

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

A INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE VOLTADOS AOS  
IDOSOS E A REDE SOCIOASSISTENCIAL NA ATENÇÃO  
SECUNDÁRIA (CAIMI DA ZONA NORTE E AMBULATÓRIO ARAÚJO  
LIMA) DE SAÚDE DE MANAUS.

Bolsista: Daiany Cruz Nunes, FAPEAM.

MANAUS  
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL  
PIB – SA – 0112/2012  
A INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE VOLTADOS AOS  
IDOSOS E A REDE SOCIOASSISTENCIAL NA ATENÇÃO  
SECUNDÁRIA (CAIMI DA ZONA NORTE E AMBULATÓRIO ARAÚJO  
LIMA) DE SAÚDE DE MANAUS.

Bolsista: Daiany Cruz Nunes, FAPEAM.  
Orientadora: Profa. Dra. Yoshiko Sasaki

MANAUS  
2013

## RESUMO

Buscamos analisar a integralidade do Sistema Único de Saúde – SUS e a rede socioassistencial de saúde de Manaus voltado à saúde da pessoa idosa, no Centro de Atenção Integral a Melhor Idade – CAIMI Zona Norte e Ambulatório Araújo Lima. Identificamos os conhecimentos que os usuários possuem dos seus direitos com relação à saúde e, observamos a articulação dos três níveis de atenção à saúde, tendo como foco principal, o nível de média complexidade que tem como função prevenir riscos e exposições, manter o estado de saúde, bem como ter ações de tratamentos dos principais agravos de saúde. Sendo seus serviços prestados em ambulatórios, pequenos hospitais, centros especializados de saúde e laboratórios. Devido a uma grande demanda por parte dos idosos, uma vez que estes são os que mais utilizam os serviços de saúde, desenvolvemos brevemente neste trabalho o processo do envelhecimento e seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Para se entender a realidade da velhice, do envelhecimento e os desafios enfrentados nesse processo. Para sua implementação a pesquisa teve como natureza uma abordagem quanti-qualitativa, visto que foram usados dados quantitativos do IBGE, PNAD e do Ministério da Saúde. Dados quantitativos através de formulários aplicados aos usuários idosos e entrevistas junto aos profissionais de saúde. O universo e amostra dos profissionais foram iguais, sendo cinco de cada unidade, totalizando dez profissionais entrevistados. O universo dos idosos foram dos que recebiam os serviços de saúde prestados pelas instituições, estratificando desse universo uma amostra de dez idosos para cada unidade, sendo cinco idosos e cinco idosas. Os resultados revelam que a maioria dos profissionais desconhecem o funcionamento da integralidade nos serviços de saúde, bem como desconhecem o sistema, seus princípios e suas leis complementares, estes não trabalham a integralidade como uma rede de serviços, ressaltando que as duas unidades possuem profissionais com características específicas, uma vez que os profissionais do CAIMI atendem exclusivamente o público de idosos, e no Ambulatório atendem vários grupos etários. Com relação aos idosos, mais da metade desconhece o funcionamento das redes socioassistenciais, resultando na falta de acesso em muitos serviços de saúde, alguns idosos conhecem os serviços oferecidos, mas não na dimensão de rede, faz-se necessário o conhecimento por parte de ambos sobre o princípio da integralidade dos serviços de saúde voltados para os idosos na média complexidade, num âmbito de referência e contra-referência, permitindo um acesso igualitário para todos e efetivando o direito dos idosos de terem os seus direitos garantidos.

Palavras-chave: saúde, envelhecimento, integralidade, atenção secundária.

## ABSTRACTS

We analyze the completeness of the Unified Health System - SUS health and social assistance network Manaus aimed at the health of the elderly, the Center for Integral Attention to Best Age - CAIMI North Zone and Outpatient Araujo Lima. We identify the knowledge that users have of their rights with respect to health and observe the articulation of the three levels of health care, focusing mainly on the average level of complexity which is designed to prevent risks and exposures, maintain state health, as well as having actions of treatments leading health disorders. Being their services in clinics, small hospitals, health centers and specialized laboratories. Due to a great demand for the elderly, since they are the ones who use health services, briefly developed in this work the process of aging and its biological, psychological and social. To understand the reality of old age, aging and the challenges faced in this process. To implement the research had the wild a quantitative and qualitative approach, since they were used quantitative data from IBGE, PNAD and the Ministry of Health Quantitative data through forms applied to elderly users and interviews with health professionals. The universe and sample of professionals were equal, five of each, totaling ten professionals interviewed. The universe of the elderly were receiving health services provided by the institutions, stratifying this universe a sample of ten seniors to each unit, five seniors and five elderly. The results reveal that most professionals are unaware of the functioning of the entire health services, and are unaware of the system, its principles and its complementary laws, they do not work the entire network as a service, noting that the two units have professionals with specific characteristics, since the professionals CAIMI exclusively serve the public elderly, and the Ambulatory meet various age groups. With regard to the elderly, more than half are unaware of the functioning of networks socioassistencias, resulting in lack of access in many health services, some older people know the services offered, but not the size of the network, it is necessary to know the part of both on the principle of comprehensive health services aimed at the elderly in medium complexity, a framework of reference and counter-reference, allowing equal access for all and making effective the right of older people to have their rights guaranteed.

Keywords: health, aging, completeness, secondary care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CAIMI – Centro de Atenção Integral a Melhor Idade  
CF– Constituição Federal  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
DATASUS – Serviço de Informática do Sistema Único de Saúde  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
FAPEAM – Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas  
HUGV – Hospital Universitário Getúlio Vargas  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio  
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde  
PSF – Programa de Saúde da Família  
SISREG – Sistema de Regulação  
SIA – Sistemas de Informações Ambulatoriais  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SUSAM – Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFAM – Universidade Federal do Amazonas

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Níveis de complexidade.....	39
Quadro 01 – Especialidades oferecidas no CAIMI André Araújo.....	45
Quadro 02 – Dados dos atendimentos oferecidos pelo CAIMI.....	46
Quadro 03 – Serviços oferecidos no Ambulatório Araújo Lima.....	47
Quadro 04 – Idosos do CAIMI e do Ambulatório.....	49
Quadro 05 – Principais agravos de saúde dos idosos.....	50
Quadro 06 – Principais serviços e profissionais procurados.....	52
Quadro 07 – Conhecimento sobre a rede socioassistencial.....	54
Quadro 08 – Procura por outras unidades de saúde.....	55
Quadro 09 – Encaminhados para outras unidades.....	56
Quadro 10 – Saúde dos idosos.....	59
Quadro 11 – Profissionais entrevistados e tempo de atuação profissional.....	62
Figura 02 – Conceitos analisados nas entrevistas.....	62

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>1 VELHICE E ENVELHECIMENTO: CONSTRUÇÃO E DESAFIOS</b> .....	13
1.1 A questão da velhice no Brasil.....	13
1.2 Conceitos e aspectos biopsicossociais do envelhecimento.....	19
1.3 Demografia e epidemiologia da velhice.....	26
<b>2 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	32
2.1 Contextos das Políticas de Saúde e o Sistema Único de Saúde.....	32
2.2 A integralidade dos serviços de saúde no Brasil e a rede socioassistencial na atenção secundária.....	36
2.3 Os serviços de saúde voltado aos idosos na atenção secundária.....	41
2.3.1 Os serviços de atenção à saúde existente no CAIMI André Araújo – Zona Norte e Ambulatório Araújo Lima.....	43
2.3.2 Os serviços de saúde e os conhecimentos dos idosos atendidos.....	48
2.3.3 A integralidade dos serviços de saúde e a rede socioassistencial na visão dos profissionais de saúde.....	59
<b>CONCLUSÃO</b> .....	78
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	80
<b>ANEXOS</b> .....	87

## INTRODUÇÃO

Ao se analisar a pirâmide etária mundial, os dados levantados mostram um crescimento acelerado da população idosa no mundo, pesquisas verificam que em 2025 o número de pessoas acima de 60 anos seja de 1 bilhão e 200 milhões, chegando a 2 bilhões em 2050. Focalizando esses dados para o Brasil, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), nosso país será o sexto com o maior número de pessoas idosas no mundo.

Devido a esse crescimento populacional acelerado, se faz necessário a criação de políticas públicas específicas que preparem a sociedade para essa realidade vindoura. Dentre essas políticas, destaca-se a política de saúde, que está inserida no tripé social (saúde, previdência e assistência), sendo um “*direito de todos e dever do Estado*”, garantindo a população serviços que vissem não somente o tratamento de doenças, mas a promoção e a manutenção da saúde.

Para a viabilização desses serviços, em 1990 o Sistema Único de Saúde – SUS foi regulamentado através da Lei 8.080/90, como resultado de lutas desenvolvidas por movimentos sociais, efetivadas através da CF/88. O SUS preconiza uma gestão descentralizada, regionalizada e hierarquizada por três níveis de atenção, realizando uma atenção igualitária e integral à saúde da população, sendo reforçada ao longo dos anos pelo Pacto pela Saúde/2006, a Política de Atenção Básica/2006 e a Política Nacional de Promoção da Saúde/2006.

O Sistema Único de Saúde possui alguns princípios que norteiam o seu funcionamento, universalidade, equidade e integralidade, destacando-se nesse trabalho a integralidade dos serviços voltados para os idosos, analisando cada indivíduo como um todo, assegurando-lhe a utilização de um serviço de qualidade em todos os níveis de atenção. Existem três níveis de atenção formulados pelo SUS que articulados entre si contribuem para um melhor atendimento e qualidade nos serviços de saúde do Brasil.



A atenção básica é a porta de entrada desse sistema, e deveria ser o principal meio de acesso aos serviços básicos de saúde. Esse nível envolve um conjunto de atividades e ações individuais ou coletivas que promovam e previnam a saúde, se esse nível fosse utilizado da maneira correta, não haveria uma sobrecarga nos demais níveis, fato ocorrido em diversas regiões do país.

A atenção secundária possui ações que tem como principal objetivo atender problemas e agravos de saúde, cujos procedimentos clínicos demandem profissionais especializados, com recursos tecnológicos de apoio terapêutico e diagnóstico média complexidade. No que concerne ao nível de alta complexidade ou atenção terciária, este é o nível que possui o mais alto custo, evitando riscos de morte, complicações de doenças, reparando sequelas e promovendo à população acesso a serviços de qualidade, sendo uma referência para os demais sistemas, serviços e programas.

Focalizando na atenção secundária ou média complexidade, visa atender aos principais problemas e agravos de saúde, prevenir riscos e exposições às doenças, manter o estado de saúde, bem como ações de tratamentos de agravos. Os serviços oferecidos nesse nível de atenção são os ambulatorios, laboratórios e centros especializados de saúde, destinados a determinado grupo da população. Esse trabalho abordou principalmente o funcionamento dos serviços de saúde aos idosos nesse nível de atenção e a sua articulação com os demais níveis, básico e terciário.

