas evidenciam que, nem sempre a consulta médica está disponível na unidade de saúde próxima a sua residência, o que vem confirmar a insuficiência desse profissional na Rede Básica de Saúde, Unidade de Saúde da Família (PSF). O quadro de saúde torna-se desanimador quando se associa a essa escassez de recursos humanos à falta de qualificação específica para o atendimento das doenças características do processo de envelhecimento.

Se considerar os perfis demográficos e epidemiológicos vivenciados no cenário brasileiro se torna urgente a tomada de decisão por parte do Estado, dos seus governantes e das autoridades sanitárias a fim de que a implementação plena do SUS, tão almejada por todo o cidadão e principalmente por aqueles que se encontram em precárias condições financeiras, aconteça. Já se efetivaram determinados avanços políticos importantes e não é justo e nem democrático um retrocesso.

O perfil das pessoas idosas entrevistadas indicou que a saúde para esse segmento apresenta sérios desafios em razão das condições pessoais e

sócio-econômicas dessas pessoas. Verificou-se que a quase totalidade desses entrevistados recebem baixos salários, apresentam dificuldades na obtenção de alimentos e condições adversas do local de moradia, além de baixa escolaridade. Nesse quadro, os cuidados e prevenções com doença potencializam-se em termos de importância diante da precária situação de renda e de habilitação, ausência de recursos e infra-estrutura nos bairros, incluindo transportes deficientes e inadequados para a pessoa idosa, além da falta de recursos para compra de remédios e das condições adversas das instituições de saúde.

É nesse contexto que as doenças e o seu agravamento recaem mais pesadamente no segmento idoso. De modo geral, no âmbito familiar, o idoso passa por dificuldades, e, no âmbito do bairro, os problemas se ampliam. Os serviços de saúde aparecem, comumente, com difícil acesso e bastante precários.

Os resultados indicam que as ações de prevenção de agravos à saúde e de detecção precoce dos problemas de saúde não são realizadas por meio de mecanismos operativos próprios, mas, efetuadas por intermédios dos Programas de Vacinação para Idosos, de Combate às Carências de Nutricionais, Assistência Farmacêutica Básica e pelos eixos programáticos de atenção básica definidos pela NOAS-02/2002. As atividades sócio-educativas realizadas em parcerias também se somam a essas ações.

Devido às alterações demográficas da população brasileira na faixa etária acima de 60 anos é expressiva a prevalência de doenças crônicas degenerativas nas pessoas idosas, o que as leva a dependência de medicamentos. Essa variável ficou marcante nos fragmentos de fala dos entrevistados.

As Unidades Básicas de Saúde da Família – PSF e UNICAT – nem sempre contemplam, satisfatoriamente, as necessidades de medicamentos, cujos tratamentos são de longa duração. Entende-se que o setor de saúde deveria organizar os programas, projetos, serviços e ações de assistência, adaptando-se à realidade de saúde das pessoas idosas para reverter a baixa

resolutividade, uma vez que o uso dos serviços de saúde nessa faixa etária é elevado gerando um custo alto para o setor.

Para atender a integralidade da assistência à população idosa, somente o CEASI não dá conta, por isso a articulação entre as Unidades Básicas de Saúde e Unidade de Saúde da Família – PSF – devem ser estabelecidas para formações de parcerias que visem a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A população, em especial a idosa, espera que o setor de saúde seja capaz de responder adequadamente aos seus problemas de saúde. Assim, o bom direcionamento é a real efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, bem como a composição da equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, devidamente capacitada.

O aspecto da capacitação representa um grande entrave no atendimento à pessoa idosa. A Política Nacional de Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso preconizam que o setor de saúde deve dispor de profissionais em quantidade e qualidade adequadas, cujo provimento é de responsabilidade das três esferas do governo. A diretriz da capacitação de recursos humanos especializados perpassa todas as demais diretrizes, representando um instrumento privilegiado de articulação intersetorial.

Sabe-se que os serviços de saúde apresentam baixa resolutividade para com os problemas de saúde da população. Esse fato agrava-se em virtude de as pessoas idosas entrevistadas informarem que desconhecem o que o CEASI e os órgãos de saúde (UBS, PSF) ofertam. Constata-se um grande distanciamento dos propósitos das políticas públicas e a realidade da população.

Acredita-se que esse distanciamento mereça uma investigação sistemática para que se possa interpretar a comunicação oculta simbolizada pelo “desconhecimento”. É preciso que haja uma ação dos componentes Informação, Educação e Comunicação (IEC) do SUS, com menos tecnicismo, bem como a preocupação em receber, por parte dos usuários, o “*feedback*”, este tão importante nas relações sociais. A sala de espera poderia ser um

espaço adequado para o desenvolvimento de atividades que transformam o tempo de espera em um momento para a democratização das informações.

Partindo da compreensão de que saúde tem seus determinantes sociais, políticos, culturais e econômicos, indaga-se: o que leva um segmento da sociedade, após anos de vida, a desejar para a sua saúde, somente médicos e medicamentos? Esses dois componentes foram registrados fortemente nos fragmentos de fala dos usuários idosos entrevistados. O CEASI não se reduz a eles, seus objetivos são mais abrangentes e importantes para a saúde da pessoa idosa de Natal/RN.

Em face dessas constatações, tornam-se necessários transformar concepções existentes e somar esforços para que o UBS, PSF e CEASI correspondam efetivamente com as reais necessidades de saúde da população idosa, e, por outro lado, efetivar a implementação plena do SUS; se não, do que adiantou até agora tantas lutas da sociedade brasileira em favor de sua criação?

Conclui-se registrando que o desafio reside em concretizar os dois eixos da formulação do SUS: a saúde como direito de cidadania e com serviços prestados à população.

A acessibilidade e a universalização na atenção à saúde é uma questão que ainda não está resolvida no SUS devido a multifatores. Para que essa barreira seja ultrapassada, precisa-se da conjugação de esforços dos poderes públicos e da sociedade civil organizada, cada um assumindo as suas responsabilidades fazendo cumprir os princípios e diretrizes do SUS e, só dessa maneira, ele será efetivado e fortalecido.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Lins de. **Envelhecimento Ativo**: desafio do século. São Paulo: Andreoli, 2008.

ALMEIDA, Alexandre Nunes; FREITAS, Rogério Edvaldo. **Famílias com idosos nas áreas urbanas e rural**: análise do dispêndio a partir da pesquisa de orçamentos familiares, 2002. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/gastroeconsumov2/14_cap.07.pdf> Acesso em: 30 nov. 2007.

ALMEIDA, Bernadete de Lourdes Figueiredo. **Avaliação dos Atuais Programas de Proteção Social à luz dos Sujeitos Institucionais**: Gestores, Técnicos e Usuários. João Pessoa: UFPB/DSS/SEPACOPS, 2006.

ALMEIDA, Vera Lucia Valsecchi. Velhice e Projeto de Vida: possibilidades e desafios. In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURÍ, Irene Gaeta (Orgs.). **Velhice, Envelhecimento, Complex (idade)**. São Paulo: Vetor, 2005. P. 93-100.

ANDERSO, Maria Inez Padula. **Saúde e condição de vida do idoso no Brasil**. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse.php?script=sci_arltex=s1517_5928199800010000> Acesso em: 28 nov. 2007.

ASSIS, Monica de. Envelhecimento Ativo e Promoção da Saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. In: **Revista APS** (Vol. 8 – n.1). Juiz de Fora/MG: NATES/ UFJF, Jan/Jun.2005. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v008n1/Envelhecimento.pdf>> Acesso em: 28 nov. 2007

BARDIN. Laurence. **Análise de Conteúdo**. 2ª Edição. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARROS, Marcus Aurélio de Freitas. **Direitos dos Idosos**. Natal: Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Defesa do Idoso do RN, s/d.

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

BENEDETTI, Tânia Bertoldo; MAZO, Giovana Zarpellon; BARROS, Mauro Virgílio Gomes de. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. In: **Revista Brasileira de Ciência & Movimento**. (v. 12 n. 1) Brasília jan./mar. 2004, p. 25-34 Disponível em: <http://www.memoriaecaminhada.ucb.br/mestradoef/RBCM/12/12%20-%201/c_12_1_4.pdf> Acesso em 12 ago 2009.