Ao se analisar esse crescimento populacional, mencionado no início dessa introdução e a implantação da política de saúde, Veras (2003) aponta uma grande demanda por parte dos idosos, uma vez que esses em relação aos demais grupos etários são os que mais utilizam os serviços de saúde. Esse trabalho relatou sobre as questões que envolvem a saúde voltada para os idosos, e todos os contextos que levam esse usuário a procurar o Sistema Único de Saúde.

Segundo Schraiber (1994), devido a grande demanda e o tratamento especializado desse grupo, novas políticas são criadas para a consolidação dos direitos à saúde dos idosos, observando os problemas de saúde específicos desse grupo e a melhor forma de tratá-los. Em relação a isso, em 2006 cria-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que define um tratamento interdisciplinar, que ofereça serviços e diagnósticos multidimensionais no tratamento dessa população. Nesse contexto, os profissionais que trabalham na área da saúde, têm o dever de esclarecer e informar os seus usuários sobre os seus direitos e contribuir para a viabilização de acesso aos mesmos.

Diante desses fatos e dados, questionou-se como funcionavam os serviços de saúde voltados para os idosos na média complexidade? Há integralidade nesses serviços oferecidos? Quem são esses usuários acima de 60 anos que procuram esses serviços nesse nível de atenção? Por qual motivo eles procuram os serviços de saúde? Quais as doenças mais comuns nessa população? Como eles são atendidos nas instituições de saúde? Eles conhecem seus direitos? Sabem como se articula a integralidade no funcionamento dos serviços procurados? Os profissionais que trabalham com esses idosos possuem preparo para trabalhar com esse público?

Para responder esses questionamentos, de uma forma breve foram abordadas questões muito importantes, dentre elas, a análise do crescente aumento do contingente idoso a nível mundial e nacional, e o papel da sociedade e do Estado como reconhecedores dos direitos dessa população, respeitando-os e aceitando-os, como parte e membro do meio social no qual estão inseridos. Afinal de contas, um dia todos serão idosos e necessitamos de atenção com relação a esse processo.

Abordando o envelhecimento como um processo biológico, psicológico e social, essa pesquisa apontou os principais autores que tratam da temática de envelhecimento, para um melhor entendimento do funcionamento desse processo, permitindo assim uma compreensão

maior dos sujeitos envolvidos nesse projeto. Uma vez que essa população utiliza os serviços de saúde, faz-se necessário um conhecimento sobre esse grupo, observando as implicações do envelhecimento para os usuários dos serviços de saúde de média complexidade.

Esse trabalho se desenvolveu num trabalho maior, com outros dois projetos, que observaram cada nível de atenção detalhadamente e sua interação uns com os outros. O interesse em realizar essa pesquisa foi em observar como funcionavam os serviços de saúde voltados à população idosa, já que esta possui um atendimento prioritário e diferenciado. Sua relevância se deu através do conhecimento e identificação das diversas ações de saúde desenvolvidas no nível de média complexidade/atenção secundária, analisando as ações dos profissionais voltadas à saúde do usuário idoso, informando à população dos seus direitos em utilizar esses serviços, fazendo deles multiplicadores dessas informações. Dentre seus objetivos, este projeto teve por **objetivo geral**:

- Desvelar a integralidade dos serviços de saúde voltados aos idosos e a rede socioassistencial na atenção secundária (CAIMI Zona Norte e Ambulatório Araújo Lima) de saúde de Manaus.

E **objetivos específicos**:

- Verificar o funcionamento dos serviços de saúde voltados aos idosos na atenção secundária (CAIMI Zona Norte e Ambulatório Araújo Lima) de Manaus;
- Caracterizar os serviços de saúde demandados pelos idosos neste nível de atenção;
- Analisar através de ações socioeducativas sobre a saúde do idoso, sua assimilação de conhecimento sobre o direito à saúde do idoso neste nível de atenção;
- Identificar a integralidade de ações de saúde realizadas pelos profissionais junto aos idosos atendidos;
- Detectar como se dá a referência e contra-referência de serviços voltados aos idosos nos três níveis de atenção à saúde de Manaus.

Justificando que o terceiro objetivo específico (Analisar através de ações socioeducativas sobre a saúde do idoso, sua assimilação de conhecimento sobre o direito à saúde do idoso neste nível de atenção) não foi alcançado ao longo dos 12 meses de estudo, por motivos de organização e da disponibilidade das unidades de saúde, mas o projeto será continuado através de um PACE, já aprovado, que será implementado ainda este mês, onde este objetivo será efetivado.

Para alcançar os outros quatro objetivos propostos a pesquisa teve uma natureza quanti-qualitativa, segundo Minayo (1994), as duas metodologias não são incompatíveis e podem ser integradas num mesmo projeto, uma vez que, uma complementa a outra. Os dados quantitativos foram encontrados nos diversos órgãos que trabalham com a temática saúde e envelhecimento, dentre eles: IBGE, PNAD, Ministério da Saúde, SUSAM, e unidades de saúde selecionadas. Os dados qualitativos foram coletados através de formulários junto aos idosos, usuários dos serviços de saúde selecionados, e entrevistas com os profissionais que prestam serviços de saúde nestas unidades.

O universo dos profissionais foi de 20 profissionais de saúde que prestam serviços aos idosos no nível de média complexidade (médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, todos os profissionais com nível superior), com uma amostra de 5 profissionais por unidade. O universo dos idosos foi de 50 idosos de cada instituição sendo selecionada uma amostra de 10 idosos (5 idosas e 5 idosos) de cada unidade (CAIMI André Araújo e Ambulatório Araújo Lima) num total de 20, esta amostra de idosos, principalmente homens, sendo 5 de cada instituição foi escolhida devido ao número de homens ser menor, e também que estivessem aptos a responder e ter aceito participar da pesquisa. No caso das idosas como era maior número e mais acessíveis, foi mais fácil selecionar, com os mesmos critérios.

O critério de inclusão na amostra foi voluntário, ficando os profissionais e idosos cientes de que poderiam retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para nenhum deles. O critério de exclusão foram todos os sujeitos que não se encaixavam no

perfil, ou seja, os que tinham menos de 60 anos e que não eram usuários dos serviços de saúde, no caso dos idosos, e no caso dos profissionais, aqueles que não trabalhavam nas unidades.

Foram utilizadas entrevistas juntos aos profissionais de saúde e formulários semiabertos aplicados para os idosos selecionados, bem como roteiro de entrevista junto aos profissionais.

O relatório está delineado conforme segue:

O primeiro capítulo trata das questões que envolvem o processo de envelhecimento e a velhice no Brasil, analisando os aspectos psicossociais, como também a demografia e epidemiologia dos idosos.

O capítulo dois descreve as políticas de saúde no Brasil, contextualizando o seu surgimento no país, e a implantação do Sistema Único de Saúde. Sobre o SUS, uma das suas diretrizes será analisada, a integralidade dos serviços de saúde abordada no nível de média complexidade e sua relação com os outros níveis, juntamente com os resultados alcançados, baseados nas entrevistas realizadas com os profissionais e formulários aplicados aos idosos.

## 1

**VELHICE E ENVELHECIMENTO: CONSTRUÇÃO E DESAFIOS**

Ora, ora! Não se preocupe com os anos que já faturou: a idade é o menor sintoma da velhice.  
Mário Quintana

Hoje, a visão sobre o envelhecimento e a velhice tem tomado novos rumos comparados com os séculos passados, há uma nova concepção para o “ser ou tornar-se velho”.

A proposta deste capítulo é contribuir para um melhor entendimento dos conceitos que abrangem a velhice e todos os processos que constituem a sua condição. Citando vários autores, dentre eles um clássico “*A Velhice*”, de Simone de Beauvoir, que trabalha a temática em vários aspectos, a partir de sua visão antro sociológica. Além de outros especialistas sobre o tema, que abordam o envelhecimento nas suas múltiplas características, não somente como processo biológico, mas também como um processo de transformação sócio-histórica, cultural e psicológica.

**1.1 A questão da velhice no Brasil**

O processo de envelhecer no meado do século XX era considerado um fenômeno pouco visível, diferentemente do século XXI que acontece em todo o mundo, inclusive no Terceiro Mundo, como o Brasil.

A visão sobre o envelhecimento deixa de ser limitada e muitos estudiosos têm-se voltado a essa temática, em várias abordagens, uma vez que o número populacional de pessoas idosas vem crescendo ao longo dos anos.

Segundo Ana Amélia Camarano (2002 *apud* Freitas, 2006, p.15):

O crescimento relativamente mais elevado do contingente idoso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento, dada a alta fecundidade prevalecente no passado comparativamente à atual e a redução da mortalidade.

Analisando a sociedade brasileira, estudos demográficos apontam o envelhecimento da população em ritmo acelerado, isso se deve, sobretudo, ao aumento da expectativa de vida da população, que atualmente é de 73 anos, estimativa que, no começo do século XX, chegava apenas aos 40 anos. (IBGE, 2011)

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2011), na década de 1970, cerca de 5% da população brasileira era de idosos, percentual que subiu para quase 9% na década de 1990. E hoje a população idosa do Brasil chegou a quase 20 milhões de habitantes, ou seja, mais de 12% do total da nação tem 60 anos ou mais. Estimativas indicam um crescimento de 30% da população idosa para os próximos 25 anos, que segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (1999) será o sexto país com a maior população idosa do mundo.

Entretanto, observa-se que, segundo Araújo (2006), que os idosos relacionados em todos esses dados estão em um quadro de desigualdade quanto à renda, escolaridade, moradia dentre outros fatores que os tornam acentuadamente desiguais.

Assim como é diferente envelhecer em países desenvolvidos com relação aos países em desenvolvimento, diferenças também são notadas dentro das classes econômicas no Brasil. Quem possui mais renda tem condições de viver mais e melhor, do que aqueles que não possuem tantas condições econômicas, em tese.

Tratando desse assunto Eneida Haddad (1993), citada por Machado (2008, p. 63), destaca que:

Um fantasma amedontra o mundo neste fim de século, e seus ruídos assustadores desafiam o saber e o poder, levando ao mesmo tempo o ser humano a novas encruzilhadas: a velhice. O ambicioso prolongamento da

vida transforma-se, cada vez mais, em realidade; (...) É fato também, que há idosos nas diferentes camadas, segmentos ou classes sociais, e que os mesmos vivem a velhice de forma diferente. Em outras palavras, o fim da vida é um fenômeno que evidencia a reprodução e ampliação das desigualdades sociais.

Com o aumento dos idosos no país, entende-se que há uma grande necessidade de criação de políticas públicas para esse grupo etário, uma vez que suas necessidades e demandas crescem muito mais em relação a outros grupos. Deve haver uma identificação por parte da sociedade e do Estado de como funciona o processo de envelhecimento, e quem são os protagonistas desse processo, tirando a ideia de que velho sempre é o outro (PONTES, 2008).