BOBBIO, Norberto. **O tempo da memória:** de senectude. Rio de Janeiro:Campus Ltda, 1997.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade:** lembranças de velhice. 3. ed. São Paulo: Campanha das Letras, 1994.

BRANDÃO, André Augusto. Hierarquias ocupacionais entre brancos e negros em áreas metropolitanas pobres. **Revista Uni Vap.** v. 10, n.18, 2003.

CABRAL, Cristiane Felipe. **A construção do perfil dos usuários idosos no Instituto Hospitalar General Edson Ramalho,** 2006. 120 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; LEITÃO E MELLO, Juliana. Como vive o idoso brasileiro? *In:* CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

-----; KANSO, Solange; LEITÃO E MELLO, Juliana; PASINATO, Maria Tereza. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. *In:* CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

-----. PASINATO, Maria Tereza. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. *In:* CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

-----. Envelhecimento da População brasileira. In FREITAS, E. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogon, 2002.

-----, EL Ghaoveri. S. K.. Idosos brasileiros: que dependência é essa? *In:* CAMARANO, A. A. (org). **Muito além dos 60:** os novos idosos Brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CARDOSO, Adilson Sant'Ana *et al.* Comparação do nível de atividade física em relação ao gênero de idosos participantes de grupos de convivência. *In:* **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano** (v. 5, n. 1). RS/Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, jan./jun. 2008. p. 9-18.

CHOPRA, D. **Corpo sem idade, mente sem fronteira:** a alternativa quântica para o envelhecimento. Rio de Janeiro: ROCCO, 1999.

COORDENADORIA DE SAÚDE (CODESA) Projeto 3ª idade: envelhecer com saúde. Natal, RN: [s.l.], 1993.

COUTO, Ana Lucia Azevedo; COUTINHO, Maria Lucia Rocha. **Gerontologia:** Scienza Nuova? Reflexões acerca do discurso científico sobre o envelhecer, 2004. Disponível em: < <http://sbggrj.org.br/artigos/Scienza.htm> > Acesso em: 13 abr 2005.

DATAFOLHA. **Pesquisa sobre a Religião dos Brasileiros**. São Paulo: Grupo Folha, 2007.

DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP; FAPESP, 2004.

----- . **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 1999.

DEMO, Pedro. **Pobreza Política**: a política mais intensa da pobreza brasileira. Campinas/SP: Autores Associados, 2006.

FEATHERSTONE, Mike. **O curso da vida, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento**. Texto didático antropologia e velhice 2. ed.. Campinas: IECH/UNICAMP, 1998.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª Edição. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Lucy; PEREIRA, Maurício Gomes (Orgs.). **Envelhecimento e Saúde**. Brasília: Universa, 2006.

HADDAD, Eneida G. de Macedo. Idosos do Assistencialismo ao direito. **Revista Inscrita** Brasília: Conselho Federal de Serviço Social. 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua Completa de Mortalidade - 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. **Síntese dos Indicadores Sociais – 2006**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

_____. **Projeção da População do Brasil - População brasileira envelhece em ritmo acelerado**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. **Síntese dos Indicadores Sociais – 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio - 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Síntese dos Indicadores Sociais – 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A MULHER; SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 3ª Edição. Brasília: IPEA; UNIFEM, 2008.

IVO, Anete Brito Leal. A reconversão da questão social e a retórica da pobreza nos anos 1990. In: CIMADAMORE, Alberto; DEAN, Hartley; SIQUEIRA, Jorge (Orgs. **A Pobreza do Estado**: reconsiderando o papel do Estado na luta contra a pobreza global. Buenos Aires: CLACSO, 2006.

LARISSA, Karla. **150 mil famílias do RN vivem sem habitação digna.** Disponível em: <<http://www.nominuto.com/cidade/>> Acesso em: 30 nov 2007.