A representatividade dos grupos etários do país vem sendo alterado ao longo dos anos, o percentual da população com até 25 anos são menores no ano de 2010 do que em 2000, o grupo de crianças de 0 a 4 anos em 2000 somava 9,6%, caindo para 7,3 em 2010. Nesse mesmo instante há uma modificação na pirâmide etária brasileira, enquanto o número de crianças e adolescentes diminui, o número de idosos vem crescendo relativamente no país. (IBGE 2011)

Comparando os dados das regiões do país, observamos uma estrutura bastante jovem em determinadas áreas, entretanto com um crescimento significativo da população idosa. Na região Norte a proporção de idosos com 65 anos ou mais passou de 3,6% em 2000 para 4,6% em 2010, e o de crianças com até 5 anos passou de 10,7% em 2000 para 9,8% em 2010, quadro semelhante ocorreu na região Nordeste, onde a proporção de crianças com até 5 anos em 2000 era de 10,6%, caindo para 8,0% em 2010, enquanto a população de idosos que era 5,8% em 2000 elevou-se para 7,2% em 2010.

A região Centro-Oeste apresenta uma estrutura bem semelhante com as duas maiores regiões do país, a população idosa teve um crescimento, passando de 4,3% em 2000 para 5,8% em 2010. O percentual de crianças com até 5 anos caiu de 11,5% em 2000 para 9,8%



em 2010. As regiões Sul e Sudeste aparecem como as duas regiões mais envelhecidas do país, em 2010 as duas regiões tinham um percentual de 8,1% de idosos com 65 anos ou mais, enquanto que o de crianças com até 5 anos era de 6,4% e 6,5%, respectivamente. (IBGE 2011)

Ao analisarmos esses dados percebe-se uma diferenciação na população idosa do país, e inúmeros questionamentos norteiam esses dados. Como o país encara o processo de envelhecimento? Qual a razão dessa diferença na proporção de idosos das regiões? Como estamos enfrentando essa realidade? Em que condições vivem os idosos das regiões menos desenvolvidas do país? Como a sociedade e o Estado têm visualizado esses fatos?

Há inúmeras particularidades que devem ser analisadas ao se responder essas perguntas e alguns aspectos devem ser observados. Segundo Barreto (1992), antes do século XVII a velhice era ridicularizada no Brasil, sendo respeitada e considerada sábia no século XIX; no século XX a velhice passa a ser negada, valorizando quem consegue disfarçá-la fisicamente ou psicologicamente. Não se aceita a velhice, ela é escondida, tornando-se algo indesejado para a sociedade.

O próprio velho não se aceita como tal, alguns tentam esconder essa realidade, num extremo que outros muitas vezes não têm nem qualidade para vivê-la. As circunstâncias e as condições de vida interferiram na maneira de ver e viver a velhice ao longo do tempo:

O “velho sábio” desapareceu de nossa realidade, permanecendo apenas como um conceito abstrato. Em um país como o nosso, em que são gritantes as diferenças de classe e a grande maioria da população é carente, os trabalhadores e os camponeses, os subempregados, os que moram em favelas nunca são bem conservados e tornam-se velhos muito cedo. Serão sábios? Talvez, mas não são considerados assim, porque não são “cultos”, tiveram pouca leitura ou são analfabetos: afastam-se muito da ideia burguesa de sabedoria. Por outro lado, os velhos de classe alta, considerados sábios pela ideologia dominante (...) esses “sábios” não são velhos: vestem-se muito bem, jovialmente; fazem musculação, ioga e, de vez em quando, cirurgias plásticas. São sábio-sabidos-cultos, mas, pelo menos na aparência, não são velhos. (BARRETO, 1992, p. 23, 24).

O preconceito toma conta da sociedade e o idoso é considerado a margem da mesma, como alguém que não faz parte do meio social. Porém no Brasil, mesmo com todos esses fatores, observamos uma notável atenção com relação à parcela idosa da nação, como já mencionado no início deste capítulo, este número populacional vem crescendo no país ao longo dos anos, constituindo assim um objeto de estudo para aqueles que desejam melhorar as futuras condições de vida da nação.

Freitas (2006) e Araújo (2006) concordam que o envelhecimento necessita de uma estrutura montada pelo Estado que venha suprir as demandas das pessoas que estão envelhecendo, criando políticas públicas específicas quem tenham como objetivo colaborar para um envelhecimento positivo, respeitando os direitos, as capacidades, a organização social e as preferências dos idosos.

Araújo (2006, p. 17) descreve que: “Reconhecer o indivíduo portador da condição de longevidade significa identificar nele traços que os diferenciam dos demais grupos, bem como aproxima um certo conjunto desses sujeitos.”

Um dos primeiros contatos do Estado com os idosos no Brasil se deu na década de 1970, quando o Ministério do Trabalho e Previdência Social assinou a primeira medida normativa de assistência social aos idosos, a Portaria nº 82, de 04/07/1974, que instituiu a renda vitalícia para os comprovadamente pobres acima de 70 anos.

Entretanto somente em 1994, 20 anos depois da Portaria nº 82 que foi sancionada a Lei 8.842 de 04/01/1994 que dispõe sobre a política nacional do idoso, a criação do Conselho Nacional do Idoso e dá diretrizes em algumas outras providências com relação aos direitos dos idosos:

- I – a família, a sociedade e o estado tem o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade; defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II – o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III – o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;  
 IV – o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;  
 V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.  
 (Lei 8.842/94. Art. 3º)

Tendo como objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Art. 1º), a Lei 8.842/94 prevê, para a implementação da política nacional do idoso, ações governamentais nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, esporte e lazer.

Outro grande passo para a visibilidade e atenção à pessoa idosa foi a implementação do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, 01/10/2003), mais abrangente que a Política Nacional do Idoso o estatuto engloba vários pontos dos direitos da pessoa idosa, envolvendo questões de saúde, transporte, habitação, lazer, cultura, esporte e etc.. Destacando entre todos os pontos a instituição de penas aplicáveis a quem abandonar, desrespeitar ou agredir cidadãos idosos.

Dentre elas:

Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado:

Pena – detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

§ 2º Se resulta a morte:

Pena – reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

(Lei 10.741/03. Art. 99)

No estado do Amazonas, segundo o IBGE (2011) existe 3.590.985 habitantes, dos quais 210. 173 são idosos, sendo 101. 818 homens e 108. 355 mulheres. O Amazonas segue as diretrizes do Estatuto do Idoso, e da Política Nacional do Idoso, contribuindo assim para o trabalho do Conselho Estadual do Idoso, da Delegacia do Idoso, do Centro de Amparo à

Pessoa Idosa e dos demais órgãos estaduais que se articulam entre si para tornar os idosos amazonenses proprietários dos seus direitos.

Com um total 1.802.014 habitantes (IBGE 2011), a capital amazonense possui 108.902 idosos, sendo 108.099 da área urbana da cidade e 803 provenientes da área rural. Manaus possui sua Política Municipal do Idoso (Decreto nº 5.482 de 7 de março de 2001), amparada pela Política Nacional do Idoso, garantindo para os idosos direitos sociais e assegurando a promoção de sua autonomia, integração e participação na sociedade, sendo de responsabilidade do estado, da família e da sociedade a efetivação dessa política.

## **1.2 Conceitos e aspectos biopsicossociais do envelhecimento**

De acordo com Pontes (2006), o velho sempre é o outro, e por esse motivo há uma grande dificuldade em aceitação da velhice por parte da sociedade e do próprio indivíduo que vive essa realidade. Não se entende que a velhice e todo o processo de envelhecer é algo que pode ser positivo, vê-se a velhice de uma única maneira, sem uma análise de todo esse processo amplamente.

Segundo Santiso a velhice é um processo biológico inevitável (1983 *apud* BARRETO, 1992, p. 19). Quanto mais se vive, mais se envelhece; esse processo é natural e começa dentro do ventre materno. O envelhecimento e o estado de ser/estar velho é algo que ainda hoje aterroriza muitas pessoas, como se a velhice fosse uma doença, um mal, algo indesejado. De acordo com Pontes (2008, p.18):

Envelhecer para o ser humano envolve transformações singulares no seu organismo, acarreta consequências psicológicas e determinadas condutas. Tem uma dimensão existencial, como todas as situações humanas, modifica a relação do homem com o tempo e, portanto seu relacionamento com o mundo e sua própria história. O debate acerca do envelhecimento é assunto que envolve todos os “vivos”, todos que aqui estamos, enquanto estamos... envelhecemos, nós que podemos falar, sentir, viver... envelhecemos. Por conseguinte envelhecer é está imerso na história.

O crescimento da população deveria ser um motivo para os seres humanos, independente da idade, analisarem o processo de envelhecimento e todos os fatores que norteiam essas mudanças. Entendendo que a velhice envolve transformações físicas, sociais e psicológicas, modificando a relação do homem com o tempo e o espaço, o mundo e a sua história, observando cada contexto cultural e histórico. (PONTES, 2008)

Num contexto cultural, observam-se diferenças ao se olhar a velhice, no oriente a pessoa idosa é considerada sábia e respeitada por todos que a rodeiam, tendo-a como um exemplo de experiência de vida para os mais jovens. Realidade oposta do ocidente, que possui inúmeras diferenças culturais, influenciadas pelas diferenças financeiras, sendo o velho um peso para sua família e para a sociedade.

Outro fato importante que podemos notar é a influência da sociedade capitalista com relação à velhice. Beauvoir (1990), Barreto (1992) e Goldman (2006) concordam que o sistema capitalista contribuiu com a propagação da imagem negativa da velhice, quem não tem mais força de trabalho não serve para mais nada. A lei da oferta e da procura desvaloriza os idosos, sendo substituídos pelos mais jovens. Sobre isso, Simone de Beauvoir, destaca que:

Tudo se passa de modo inteiramente diferente nos outros países capitalistas. Eles levam em consideração quase que exclusivamente o interesse da economia, isto é do capital, não o das pessoas. Eliminados cedo do mercado de trabalho, os aposentados constituem uma carga que as sociedades baseadas no lucro assumem mesquinamente. Permitir aos trabalhadores que permaneçam ativos tanto tempo quanto possam, e garantir-lhes, em seguida, uma vida decente, é uma solução correta. Aposentá-los cedo, assegurando-lhes um nível de vida satisfatório, é também uma opção válida. Mas as democracias burguesas, quando retiram dos indivíduos a possibilidade de trabalhar, condenam a maioria deles à miséria. (Idem, p. 277).

Com relação a essa substituição do velho pelo jovem, Barreto (1992), declara que apenas o novo é valorizado, sendo desprezado o que tem mais idade. Goldman também declara que:

Essa contradição é agravada por fatores culturais que idolatram o moderno, o novo, o jovem e ridicularizam o antigo e o velho. Assim, o idoso se depara com problemas de rejeição da autoimagem e tende a assumir como verdadeiros os valores da sociedade que o marginaliza. Dessa forma a marginalização do idoso se processa ao nível social e é muitas vezes assumida pelo próprio idoso que, não tendo condições de superar as dificuldades naturais do envelhecimento, se deixa conduzir por padrões preconceituosos que o coloca à margem da sociedade. (Idem, p.58, 59).

No decorrer do tempo, o idoso tem sido rejeitado, esquecido, abandonado. A sociedade não o vê e não o aceita como um ser humano capaz de produzir, a família o rejeita, tornando suas palavras meras lembranças. Outro ponto importante é que a tecnologia também não vê o idoso como pertencente ao seu meio. Melhorias na tecnologia auxiliam o restante do mundo, mas excluem os idosos de suas inovações, de acordo com Goldman (2006) a exclusão digital atinge todos aqueles que não têm acesso a equipamentos técnicos para fazer funcionar máquinas, computadores, caixas eletrônicos, celulares, dentre outros.

Sendo os idosos os mais atingidos com isso, eles são alvos fáceis de violência, por pessoas que se aproximam para ajudar e aproveitam da situação para roubá-los. É necessário um envolvimento da sociedade, permitindo a inserção do idoso no meio social atual, facilitando seu acesso a novas tecnologias, educando-o e auxiliando para que estes adquiram conhecimentos, melhorem sua autoestima e se amplie a sua rede de sociabilidade.

O envelhecimento representa uma fase de desenvolvimento individual humano, cuja característica principal é a acentuada perda da capacidade de adaptação e um declínio lento e progressivo do funcionamento orgânico. Burlá (2006) apresenta algo muito interessante, ela observa que o ser humano não é eterno, a morte faz parte do ciclo da vida e não podemos evitá-la. Há um declínio natural das capacidades do corpo humano, e são alterações próprias do processo de envelhecimento.

Entretanto é um processo diferente para cada indivíduo, com variações de organismo para organismo. Quando o processo de envelhecimento alcança seu nível mais elevado, uma vez que o envelhecimento se encontra desde a formação do ser humano, sendo desenvolvido

ao longo da vida de determinado indivíduo, notam-se mudanças significativas na sua estrutura biológica, com modificações no corpo, sendo as principais, o aparecimento de cabelos brancos e rugas, o andar mais lento, a postura curvada, a redução da capacidade auditiva e visual. (BARRETO, 1992).

Para Henry Ey (1977 *apud* COSTA, 1998) o processo de envelhecimento é:

Um fenômeno biológico geral que se manifesta em todos os níveis de integração do organismo: na escala molecular, ao nível da célula e dos tecidos, dos órgãos e suas funções, em todo o organismo, ao nível de personalidade e, poderíamos acrescentar igualmente aos grupos humanos.

Vale ressaltar que a velhice não é uma doença, o corpo se torna fragilizado sim, mas é possível ter qualidade de vida nessa fase da vida. Uma velhice com qualidade não depende somente dos fatores naturais ou genéticos, mas também sofre influências de fatores externos ao organismo, como fatores metabólicos e ecológicos. O que foi praticado e inserido ao longo da vida determina que tipo de velhice cada indivíduo terá. Burlá (2006, p. 319) discorre que:

O nosso corpo é um estrutura complexa. Para o seu perfeito funcionamento, todos os órgãos, fluidos, articulações, músculos, nervos tem de estar em perfeita sintonia, combinando-se para a execução harmônica de todas as suas funções. A reger tudo isso está o cérebro, que comanda, de forma instintiva ou racional, os nossos desejos. O perfeito funcionamento de todos os componentes do corpo confere ao homem a capacidade funcional, isto é, a possibilidade de ele executar as ações que deseja. O organismo, assim, está em equilíbrio.

Quando há a perda dessa capacidade funcional, o corpo sofre um declínio biológico, e alguns órgãos são afetados, produzindo muitas vezes um efeito dominó que agride outras partes do corpo. Esse processo de declínio torna a velhice algo indesejado, obviamente que esse fato não acontece em todos os sujeitos, da mesma maneira, como já mencionado anteriormente, cada ser humano possui um processo biológico diferente. É necessária uma aceitação individual e coletiva desse grupo, não como algo ruim e que deve ser evitado, mas como algo natural e que pode ser bem vivido, mesmo com suas limitações. (PONTES, 2008).

Outros aspectos que devem ser analisados são o psicológico e o social. Com relação ao aspecto psicológico, Costa (1998, p.34) destaca que:

A chamada “terceira idade” é para alguns um aprisionamento, um espaço da vida em que qualquer ato fecundo é impossível. Para outros, é a conscientização de seu atual momento, que dever ser vivido com o mesmo amor e dedicação que vivenciou seus anos joviais. Para outras tantas pessoas, essa fase é complexa, ora vista de maneira preconceituosa, ora analisada como uma conquista, um mérito por ter podido atingi-la e, ainda, poder experimentar interesses.

Observando que Costa (1998) analisa numa perspectiva de terceira idade, que trata da velhice não numa visão de decadência e pobreza, mas como um período bom para os privilegiados, estes consideram a velhice uma vitória, e conseguem vivê-la da melhor maneira possível, aceitando suas modificações, e vivendo a vida em sua plenitude, esses conseguem “não envelhecer psicologicamente”, conservando suas capacidades físicas, intelectuais e psicológicas de forma viva e brilhante. Podemos citar alguns exemplos.

Charles Chaplin, grande produtor e ator britânico, conhecido mundialmente pelo seu desenvolvimento no cinema mudo, viveu até os 88 anos, após 75 anos dedicado a arte.

Platão, filósofo e matemático, seguidor de Sócrates, morreu aos 81 anos de idade, quando ainda dirigia a Academia, em Atenas, primeira instituição de educação superior do mundo ocidental, da qual ele foi o fundador.

José Abelardo Barbosa de Medeiros, o famoso Chacrinha, grande comunicador do rádio e da televisão brasileira, morreu aos 70 anos, em pleno exercício de sua carreira.

Sem esquecer a ilustre Dolores Gonçalves Costa, mais conhecida como Dercy Gonçalves, atriz e humorista brasileira, que encantou milhares de plateias por muitas décadas, vindo a falecer com 103 anos.

Esses relatos mostram a questão da velhice de outra forma, sob outro olhar, o envelhecimento bem-sucedido passa a ser uma decisão pessoal (PONTES, 2008).



O ser velho, não significa estar “velho”, as mudanças biológicas são inevitáveis, mas as atitudes com relação a velhice podem ser alteradas. Não querendo escondê-la, mas tendo alegria em vivê-la, aceitando essa fase da vida como um momento de busca de prazer e satisfação pessoal, vivendo experiências que não puderam ser vividas na juventude.

Tomaremos a fala de Simone de Beauvoir (1990, p.265) para tratarmos da velhice e seus aspectos sociológicos:

Todo mundo sabe: a condição das pessoas idosas é hoje escandalosa. Antes de examiná-la em detalhe, é preciso tentar entender porque a sociedade se acomoda tão facilmente a essa situação. De maneira geral, ela fecha os olhos para os abusos, os escândalos e os dramas que não abalam seu equilíbrio; não se preocupa mais com a sorte das crianças abandonadas, dos jovens delinquentes, dos deficientes, do que com dos velhos. Nesse último caso, entretanto, sua indiferença parece, *a priori*, mais surpreendente; cada membro da coletividade deveria saber que seu futuro está em questão; e quase todos têm relações individuais e estreitas com certos velhos. Como explicar sua atitude? É a classe dominante que impõe às pessoas idosas seu estatuto; mas o conjunto da população ativa se faz cúmplice dela. Na vida privada, filhos e netos não se esforçam para abrandar o destino de seus ascendentes.

Vê-se a necessidade de enxergar o velho como parte da sociedade, não o tendo como um ser a margem do meio social. A velhice é tão importante quanto a adolescência, a juventude, a maior idade, fazendo parte do contexto temporal e histórico de todos os indivíduos.

Segundo Costa (1998), a pessoa idosa sempre existiu na sociedade, em todas as épocas, em muitos lares, culturas, e essa pessoa sempre foi “velha”, vivenciando uma experiência de vida, à sua maneira, com características próprias, num contexto biológico, psicológico e social. Nos aspectos sociais os idosos possuem uma lenta caminhada, impossibilitados de prosseguir devido aos comportamentos das sociedades em geral.

Ao longo do tempo a imagem do idoso foi se modificando, conforme a realidade vivenciada. Na sociedade pré-capitalista o idoso possuía um papel de destaque na sociedade, sendo respeitado por sua experiência e por seus valores. Eles eram os guardiões das famílias,

e deviam ensinar, transmitir, oferecer, pois a sabedoria estava com eles, por conta de todos os anos vividos.

Com a Revolução Industrial e a ascensão do modelo capitalista, não se admite quem não produz. Costa (1998, p.52) destaca que:

Na sociedade industrial ou tecnológica não se admite alguém que não produza. Quando o indivíduo vai se aproximando da chamada “meia-idade”, percebe que uma vasta quantidade de “portas sociais” começam a se fechar para ele. Neste país, onde o aforismo “Brasil – país de jovens” se evidencia, se a pessoa idosa perde um emprego, dificilmente encontrará outro. Os anúncios em jornal mencionam sempre uma idade, que varia no máximo entre 30 e 40 anos, como condição para se obter uma colocação (exceções pequenas existem principalmente para aqueles cargos menores, de salário baixo e sem projeção, como por exemplo os famosos “carregadores de placas” que deambulam pelas capitais brasileiras, oferecendo empregos para diversas funções). Se ele se aposenta, então, também está fadado a ser um inútil.

Goldman (2006) e Barreto (1992) retratam que, a questão das classes sociais também interfere na vida dos idosos. Quem tem mais condições de vida, vive uma velhice melhor, enquanto os que não possuem tantas condições acabam por depender da família, que muitas vezes o rejeitam, fazendo o idoso se sentir um peso para seu círculo familiar, quando não, uma fonte de renda, através de sua aposentadoria.

De acordo com Goldman (2006, p. 57-58):

Nas camadas mais pobres o idoso tanto pode ser um empecilho para a família como pode ser a única fonte de renda (em forma de aposentadoria ou pensão). Há famílias, principalmente nos municípios mais pobres, em que os idosos mantêm as despesas familiares e são valorizados como um dos poucos consumidores locais com renda fixa.

O nosso país envelhece mais rápido, devendo existir uma preocupação maior com relação a isso, juntamente com um movimento de conscientização, por parte de cada indivíduo, da sociedade em geral e do Estado.

Sobre a responsabilidade do Estado, Goldman (2006, p.59-60) descreve que:

As condições objetivas da vida da população interferem diretamente no envelhecimento, tanto no aumento quantitativo da expectativa de vida, quanto na qualidade oferecida aos que envelhecem através de políticas sociais e da assistência. Nos países onde se instaurou o Estado de Bem-Estar Social, os idosos contaram, como os demais setores mais frágeis da sociedade, com programas e serviços que lhes garantem um final de vida amparado, pelo menos do ponto de vista material. Não é, portanto, por acaso que os países da Europa, os Estados Unidos da América e o Japão são os que apresentam maior expectativa de vida, além de participação expressiva de pessoas com mais de 60 anos nas pirâmides etárias de suas respectivas regiões.