LAVINAS, Lena; GARCIA, Eduardo Henrique. **Programas Sociais de Combate à Fome: o legado dos anos de estabilização econômica.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

LEHR, U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. In: **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento.** Porto Alegre, v.1, p.7- 35, 1999.

LIMA, M. P. **Gerontologia educacional uma pedagogia específica para o idoso uma nova concepção de velhice.** São Paulo: LTr, 2001.

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. **Saúde na Velhice: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento.** São Paulo: EDUC/FAPESP, 2000.

LUCA, Mônica Maria Barbosa Leiva de. Identidades Sociais em produção e envelhecimento: um estudo de caso. In: SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes Von; NERI, Anita Liberalesco; CACHIORI, Meire. **As Múltiplas Faces da velhice no Brasil.** Campinas: Alínea, 2003.

MARTINS, José de Souza. **A Sociabilidade do Homem Simples.** 2ª Edição (revisada e ampliada). São Paulo: Contexto, 2008.

MAUSS, Marcel. **Ensaio sobre a Dádiva.** Trad. Antonio Felipe Marques. Lisboa: Edições 70, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA Júnior; Carlos E.A. (org.) **Antropologia saúde envelhecimento.** Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2002. MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. A Política da Assistência no Rio Grande do Norte. Disponível em: <www.mds.gov.br> Acesso em: 12 jun 2009.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE/ PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA. **Procuradoria Geral de Justiça propõe ao TJ criação de Vara Especializada do Idoso.** Disponível em: <http://www.mp.rn.gov.br/assessoria_de_imprensa.asp?cod=3®istro=991&subtitulo=3> Acesso em: 12 jun 2009.

MORIN, E. **A cabeça bem feita – repensar a reforma, reformar o pensamento.** Rio de Janeiro: Bertrand, 1999 a.

_____. **O homem e a morte.** Rio de Janeiro: Imago, 1997.

_____. Por uma reforma do pensamento. In: PENA-VEJA, A.; NASCIMENTO, E. P. **O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade.** Rio de Janeiro: Garamond, 1999b.

NERI, Anita Liberalesso. **Saúde e finalidade de vida na velhice**. Campinas: Editora Alínea, 2004.

_____. Palavras chaves em gerontologia. Campinas: Editora Alínea, 2005.

_____. Feminização da velhice. In: NERI, Anita Liberalesso (Org) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; SESC, 2007.

_____. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; SESC, 2007.

_____. Liberalesso (Org) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; SESC, 2007.

NERI, Marcelo. **Saúde e Terceira Idade**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

NUNES, André. Aspectos sobre a Morbidade dos Idosos no Brasil. In: CAMARANO, Ana (Org.) **Como vai a População Brasileira?** Brasília: IPEA, 2001.

PEDROZO, Silvana Kemmerich; PORTELLA, Marilene Rodrigues. Solidão na Velhice: algumas reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos. In: **Boletim da Saúde** (Vol. 17 – N. 02). Porto Alegre, Jul./Dez. 2003. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_19solidaoVelhice.pdf> Acesso em 20 set 09.

PEREIRA, Maurício Gomes; CIESLINSKI, Adriana Hanai; VASCONCELOS, Ana Maria Nogales. A saúde dos idosos. In: GOMES, Lucy; PEREIRA, Maurício Gomes (Orgs.). **Envelhecimento e Saúde**. Brasília: Universa, 2006.

PIRES, Sueli Luciano; GAGLIARDI, Rubens José; GORZONI, Milton Luiz. Estudo das Frequências dos Principais Fatores de Risco para Acidente Vascular Cerebral Isquêmico em Idosos. In: **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** (62(3-B). 2004 p.844-851. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n3b/a20v623b.pdf>> Acesso em 12 ago 2009.

POCHMANN, Márcio. **Gasto Social e seus efeitos recentes no nível de emprego e na desigualdade da renda do trabalho no Brasil**. Brasília/DF: IPEA, 2008.

_____. **Políticas de Inclusão Social**. São Paulo: Cortez, 2005.

RAMAYAMA, Marcos. **Estatuto do Idoso Comentado**. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2004.

REIS, Ana Luisa Oliveira da Costa. **Idosos em Família**: chefia ou dependência - determinantes sócio-econômicos e demográficos. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas/IBGE, 2005.

Revista Veja. Edição 2 034 – ano 40 – nº 45. 14/11/2007.

RIMOLI, Josely. Análise de uma intervenção pedagógica em Centros de Saúde e seu impacto na Assistência e na Gestão. *In*: MERHY, Emerson Elias. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano – o debate no campo da saúde coletiva. 3ª Edição. São Paulo: HUCITEC, 2006.

ROCHA, Sonia. **Pobreza no Brasil**: afinal, de que se trata? Rio de Janeiro: FGV, 2003.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BENICIO, Maria Helena D'Aquino; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira e RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *In*: **Revista Saúde Pública** [online]. 2003, vol.37, n.1, pp. 40-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102003000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 28 nov.2007

SÁ, J. L. M. A formação de recursos humanos em Gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. *In*: FREITAS, E.V.; et al (ed.). **Trabalho de geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. Cap. 137
SALAMA, Pierre. **O Tamanho da Pobreza**. São Paulo: Garamond, 2004.

SALVADOR, Evilásio. **Quem financia e qual o destino dos recursos da seguridade social no Brasil**. Observatório da Cidadania, 2007. Disponível em:<<http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos-e-manifestos/observatorio-da-cidadania-em-foco>> Acesso em 12 jun 2009.

SAYEG, Mário Antonio; MESQUITA, Regina Ângela Viana. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2002. Disponível em: <[http:// cabrig. globo.com/ noticias /noticias_resp. asp? CódigoNoticias- chamadas = 21. 9. 06](http://cabrig.globo.com/noticias/noticias_resp.asp?CodigoNoticias=chamadas=21.9.06)> Acesso em:28 nov 2007

SILVA, Vânia Cândida da; JOAQUIM, Aloísio. **Determinantes de condições dos idosos nas regiões sudeste e nordeste do Brasil, 1970 a 2000**. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abpe/pdf/abep2004_561.pdf> Acesso em: 28 nov 2007.

SCHWARTZMAN, Simon. **As Causas da Pobreza**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

SIQUEIRA, M. E. C. de. Teorias sociológicas do envelhecimento. *In*: Freitas, E. de; et al (org.) **Tratado de geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

SOARES, Laura Tavares. **O Desastre Social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOUZA, Jorge Luiz. Futuro dos Idosos. In: **Revista Desafios**. Brasília/DF: IPEA, 2008.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e Trabalho no Tempo do Capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.
UGÁ, Maria Alicia D.; Rosa Maria, MARQUES. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e estrangulamentos. *In*: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs). **Saúde e Democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e Assistência Social**. São Paulo: Cortez, 1993.

APÊNDICE



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
SETOR DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ANÁLISES DE CONJUNTURA E POLÍTICAS SOCIAIS

PROJETO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO: UM ESTUDO DE CASO NO CEASI, EM NATAL/RN.

ALUNA: ELIUDE LÚCIA ABREU DA SILVA

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. BERNADETE DE LOURDES FIGUEIREDO DE ALMEIDA

FICHA CADASTRAL DO CEASI

OBJETIVO: Conhecer e caracterizar previamente a instituição – *locus* da pesquisa – CEASI (Centro de Assistência ao Idoso).

1) Localização: _____

2) Natureza: a) Pública – Municipal () b) Pública – Estadual ()

3) Objetivo da Instituição: _____

4) Motivo e o ano da implantação da Instituição: (Histórico). _____

5) Organograma adotado pela direção atual: _____

6) Mecanismo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde:

- a) Coordenador () b) Diretor () c) Administrador ()
d) Conselho () e) Outros () Especificar: _____

7) Público Alvo: _____

a) Idosos com problemas de saúde () Especificar: _____

b) Idosos vítimas de violência () Especificar: _____

c) Outros () Especificar: _____

8) Faixa etária dos idosos:

- a) 60 a 65 anos ()
b) 66 a 70 anos ()
c) 71 a 75 anos ()
d) 76 a 80 anos ()
e) mais de 80 anos ()

9) Programas, projetos, serviços e ações de saúde implementados operacionalizados pela Instituição: _____

10) Quais os critérios de acesso aos programas, projetos, serviços e ações de saúde?