As ações do Estado, no âmbito social interferem intimamente no envelhecimento da população, as condições mínimas de vida, oferecidas pelo governo, contribuem para um envelhecimento positivo ou negativo, a qualidade dos serviços prestados a população, indicarão que tipo de envelhecimento sua população terá.

De acordo com Costa (1998, p.54):

Nos dias atuais, faz-se urgente à ampliação dos conhecimentos, das pesquisas científicas, dos cuidados, das maneiras de olhar e analisar o indivíduo com mais idade para que não nos mantenhamos retrógrados e vazios, espelhos de tantos outros que hoje assim vivem, sem um lugar digno e honrado em nossa sociedade.

Atualmente vê-se necessário a ampliação dos conhecimentos com relação a velhice, esta é um realidade e precisa ser estudada e analisada, contribuindo para o crescimento de uma população mais justa e igualitária.

### **1.3 Demografia e epidemiologia da velhice**

A pirâmide mundial sofreu inúmeras modificações, destacando-se principalmente, o aumento considerável da população com idade igual ou superior a 60 anos. Segundo dados da OMS (2002), no final do século passado, eram estimados 590 milhões de indivíduos nessa faixa etária, sendo projetadas para 2025, 1 bilhão e 200 milhões, atingindo 2 bilhões em 2050.

Segundo Freitas (2006), o Brasil, no início do século XX, possuía uma expectativa de vida que não passava dos 34 anos de idade, atingindo 43 anos no início da década de 50, aumentando progressivamente a partir de então, chegando atualmente a 73 anos, conforme dados atualizados do IBGE (2011). A autora observa ainda que, é um erro acreditar que somente o aumento da expectativa de vida é o elemento determinante do envelhecimento populacional.

Barreto (1992) e Freitas (2006) concordam que o envelhecimento populacional ocorre quando a proporção de idosos aumenta, ocorrendo a redução do número de jovens. Esse crescimento está intimamente relacionado com a redução das taxas de fecundidade e de mortalidade. Baseados em dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD, em 2008, enquanto as crianças de 0 a 14 anos de idade correspondiam a 26,47% da população total, o contingente com 65 anos ou mais de idade representava 6,53%. Em 2050, o primeiro grupo representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total.

Estudando esses fatores, descreve-se que a taxa de mortalidade é um índice matemático, que segundo Barreto (1992), expressa o número provável de óbitos em uma determinada população. Ela é calculada não somente para população em geral, mas de acordo com cada grupo etário e em cada sexo, separadamente. Devido ao fato de que cada grupo etário possui características distintas, como também as diferenças nas taxas entre os homens e as mulheres,

Barreto (1992, p. 38) declara que:

Quando se sabe quantas pessoas provavelmente vão morrer, um cálculo de subtração informa quantas pessoas vão sobreviver. Como há taxas diferenciadas por idade e sexo, pode-se calcular a “expectativa de vida” para homens e mulheres em diferentes faixas etárias, com base nas taxas de sobrevivência.

Taxa de fecundidade é uma estimativa do número médio de filhos que uma mulher teria até o fim de seu período reprodutivo, mostrando uma grande redução no número de nascimentos, uma vez que poucas mulheres engravidam, com referências de dados nacionais, e não regionais, pois essa proporção a nível regional é muito variável. No Brasil no final da década de 1960, a taxa de fecundidade era de cerca de 6 filhos por mulher, passando para 4,5 no final da década de 1970. Em 2010, conforme dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2011), a taxa média de fecundidade no Brasil era de 1,86 filho por mulher, semelhante às taxas dos países desenvolvidos.

Outros fatores também contribuem para esse aumento do número de idosos no Brasil, sobre esse ponto, o Ministério da Saúde observa que:

Os ganhos sobre a mortalidade e, como consequência, o aumento da expectativa de vida, associam-se à relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, às campanhas nacionais de vacinação, aos avanços tecnológicos da medicina, ao aumento do número de atendimentos pré-natais, bem como ao acompanhamento clínico do recém-nascido e ao incentivo ao aleitamento materno, ao aumento do nível de escolaridade da população, aos investimentos na infra-estrutura de saneamento básico e à percepção dos indivíduos com relação às enfermidades. O aumento da esperança de vida ao nascer em combinação com a queda do nível geral da fecundidade resulta no aumento absoluto e relativo da população idosa. (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 12, p. 15).

Citando Frenk (1991) e Caimowicz (2006), Freitas (2006, p.25) discorre sobre:

As alterações demográficas oriundas da queda da mortalidade e da fecundidade determinam alteração nas características de mortalidade ao longo do tempo e receberam o nome de “transição epidemiológica”. Este processo engloba três mudanças básicas: a substituição da mortalidade pelas doenças transmissíveis pelas não transmissíveis e causas externas; a maior carga de mortalidade dos mais jovens em relação aos mais velhos; e a transformação de uma situação em que predominam a mortalidade para outra, em que a morbidade é dominante.

A transição epidemiológica caracteriza-se pela mudança do perfil de morbidade (taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento) e de mortalidade de uma população, com diminuição

progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas. Além disso, apresenta diversidades regionais quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde.

Observa-se nesse momento algo muito relevante para o desenvolvimento dessa pesquisa, a ligação do envelhecimento com a saúde. O corpo humano sofre um declínio natural durante o processo de envelhecimento, sendo funável a adquirir doenças crônicas degenerativas (doenças que consistem na alteração do funcionamento de uma célula, um tecido ou um órgão), mas não havendo impedimento no desenvolvimento de sua vida.

O Ministério da Saúde observa esses fatos e discorre que:

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19, 2006, p. 7).

Essas doenças podem afetar a funcionalidade da pessoa idosa, estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos (Ministério da Saúde, 2006). Entretanto é possível conviver com esses agravos, desde que exista controle e monitoramento das atividades dos idosos.

Segue a listagem com algumas das principais doenças crônicas degenerativas mais frequentes na população idosa: Diabetes, hipertensão, arteriosclerose, doenças cardíacas,

câncer, esclerose múltipla, glaucoma, mal de Alzheimer, artrose, osteoporose, mal de Parkinson, doenças pulmonares, entre outras.

Essas doenças são geralmente de desenvolvimento lento, de longa duração e, por isso, levam um tempo mais longo para serem curadas ou, em alguns casos, não têm cura. A maioria dessas doenças está relacionada ao avanço da idade e ao estilo de vida – hábitos alimentares, sedentarismo e estresse – característico das sociedades contemporâneas.

Atualmente, as doenças crônicas são as principais causas de mortalidade no mundo, representando 60% das mortes. No Brasil essa realidade não é diferente: estimativas do (IBGE 2008) apontam que cerca de 80% das pessoas com mais de 60 anos têm alguma doença crônica e, para o Ministério da Saúde, esta é a principal causa de óbito e incapacidade prematura no país. Se nada for feito para gerenciar as doenças crônicas, apontam que em 10 anos, as mortes em decorrência delas aumentarão 17%.

Eis aqui outro ponto-chave dessa pesquisa, a relação do Estado com esse processo do envelhecimento e as consequências no organismo. Atualmente, os idosos em relação aos demais grupos etários são os que mais utilizam dos serviços de saúde. Demandando um maior período de internação, e um alto custo, além de uma equipe de profissionais especializados, que saibam atender esses usuários da melhor maneira possível.

De acordo com a OMS, a partir de 1990 passou a se utilizar o termo “envelhecimento ativo”, buscando incluir novos fatores que fazem parte do processo de envelhecimento, além dos cuidados com a saúde. Esse envelhecimento só será possível quando hábitos corretos forem praticados, incluindo nesse processo a inserção familiar e social, adequação ambiental, sendo a saúde a base de todos esses fatores.

No que concerne ao Brasil, este a partir da Constituição Federal de 1988 – CF/88 alcançou grandes saltos com relação a saúde da população, sendo os idosos os mais beneficiados nesse processo. Com a implementação do SUS/90 e a Política Nacional de

Promoção a Saúde/2006, os idosos ganharam ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde, implantadas através da Política de Promoção e Prevenção à Saúde do Idoso/2006.

Esses passos só são possíveis quando há uma união da sociedade para com o Estado, não em busca de interesses próprios, mas consolidando os direitos e a dignidade da nação.

Freitas (2006, p.33), relatando sobre esse assunto observa que:

O desafio que se apresenta é de se conseguir maior expectativa de vida, mas com boa qualidade, para que anos vividos sejam plenos de significado e de dignidade, e não anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, dependentes, vítimas do isolamento social e dos tristes quadros depressivos; para responder a este desafio, o primeiro passo é o conhecimento do processo demográfico e epidemiológico próprios dessa faixa etária.

Quando se enxergar o envelhecimento como um processo natural, entendendo as características dessa fase da vida, conseguiremos analisar a velhice com outros olhos, diminuindo e eliminando os sofrimentos daqueles que são excluídos da sociedade por sua condição de ser ou estar velho.



## 2

**POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença; em caso contrário, abstém-te de o ajudar.

Sócrates

No Brasil, a saúde como política pública faz parte da seguridade social, constituídos também pela previdência e assistência social, asseguradas em 1988 através da Constituição Federal. Sendo um direito de todos, e dever do Estado, a saúde no Brasil passou por diversas transformações, até se configurar da maneira como conhecemos atualmente.

Este capítulo irá apresentar a trajetória da política de saúde no Brasil, a partir da década de 30, destacando características da mesma ao longo de seu processo histórico. Outro ponto a ser comentado será a integralidade dos serviços de saúde e as redes socioassistenciais na atenção secundária e por fim mostrar ao leitor desse relatório, uma visão de como funcionam os serviços das instituições escolhidas como locus da pesquisa, quem são os idosos que utilizam esses serviços e como os profissionais que trabalham nas unidades de saúde visualizam o Sistema Único de Saúde, no que tange o conhecimento sobre a integralidade de ações junto ao atendimento ao idoso.

**2.1 Contextos das Políticas de Saúde e o Sistema Único de Saúde**

A assistência à saúde no Brasil passou por diversas modificações ao longo dos anos, sendo construída pela sociedade e pelo Estado em diversos períodos e momentos da história do Brasil. Entretanto, conforme Bravo (2009), somente a partir da década de 1930 que o

Estado passou a intervir nas questões de saúde, como resultado de diversas reivindicações trabalhistas.

Nota-se, porém, que na década de 1920 algumas tentativas para ampliação dos serviços de saúde já eram realizadas. Em 1923 a criação da Lei Elói Chaves teve grande relevância nas questões que envolviam a saúde do trabalhador, sendo essa lei um marco legal para a criação das CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões. Sobre as CAPs, Bravo (2009, p. 3) aponta:

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Os setores que primeiramente se beneficiaram destas CAPs foram os marítimos, os ferroviários e os estivadores por sua combatividade como também sua importância na economia. A partir de 1930 outros setores passaram a integrar as CAPs.