- a) Fila () b) Matrícula ()
c) Indicação () d) Convite ()

e) Encaminhamento () f) Tráfico de influência ()

g) Outros () Especificar: _____

11) Responsáveis pela coordenação dos programas, projetos, serviços e ações de Saúde: _____

12) Características dos recursos humanos:

a) Funcionários Públicos () Quantos? _____

b) Funcionários Cedidos () Quantos? _____

c) Serviços Prestados () Quantos? _____

d) Estagiários () Quantos? _____

e) Outros () Especificar: _____

13) Existência de Política de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde

a) Sim ()

b) Não () Por que? _____

14) Fontes dos Recursos Financeiros repassados para manutenção da Instituição:

a) Público () b) Federal () c) Estadual () d) Municipal ()

e) Privados () f) Filantrópicos () g) Outros () especificar: _____

15) Recursos Financeiros suficientes

a) Sim () b) Não ()

15.1) Em caso negativo, como atende às necessidades da atenção ao idoso:

a) Família () b) Igreja ()

c) Prefeitura Municipal () especificar: _____

d) Outros: () Especificar: _____

16) Instalações físicas da Instituição:

a) Arquivo () Quantos? _____

b) Gabinete Médico () Quantos? _____

c) Gabinete Odontológico () Quantos? _____

d) Sala de espera () Quantas? _____

e) Sala de acolhimento () Quantas? _____

f) Sala de serviço social () Quantas? _____

g) Sala de enfermagem () Quantas? _____

h) Sala da Nutricionista () Quantas? _____

i) Sala da Psicologia () Quantos? _____

j) Auditório () Quantos? _____

l) Sala para atividade de lazer () Quantas? _____

m) Ouvidoria () Quantas? _____

n) Sala da diretoria () Quantas? _____

o) Sala para vacina () Quantas? _____

p) Sala para pronto atendimento () Quantos? _____

q) Farmácia () _____

r) Central de material () _____

s) Banheiro para funcionário () quantos? _____

t) Banheiro pra usuário () Quantos? _____

17) Instalações adequadas ao atendimento da demanda da população idosa:

a) Sim () b) Não ()

Em caso negativo, por que? _____

18) A Instituição avalia suas atividades? Como? A partir de quais critérios? ____

Natal (RN), / /

**ELIUDE LÚCIA ABREU DA SILVA
(Entrevistadora)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
SETOR DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ANÁLISES DE CONJUNTURA E POLÍTICAS SOCIAIS

PROJETO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO: UM ESTUDO DE CASO NO CREAMI - NATAL/RN

ALUNA: ELIÚDE LÚCIA ABREU DA SILVA

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida

QUESTIONÁRIO DO USUÁRIO IDOSO

Nº _____

I PARTE – DADOS IDENTITÁRIOS (PERFIL DOS USUÁRIOS)

1.1. - DADOS PESSOAIS

1.1.1. LOCALIZAÇÃO DEMOGRÁFICA:

ENDEREÇO: _____

ZONA RESIDENCIAL:

URBANA () RURAL ()

1.1.2. - ESTADO CIVIL:

CASADO ()

SOLTEIRO ()

VIÚVA ()

DIVORCIADA/ SEPARADA ()

VIVE MARITALMENTE ()

1.1.3 - SEXO:

F () M ()

1.1.4 - COR:

NEGRA ()

BRANCA ()

PARDA ()

1.1.5 - IDADE: _____

1.1.6 - NIVEL DE ESCOLARIDADE:

ANALFABETO ()

ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO ()

ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO ()

ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ()

ENSINO MÉDIO COMPLETO ()

ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO

ENSINO SUPERIOR COMPLETO () ESPECIFICAR: _____

1.1.7 - CONTEXTO FAMILIAR:

1.1.7.1. POSIÇÃO DA PESSOA IDOSA NA FAMÍLIA:

PAI/MÃE ()

SOGRO (a) ()

ESPOSO (a) ()

AVÔ (a) ()

OUTROS () ESPECIFICAR: _____

1.1.7.2. COMO VIVE O IDOSO NOS RELACIONAMENTOS PESSOAIS E FAMILIARES:

SATISFEITO ()

INDIFERENTE ()

INSATISFEITO ()

1.1.7.3. ATIVIDADE DOMÉSTICA NA FAMÍLIA:

ATIVO () ESPECIFICAR? _____

NÃO ATIVO () POR QUE? _____

1.1.8 - RELIGIÃO:

CATÓLICO ()

EVANGÉLICO ()

ESPIRITA ()

OUTROS () ESPECIFICAR: _____

1.1.9. LAZER:

1.1.9.1. FREQUENCIA A:

CLUBES ()

ASSOCIAÇÕES ()

CENTROS DE CONVIVENCIA ()

1.1.9.2. REGULARIDADE DA FREQUENCIA:

NUNCA ()

QUASE NUNCA ()

UMA VEZ POR MÊS OU MAIS ()

1.2. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS:

1.2.1. - TRABALHO - FORMAS DE ACESSO AO TRABALHO:

ATIVO () ESPECIFICAR PROFISSÃO: _____

APOSENTADO ()

1.2.2 - RENDA

1.2.2.1. RENDA INDIVIDUAL:

SEM RENDA FIXA ()

ATÉ 1 SM ()

DE 2 A 3 SM ()

DE 4 A 5 SM ()

ACIMA DE 5 SM ()

1.2.2.2. RENDA FAMILIAR:

SEM RENDA FIXA ()

ATÉ 1 SM ()

DE 2 A 3 SM ()

DE 4 A 5 SM ()

ACIMA DE 5 SM ()

1.2.2.3. PARTICIPA DA RENDA FAMILIAR:

SIM () COMO? _____

NÃO ()

1.2.3 - PREVIDÊNCIA:

1.2.3.1. SEGURADO POR PREVIDÊNCIA:

SIM () NÃO ()

1.2.3.2. EM CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA:

PÚBLICA () PRIVADA ()

1.2.3.3. SITUAÇÃO PREVIDENCIARIA:

APOSENTADORIA () BENEFÍCIO ()

OUTROS () ESPECIFICAR: _____

1.2.4 - MORADIA:

1.2.4.1. GRUPO FAMILIAR (residente no domicílio):

VIVE SÓ ()

COM COMPANHEIRO (a) ()

COM FILHO (os, as) ()

COM PARENTES ()

OUTROS () ESPECIFICAR: _____

1.2.4.2. FORMA DE OCUPAÇÃO DA MORADIA:

PRÓPRIA ()

ALUGADA ()

FINANCIADA ()

CEDIDA ()

OUTROS () ESPECIFICAR: _____

1.2.4.3. PISO PREDOMINANTE:

CIMENTO ()

MOSAICO ()

TIJOLO ()

BARRO ()

OUTROS () ESPECIFICAR: _____

1.2.4.4. -COBERTURA:

TELHA ()

PALHA ()

1.2.4.5. MATERIAL DA CASA:

ALVENARIA ()

TAIPA ()

MADEIRA ()

PALHA ()

1.2.4.6. ENERGIA ELÉTRICA :

SIM ()

NÃO ()

1.2.4.7. DESTINO DOS DEJETOS:

SANEAMENTO ()

FOSSA ()

A CÉU ABERTO ()

1.2.4.8. FORMA DE ABASTECIMENTO DA ÁGUA:

ENCANADA ()

CHAFARIZ ()

RIO ()

1.2.4.9. TRATAMENTO D'ÁGUA:

FILTRADA ()

FERVIDA ()

COADA ()

SEM TRATAMENTO ()

OUTROS () ESPECIFICAR: _____

11 - DADOS ESPECÍFICOS (REFERENTES AO OBJETO DE PESQUISA):