O início da industrialização e a redefinição do papel do Estado tiveram grande participação na mudança da sociedade brasileira na década de 1930, mais precisamente na Era Vargas. O surgimento das políticas sociais e o movimento operário possibilitaram a mudança no cenário social do Brasil, sendo a saúde um dos atores desse quadro.

Segundo Bravo (2009), a saúde nesse período podia ser dividida em dois subsetores: a saúde pública e a medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública procurou suprir minimamente as necessidades básicas de saneamento da população.

Segundo esta autora, no período de 1945 - 1950 a Política Nacional de Saúde veio a consolidar-se. Houve a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) durante a 2ª

Guerra Mundial, com a elaboração do Plano Salte onde a saúde era uma das finalidades, mas este plano não foi implementado. Bravo (2009, p. 5) observa que:

A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de mortalidade infantil, como também a mortalidade geral.

A medicina no âmbito privado já estava posta desde a década de 50 e pressionava o Estado para que este viesse a financiá-lo através da privatização, mas apesar das pressões o Estado não aderiu as suas propostas sendo a assistência médica previdenciária fornecida prioritariamente pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS).

Em 1964 instala-se no Brasil a ditadura militar caracterizada pelo período do ‘não direito’ e sua atuação dava-se no binômio, assistência-repressão, sendo segundo Bravo (2009, p.6) uma forma de, ”aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo para acumulação do capital.” No setor da saúde foi posta a demanda da mercantilização dos serviços. Neste período a medicina previdenciária cresceu enquanto a saúde pública passou por um período de declínio.

O CONASS (2011, p. 16) observa que:

A saúde pública, relegada ao segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos — que não chegavam a 2% do PIB — colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população. Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade.

A partir de 1974 até a década de 1980, o regime ditatorial começa a desmoronar e inicia-se o período de transição democrática, onde várias demandas da sociedade tais como,

saúde, educação, habitação entre outros passaram a integrar as discussões da Constituinte.

Bravo (2009, p. 8) discorre sobre:

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos social na discussão das condições de vida população da brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

A saúde veio a ser inserida na Constituição Federal de 1988, como resultado das lutas de movimentos sociais, dentre eles, o sanitarista. Destacando a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, como marco fundamental para a discussão da saúde no Brasil. Sobre a Constituição Federal de 1988, aponta-se que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Com base na CF/88 cria-se o Sistema Único de Saúde - SUS, regulamentando na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 que afirma em seu artigo 1º “que tem como objetivo regular (...) as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.”

O SUS é norteado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos em todo país, sendo parte de uma ampla concepção do direito à saúde da população e do papel do Estado na

garantia desse direito, formando um conjunto de ações de saúde, com a participação de todos os órgãos públicos e da sociedade, como afirma o art. 2º, inciso II, da Lei 8.080/90:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Esta legislação compreende a saúde não em seu aspecto biológico simplesmente, mas esta é entendida a partir dos aspectos econômicos e também sociais. A saúde é tida como um direito fundamental do ser humano, sendo responsabilidade do Estado prover as condições necessárias para seu pleno exercício.

## **2.2 A integralidade dos serviços de saúde no Brasil e a rede socioassistencial na atenção secundária**

O Sistema Único de Saúde, regulamentado em 1990, modificou os aspectos da saúde no Brasil. Destacando-se nesse sistema o seu funcionamento e seu modelo na atenção à saúde da população brasileira. Estruturado por diretrizes e princípios, o SUS é um marco para o avanço das políticas sociais do Brasil.

Dentre seus princípios, destaca-se nesse trabalho a observação e análise da integralidade da assistência à saúde e a rede socioassistencial, voltado para o nível de atenção secundária, atenção essa explicada posteriormente. Noronha, Lima e Machado (2008, p. 528) destacam sobre a integralidade, “entendida, nos termos da lei, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”

De acordo com Arantes e Senna (2012), a integralidade possui diferentes níveis analíticos e pontos de vista, compartilhando em comum a óbvia ruptura com o tradicional

sistema de saúde exercido no Brasil por muitos anos. Por muito tempo, a saúde era analisada de forma isolada, sem uma visão do todo, impedindo o avanço e a ampliação das políticas públicas de saúde.

Segundo Giovanella *et al* (2002) e Nunes (2011) a integralidade dos serviços de saúde foi implementada no período da Reforma Sanitária (movimento ocorrido no Brasil que modificou a visão da sociedade e dos profissionais sobre a relação saúde-doença), em quatro pontos principais: 1) integração de ações que envolvam promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; 2) atuação profissional, nos âmbitos biológicos, psicológicos e sociais; 3) continuidade da atenção à saúde nos três níveis; 4) modificação das condições de vida da população vinculadas às políticas públicas.

Analisando esses pressupostos, entendemos que a integralidade abrange ações de promoção, prevenção, recuperação e tratamento, sendo garantido ao usuário do SUS o acesso a essas ações nos três níveis de atenção. A integralidade abrange a atenção à saúde voltada para o indivíduo, para a família, como também para a comunidade, não isolando e setorizando as ações, serviços ou doenças (BRASIL, 2009).

Vale destacar que vários autores conceituam a integralidade sob diversos olhares, destacando-se nesse contexto o pensamento de Bosi e Uchimura (2006, p.96):

Um deles remete a uma atitude dos profissionais de saúde – a de buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta. Um segundo conjunto de sentidos de integralidade corresponde a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. E o terceiro conjunto de sentidos é marcado pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incide, e que, portanto, amplia o horizonte de problemas a serem tratados pela política.

A integralidade deve está inserida em todos espaços onde se realiza políticas públicas de saúde, atendendo a necessidade de indivíduos isoladamente ou coletivamente nas dimensões biopsicossociais, percebendo o usuário como uma sujeito composto de diversas

partes, sendo efetivada através dos gestores do sistema e dos profissionais treinados e habilitados, que desenvolvem o acolhimento, a escuta, o diálogo e o vínculo das relações interpessoais.

Considerando os pontos apresentados até aqui, surge uma polêmica entre autores de como seria a implantação desse princípio na prática. Segundo Silva (2008, p. 32), “nesse sentido, é que ganha corpo o debate contemporâneo sobre as redes de atenção à saúde (...). Ter redes significa, na prática, ter possibilidade de integralidade.”

Faz-se necessário uma interligação de serviços, melhorando assim a eficiência dos mesmos, expandindo o acesso da população, reduzindo custos e efetivando as políticas sociais, não buscando somente gerar lucros, mas garantir a real efetivação dos direitos sociais. Na organização de uma rede, todos devem reconhecer suas dependências e interdependências, não havendo espaço para poderes centralizadores, imposições, ou desníveis de mando. Todos juntos, devem construir condições para operar serviços, sistemas e organizações. (SILVA, 2008).

Essa rede envolve não somente os serviços de saúde, mas abrange outras áreas, conforme a necessidade do usuário, realizando uma articulação com outras políticas públicas e todos os conhecimentos, saberes e tecnologias necessárias para que o cidadão possa ter acesso as mesmas, conforme a legislação brasileira, esse tipo de rede é denominado, rede socioassistencial:

A rede socioassistencial é um conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade. (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – MDS/2005)

Segundo Silva (2008), essa rede de serviços deve garantir os conhecimentos humanos qualificados, e os equipamentos tecnológicos necessários, organizados de modo

compartilhado entre todas as esferas de governo, estando sempre à disposição dos usuários e dos profissionais, se articulando entre diversos territórios e níveis de serviço.

No que tange aos níveis, cabe a esse estudo detalhar o funcionamento dos serviços no nível de média complexidade, ou atenção secundária. Sobre isso, fica claro que “o Brasil optou por um sistema público, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos, não cabendo, em nenhuma hipótese, a limitação de seus atendimentos a “um” pacote mínimo...” (CONASS, 2011, p. 7)

A integralidade dos serviços de saúde é composta por três níveis de atenção (ver Figura 01), que articulados entre si, permitem um conhecimento dos problemas de saúde da população em cada área, promovendo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. O acesso da população a esses serviços deve iniciar na atenção básica, sendo esta a porta de entrada para o sistema de saúde no Brasil, sendo responsável por resolver os problemas de saúde mais comuns e prioritários, com baixa tecnologia no atendimento à saúde da população do Brasil, englobando um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. (BRASIL, 2011).

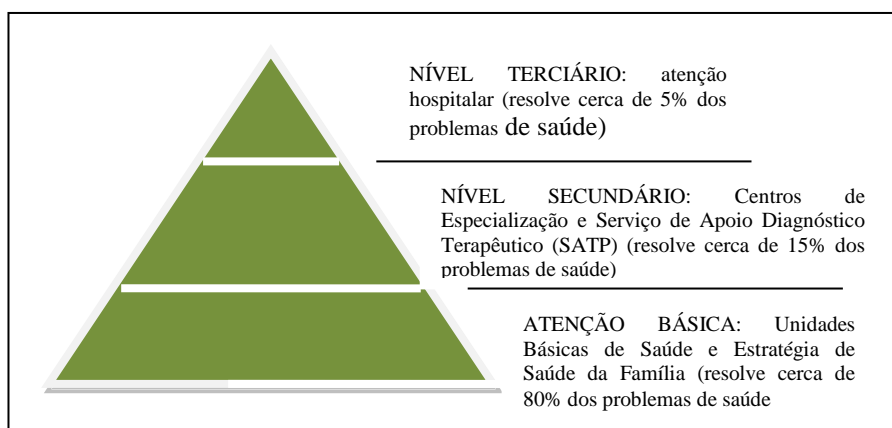


Figura 01: Modelo da Pirâmide: níveis de complexidade

Fonte: Solla e Chioro, 2008, p. 628



Os serviços de saúde na atenção básica, são encontrados nas Unidades Básicas de Saúde - UBS e nas Estratégias de Saúde da Família - ESF, estes últimos são popularmente conhecidos como “casinhas”. As UBS abrangem uma área territorial maior do que as ESF, que estão localizadas em áreas geográficas estratégicas nos bairros da cidade de Manaus, nesse nível de atenção a equipe multiprofissional é composta por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário ou técnicos em higiene bucal, auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, nas ESF, já nas UBS, esses profissionais acima mencionados, além de assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, dentre outros.

A atenção terciária ou alta complexidade compõem ações de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, propiciando à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção. Os serviços neste nível de atenção centram-se em ações que evitem a morte e complicações da doença (pronto socorro de urgência e emergência), bem como reparo de toda a sequela ou dano deixado por uma doença, de agravos internos e externos, viabilizados em grandes hospitais gerais e especializados. Neste nível envolve alta complexidade e alta tecnologia, com serviços especializados, servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços.

A atenção secundária, alvo desse estudo é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento, envolvendo média complexidade.

O material de apoio elaborado pelo Ministério da Saúde (2009), O SUS de A a Z, mostra uma relação de grupos que compõem os procedimentos na atenção secundária, tais como: Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros

profissionais de nível superior e médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnóstico (grupo composto procedimentos especializados para diagnóstico em algumas especialidades médicas, como oftalmologia, cardiologia, pneumologia, entre outras); fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia.