2.1. DADOS SOBRE ACESSO AOS PROGRAMAS, PROJETOS, SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE DA INSTITUIÇÃO (CREAI):

2.1.1. QUAL O PROGRAMA, PROJETO, SERVIÇOS OU AÇÕES DE SAÚDE QUE ACESSA NO CREAI:

2.1.2. QUAL O MOTIVO DA PROCURA AO CREAI:

2.1.3. PROBLEMAS CRÔNICOS DE SAÚDE?

SIM () NÃO ()

2.1.4. EM CASO DA RESPOSTA AFIRMATIVA, QUAL/QUAIS?

HIPERTENSÃO () ARTRITE/REUMATISMO () DOENÇAS DO CORAÇÃO ()

DIABETES () ASMA/ BRONQUITE () DOENÇA RENAL () CÂNCER ()

CIRROSE () OUTROS () ESPECIFICAR: _____

2.1.5. PREVENÇÃO À SAÚDE:

SIM () NÃO () OUTROS () ESPECIFICAR: _____

2.1.6. QUANDO PRECISA DO ATENDIMENTO NO CREAI É :

SEMPRE É ATENDIDO () NÃO NEM SEMPRE É ATENDIDO () POR QUE? _____

2.1.7. SEMPRE PROCURA ATENDIMENTO NESTA INSTITUIÇÃO?
SIM () NÃO () POR QUE? _____

2.1.8. COMO CONSIDERA O ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS ?
ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM ()
POR QUE? _____

2.1.9. QUAIS AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA ACESSAR O CREAMI?
BUROCRÁTICA () LOCALIZAÇÃO () FINANCEIRA ()
LOCOMOÇÃO ()
QUAIS? _____

POR QUE? _____

2.2 - COMPORTAMENTO RELACIONADOS Á SAÚDE:

2.2.1. É FUMANTE ATUALMENTE?
SIM () NÃO ()

2.2.2. CONSUME BEBIDA ALCOÓLICA?
NUNCA () AS VEZES () DIARIAMENTE/QUASE DIÁRIA ()

2.2.3. FAZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DURANTE OS PERÍODOS DE LAZER?
SIM () NÃO () QUAL (is)

POR QUE? _____

2.2.4. TEM DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADE DA VIDA DIÁRIA ?
SIM () NÃO ()

2.2.5. QUAL (is) ?
SOCIAL () PSICOMOTORA ()
ESPECIFICAR: _____

2.2.6. TOMA MEDICAÇÃO DIARIAMENTE?
SIM () NÃO ()

2.2.7. EM CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA, COMO ADQUIRE?
POR CONTA PRÓPRIA () A FAMÍLIA ()
O ESTADO () OUTROS ()
ESPECIFICAR:

2.2.8. COMO CONSIDERA OS PROGRAMAS, PROJETOS, SERVIÇOS E AÇÕES
DE SAÚDE, OFERECIDOS PELO CREAM?
ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM ()

2.2.9. JÁ SE HOSPITALIZOU?
SIM () NÃO () QUANTAS VEZES ?
POR QUE? _____

2.3 – QUESTÕES SOBRE ENVELHECIMENTO

2.3.1. QUAL A SUA RELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO?
SENTIR-SE BEM () SÓ/ SOLIDÃO () DESVALORIZAÇÃO ()
ISOLAMENTO () CIDADÃO DE DIREITO () OUTROS ()
ESPECIFICAR: _____

2.3.2. COMO CONSIDERA O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO?
PROCESSO NATURAL E BIOLÓGICO ()
NÃO GOSTO DESTA FASE DA VIDA ()
NÃO DEVERIA ACONTECER ()
POR QUE? _____

2.3.3. JÁ OUVIU FALAR SOBRE O ESTATUTO DO IDOSO?
SIM () NÃO () COMO? (conselhos, mídia, no CREAM, etc)

2.3.4. COMO SE SENTE NESTA FASE DA VIDA?
ÓTIMO () BEM () INSATISFEITO () POR QUE?

OBSERVAÇÕES:

NATAL/RN, ____ de _____ de 2006.

Eliúde Lúcia de Abreu da Silva

ANEXOS