De acordo com Solla e Chioro (2008), os serviços de atenção secundária são oferecidos em unidades ambulatoriais públicas que abrangem territórios em vários bairros e distritos, de acordo com a demanda geográfica e populacional, sendo coordenado pelas secretarias municipais ou estaduais de saúde, “servindo como referência para os casos encaminhados pela rede básica, ou que recebem alta do regime de cuidado hospitalar.”

Segundo os autores acima, (p. 634):

Os serviços ambulatoriais especializados recebem diferentes denominações: Ambulatório de Especialidades Médicas, Núcleo de Especializações da Saúde, Centro de Referência Especializada etc., de acordo com o momento histórico e as estratégias de comunicação social adotadas pelos gestores públicos. Nestas unidades de saúde, além da oferta de consultas médicas especializadas, os usuários também têm acesso aos principais serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Os três níveis de atenção à saúde apresentados aqui, compõem a rede de serviços e relações do sistema de saúde, efetivando o princípio da integralidade como uma visão que compreende todos os indivíduos de maneira total e integrada, cujas principais ações compõem o todo, entendendo que não existem partes tratadas isoladamente.

### **2.3 Os serviços de saúde voltado aos idosos na atenção secundária**

Essa pesquisa foi realizada durante um ano, tendo três fases de implementação, durante essas fases foram realizadas pesquisas documentais e de campo. A pesquisa de campo

foi realizada de maio à julho de 2013, nas duas unidades de saúde selecionadas, CAIMI André Araújo e no Ambulatório Araújo Lima, parte integrante do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

Mas, antes de discorrermos sobre as unidades selecionadas e das entrevistas realizadas e formulários aplicados, entendamos como estão organizados os serviços de saúde para os idosos na atenção secundária. Como mencionamos nos tópicos anteriores, a atenção secundária está inserida na integralidade do sistema de saúde pública do país, realizando serviços e ações que permitam um atendimento mais eficiente ao usuário.

Voltando essa atenção para os usuários com mais de 60 anos, entendemos que estes estão num processo diferenciado dos demais usuários, uma vez que o processo de envelhecimento é constituído por transformações, físicas, sociais e psicológicas (PONTES, 2008). Com base nessas afirmações, o Ministério da Saúde, a partir dos anos 90, com a implantação do SUS começa a pensar na criação de políticas públicas para esse grupo, e em 1999 efetiva o direito à saúde do idoso com a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

O envelhecimento foi tratado por muito tempo como algo estritamente privado e familiar, como também algo filantrópico. Sempre se associou o envelhecer como algo dependente, sem valor e pobre, mas essa mesma associação, em outro momento serviu para o reconhecimento dos direitos sociais dos idosos, dos quais a saúde está inserida.

Veras (2003) aponta que a maioria dos serviços de saúde do SUS são utilizados pelos usuários idosos, estes possuem um organismo que declina na medida em que os anos passam. São alterações próprias do envelhecimento, e que acontece de maneira diferente para cada indivíduo, com esse declínio, os idosos tem mais chance de adquirir certas enfermidades, uma vez que sua capacidade funcional é comprometida.

Os idosos são acometidos de vários problemas crônicos de saúde, e segundo Medeiros (2010, p.195):

As condições crônicas são prolongadas e requerem uma estratégia de atenção que reflita esta circunstância e esclareça as funções e responsabilidades dos pacientes no gerenciamento de seus problemas de saúde. Tratamento clínico adequado é necessário, embora não seja suficiente para se obter resultados ótimos de saúde. É necessário que os pacientes e seus familiares sejam incentivados, pelos profissionais da equipe, a mudar seu estilo de vida, desenvolver outras habilidades e aprender a interagir com organizações de saúde para terem êxito no gerenciamento de suas condições crônicas.

Os serviços de atenção à saúde para os idosos no nível de média complexidade envolvem atividades em dimensão biopsicossocial, de forma que o usuário possa participar ativamente do seu processo de tratamento. É fundamental um bom acolhimento, tendo um atendimento de forma humanizada, de forma integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito.

Os idosos que frequentam as unidades de saúde na atenção secundária devem receber informações e capacitação para reduzir os riscos à saúde, aqueles que possuem doenças crônicas precisam de um apoio maior, com um cuidado planejado e capaz de prever suas necessidades (MEDEIROS, 2010).

### **2.3.1 Os serviços de atenção à saúde existente no CAIMI André Araújo - Zona Norte e Ambulatório Araújo Lima**

Como preconiza o Sistema Único de Saúde no seu art. 7, inciso II:

Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

As unidades de saúde selecionadas para essa pesquisa estão inseridas no princípio da integralidade, no nível de média complexidade. Oferecendo serviços que atendem os principais problemas de saúde da população idosa do Estado do Amazonas, com profissionais especializados em diversas áreas, utilizando vários mecanismos tecnológicos.

- **CAIMI André Araújo**

O Centro de Atenção Integral à Melhor Idade CAIMI – André Araújo é um centro de saúde ambulatorial, de média complexidade, voltado exclusivamente para atendimento de pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, masculino e feminino. O CAIMI está localizado na Avenida Camapuã, n. 108, Cidade Nova II, ao lado do Hospital Universitário Francisca Mendes.

Esse tipo de unidade de saúde, está vinculado a um Programa de Revitalização da Saúde, oriundo do Governo do Estado do Amazonas, na gestão de Amazonino Mendes, de 1999 à 2002. Em todo o Estado, foram criadas apenas três unidades de atenção ambulatorial exclusiva para idosos, todas localizadas na capital amazonense, Manaus: CAIMI André Araújo, localizado na zona norte – Cidade Nova; CAIMI Ada Rodrigues na zona oeste – Compensa; CAIMI Paulo Lima na zona sul – Colônia Oliveira Machado.

De acordo com o Manual de Procedimentos: Centro de Atenção Integral à Melhor Idade – CAIMI (2002, p. 2) os CAIMI's:

Funcionam como “porta de entrada” da rede de atendimento de saúde, capazes de prestar atendimento básico à população de terceira idade, com garantia de referência retaguarda especializada ambulatorial e hospitalar aos níveis mais complexos de atenção.

Os CAIMI's integram como parte das ações da Política de Saúde adotada pelo Estado do Amazonas, oferecendo serviços de qualidade para os idosos da região. Com uma equipe

multidisciplinar, atendendo as necessidades e as demandas específicas desse grupo etário, os CAIMI's manuseiam as principais doenças dos idosos com serviços e ações preventivas.

O CAIMI André Araújo foi inaugurado em 02 de Outubro de 2002, e atualmente conta com 5 especialidades médicas e 8 especialidades não-médicas, como mostra o Quadro 01, logo abaixo:

<b>Especialidades</b>	<b>Turno</b>	<b>Dias da semana</b>	<b>Número de atendimentos por semana</b>
Cardiologia	Vespertino	5	80
Clínica Geral	Matutino	5/1	120/30
Enfermagem	Matutino/Vespertino	5	120
Fisioterapia	Matutino/Vespertino	5	120
Fonoaudiologia	Matutino/Vespertino	5	120
Gastroenterologia	Matutino	5	80
Neurologia	Matutino	4	64
Nutrição	Matutino	5	60
Odontologia	Matutino	5	60
Oftalmologia	Vespertino	5	80
Psicologia	Matutino/Vespertino	5	120
Serviço Social	Matutino/Vespertino	5	120
Terapia Ocupacional	Matutino/Vespertino	5	120

Quadro 01 – Especialidades oferecidas no CAIMI André Araújo

Fonte: Relatório Institucional, 2013

O CAIMI André Araújo contava também com 4 outras especialidades médicas (Ortopedia, Geriatria, Otorrinolaringologia e Ginecologia), mas foram retiradas do sistema de atendimento da unidade, conforme informações da Gestão da mesma. A unidade possui em seus registros todos os dados quantitativos com relação aos atendimentos oferecidos (oferecidos pelo sistema digital – HygiaWeb), como por exemplo, o número de usuários

cadastrados, que até 27 de abril de 2013, foi de 40.630, observando que muitos desses cadastros são de pessoas encaminhadas de outras unidades de saúde, idosos do interior do Estado e oriundos de outros lugares do país, como também de usuários que nem utilizam mais os serviços ou já vieram a óbito (importante ressaltar que a unidade não possui esse controle dos usuários que faleceram, pois poucos são os familiares que informam o óbito para o CAIMI), outros dados oferecidos pela instituição estão no Quadro 02:

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
Capacidade de Atendimento (Paciente / Mês)	7.677
Capacidade de Atendimento (Paciente / Dia)	348
Pacientes / Mês (Projetada em uso)	3.200

Quadro 02: Dados dos atendimentos oferecidos pelo CAIMI

Fonte: Relatório Institucional do CAIMI, 2013

A unidade funciona de segunda a sexta, das 7:00 às 17:00, e além das especialidades, conta com outros serviços, tais como: vacina, inalação, laboratório, APAC's (marcação de exames de alta complexidade, Densitometria Óssea, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada), grupos educativos, grupos de terapia, oficina da memória, dominó, dentre outros.

- **Ambulatório Araújo Lima**

O Ambulatório Araújo Lima é parte integrante do Hospital Universitário Getúlio Vargas, pertencente a Universidade Federal do Amazonas, localizado na Avenida Afonso Pena, s/n – Praça 14. O Ambulatório, assim como o HUGV tem como objetivo principal o cultivo do saber em todas as áreas do conhecimento por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, contribuindo para a formação de cidadãos e o desenvolvimento da Amazônia.

A unidade oferece atendimento com diversos profissionais, das mais diversas áreas, realização de alguns exames, consultas médicas com especialistas de referência na região norte. O ambulatório possui outros serviços, diversos projetos de extensão vinculados ao Hospital-Escola, ou diretamente à UFAM, possibilitando aos usuários dos serviços oferecidos o acesso ao conhecimento e à informação.

O Ambulatório funciona de segunda à sexta, das 07:00 às 19:00, oferecendo também um programa de atividades motoras para pessoas com deficiência (PROAMDE), serviços farmacêuticos, que disponibiliza medicamentos para os usuários da unidade, bem como acompanhamento para usuários que necessitem de cirurgia bariátrica, sendo acompanhado por uma equipe médica e nutricional.

Vejamos no Quadro 03, algumas das especialidades médicas e não-médicas, oferecidas pelo Ambulatório:

<b>Especialidades</b>	<b>Turno</b>	<b>Dias da semana</b>	<b>N. de atendimentos por semana</b>
Cardiologia	Matutino/Vespertino	4	53
Cirurgia Bariátrica	Vespertino	1	22
Cirurgia Buco-Maxilar	Matutino	1	5
Cirurgia Cabeça-Pescoço	Matutino/Vespertino	3	37
Cirurgia Gástrica	Matutino	2	10
Cirurgia Geral	Matutino/Vespertino	5	104
Cirurgia Plástica	Matutino	3	23
Cirurgia Tórax	Matutino	2	20
Cirurgia Vascular	Matutino/Vespertino	4	138
Clínico Geral	Vespertino	2	10
Dermatologia	Matutino/Vespertino	4	79
Endocrinologia	Matutino/Vespertino	5	107



Fisioterapia	Matutino/Vespertino	5	290
Fonoaudiologia	Matutino	2	17
Gastroenterologia	Matutino/Vespertino	5	40
Ginecologia	Matutino/Vespertino	5	109
Hepatologia	Vespertino	2	40
Mastologia	Matutino/Vespertino	2	10
Nefrologia	Matutino/Vespertino	5	110
Neurologia	Matutino/Vespertino	5	80
Neurocirurgia	Matutino/Vespertino	4	68
Nutrição	Matutino/Vespertino	4	27
Oftalmologia	Matutino/Vespertino	5	95
Ortopedia	Matutino/Vespertino	5	231
Otorrino	Matutino/Vespertino	5	101
Pneumologia	Matutino/Vespertino	4	38
Proctologia	Matutino/Vespertino	2	26
Psicologia	Matutino	3	25
Reumatologia	Matutino/Vespertino	5	184
Serviço Social	Matutino/Vespertino	5	Demanda espontânea
Urologia	Matutino/Vespertino	4	79

Quadro 03: Serviços oferecidos no Ambulatório Araújo Lima

Fonte: Relatório Institucional, 2013

### 2.3.2 Os serviços de saúde e o conhecimento dos idosos atendidos

A pesquisa foi realizada com os idosos das duas unidades selecionadas, CAIMI André Araújo e Ambulatório Araújo Lima, para a seleção dos idosos que participariam do estudo utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: idosos de 60 anos ou mais, que frequentassem

as instituições selecionadas. E como critérios de exclusão: idosos de idade inferior a 60 anos e/ou que não frequentassem as unidades selecionadas na pesquisa. O universo foi de 50 idosos de cada instituição com uma amostragem de 10 idosos (5 idosas e 5 idosos) de cada unidade (CAIMI André Araújo e Ambulatório Araújo Lima) num total de 20 idosos, observando que essa amostra foi escolhida, pois o número de idosos era menor em relação ao números de idosas, como também os que estavam aptos para responder e ter aceito participar da pesquisa.

Para realização da pesquisa os seguintes instrumentos e procedimentos foram utilizados para coleta de dados e de informações: aprovação do CEP e início da coleta de dados. Cada idoso foi abordado individualmente, em diversos momentos e lugares dentro das instituições, apresentamos a proposta da pesquisa e a importância da participação deles para a realização da mesma, após um breve diálogo entre pesquisador e idosos, iniciou-se a coleta de dados, em forma de formulários, ao fim, o idoso assinou o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram realizadas 10 perguntas baseadas no tema proposto pela pesquisa, as perguntas eram feitas e as respostas eram imediatamente anotadas num diário de campo, não ultrapassando o tempo de 30 minutos para cada aplicação. Para melhor ilustrar os idosos participantes, segue abaixo, no Quadro 04, a lista com os idosos do CAIMI André Araújo e do Ambulatório Araújo Lima:

<b>CAIMI ANDRÉ ARAÚJO</b>	<b>AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA</b>
ICM 1	IAM 1
ICM 2	IAM 2
ICM 3	IAM 3
ICM 4	IAM 4
ICM 5	IAM 5
ICH 1	IAH 1
ICH 2	IAH 2

ICH 3	IAH 3
ICH 4	IAH 4
ICH5	IAH 5

Quadro 04: Idosos do CAIMI e do AMBULATÓRIO

A amostra escolhida para estudo, determinou 10 idosos para cada instituição, sendo 5 de cada sexo, os idosos IC, são do CAIMI André Araújo, os idosos IA são do Ambulatório Araújo Lima, sendo M para as idosas e H para os idosos, em ambas as unidades em análise.

Sentimos grande dificuldade para aplicar os formulários com idosos do sexo masculino, uma vez que a grande maioria dos atendimentos realizados era de pessoas do sexo feminino. Sobre isso Veras (2003), observa que existe uma grande diferença em relação ao uso de serviços médicos por ambos os sexos, as mulheres conseguem perceber a questão da doença de maneira diferenciada dos homens, resultando numa maior frequência delas nos serviços de saúde.

Dentre os pontos apontados nos formulários observamos nos quadros e nas falas dos idosos a percepção deles sobre seus problemas de saúde, o conhecimento que eles tem do sistema, e quais serviços eles utilizam para o tratamento de seus agravos.

- **Principais agravos de saúde dos idosos atendidos no CAIMI e no Ambulatório**

Observamos no Quadro 05, que inúmeros agravos de saúde foram mencionados pelos 20 idosos, e esses agravos estão interligados com os tipos de serviços e profissionais procurados, ilustrados no Quadro 06:

AGRAVOS DE SAÚDE	CAIMI	AMBULATÓRIO
Problemas na visão	3 idosos	—
Hérnia	2 idosos	1 idoso

Problemas cardiovasculares	1 idoso	1 idoso
Problemas nasais	1 idoso	—
Problemas Gástricos	2 idosos	1 idoso
Artrose/Artrite	3 idosos	1 idoso
Hipertensão	2 idosos	1 idoso
Próstata	2 idosos	2 idosos
Tireóide	1 idoso	—
Problemas neurológicos	2 idosos	1 idoso
Cirose	—	1 idoso
Problemas respiratórios	—	1 idoso
Problemas renais	—	2 idosos
Diabetes	—	1 idoso

Quadro 05: Principais agravos de saúde dos idosos

Percebemos que os principais agravos dos usuários idosos são problemas relacionados a visão e em segundo lugar problemas ósseos, como artrite e artrose, para os idosos do CAIMI. Já para os idosos do Ambulatório os principais agravos são relacionadas à problemas de próstata e problemas renais. Sua procura por profissionais na área da saúde em grande maioria é para tratar dessas enfermidades, que se enquadram nas doenças crônico-degenerativas (exceto os problemas de próstata), já relatadas no tópico 1.3 desse relatório.

Vale ressaltar que a maioria dos idosos abordados relataram mais de uma doença como agravo de saúde, e mais interessante ainda é a questão de que poucos destacaram a hipertensão e a diabetes como problemas de saúde, dos 20 idosos, apenas três relataram que

sofriam de hipertensão e um relatou que sofria de diabetes. Essas doenças se tornaram tão comuns entre o público de mais de 60 anos, que muitos não as caracterizam como doença, chegando a achar que são fatores determinantes do processo do envelhecimento, mas na realidade abrange todas as faixas etárias, o que se destaca na velhice são seus efeitos colaterais.

Segundo estudiosos da área, dentre eles, Costa Junior (2010), ser idoso não significa exclusivamente ser hipertenso ou diabético, essas doenças se tornam mais intensas na velhice uma vez que a capacidade funcional é limitada em cada sistema em manter o equilíbrio do corpo. Esse declínio tem início depois dos 30 anos, envolvendo os fatores genéticos, de meio ambiente e de fatores de risco (FREITAS, 2006).

<b>SERVIÇOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	<b>CAIMI</b>	<b>AMBULATÓRIO</b>
Oftalmologia	4 idosos	2 idosos
Dentista	3 idosos	—
Gastro	4 idosos	—
Clínico Geral	8 idosos	1 idoso
Cardiologista	3 idosos	1 idoso
Neurologista	3 idosos	—
Fisioterapia	1 idoso	—
Exames laboratoriais	—	1 idoso
Ortopedia	1 idoso	2 idosos
Vascular	—	1 idoso
Endocrinologia	—	1 idoso
Urologia	—	4 idosos
Reumatologia	—	2 idosos
Otorrino	—	1 idoso
Cirurgião	—	2 idosos
Pneumanologia	—	1 idoso

Patologia	—	1 idoso
-----------	---	---------

Quadro 06: Principais serviços e profissionais procurados

Observamos a relevância que os idosos dão aos serviços de saúde com relação ao atendimento médico e suas especialidades, para os idosos os serviços de saúde se resumem basicamente na consulta médica, apenas dois idosos relataram outros serviços, o atendimento fisioterapêutico e exames laboratoriais:

ICH 3: Eu venho para a fisioterapia, pro clínico, para o cardiologista, vinha para a ortopedia quando tinha no CAIMI, já vim pra fono também.

IAM 4: Faço exames de fezes, urina, de sangue, todos os exames de laboratório, também de glicose. Reumatologista, oftalmologista, otorrino e cirurgião.

O interessante é notar a visão que os idosos possuem dos serviços de saúde oferecidos nas unidades procuradas, ainda se vive o conceito de que apenas os médicos são profissionais de saúde (SCHRAIBER, 2000). Evidenciando também que não há uma identificação dos profissionais, como a utilização de crachás. De modo que, para os idosos, qualquer profissional vestido com roupas brancas é médico, excluindo assim outros profissionais que também atuam na área da saúde.

Podemos observar também que os problemas de saúde relatados pelos idosos consultados se mostram relacionados com os profissionais que eles procuraram, dos 10 idosos abordados no CAIMI, 6 idosos vem à unidade em busca de consultas com o clínico geral, que trata justamente dos problemas ósseos apresentados por eles. No Ambulatório, dos 10 idosos, 4 procuram o urologista, ou seja, possuem problemas na próstata, como antes havia sido mencionado.

- **Conhecimento dos idosos acerca do Sistema Único de Saúde**

Indagados sobre o conhecimento dos serviços do SUS, no que tange as redes socioassistenciais, obtivemos alguns resultados importantes, dignos de observação e discussão:

<b>CONHECE A REDE SOCIOASSISTENCIAL DA SAÚDE?</b>	<b>CAIMI</b>	<b>AMBULATÓRIO</b>
Sim	1 idoso	4 idosos
Não	9 idosos	6 idosos

Quadro 07: Conhecimento da rede socioassistencial

Dos vinte idosos abordados para essa coleta de dados, apenas cinco disseram que conheciam a rede socioassistencial, destes cinco que disseram sim, apenas um discorreu sobre:

ICH 3: Conheço, conheço sim, sempre vou ali na assistente social, pra falar com ela, quando preciso de algo.

A visão desse idoso exemplifica a realidade do conhecimento de muitos idosos, que associam a assistência com o profissional de serviço social, não que esta colocação esteja errada, mas a atuação profissional do assistente social no atendimento ao idoso vai além de ações assistenciais. De acordo com Medeiros (2010), o profissional de serviço social trabalha como um mediador entre o idoso e a equipe multiprofissional, e entre o idoso e seus familiares, mostrando para o usuário e sua família seus direitos e os serviços disponíveis para uma melhor atenção à sua saúde.

Analisando os quatro restantes que também alegaram conhecer as redes, estes apenas responderem que sim, mas não exemplificaram como seriam essas redes. Os idosos que responderam que não, a maioria relatou que nunca nem teve conhecimento desse termo,

entretanto observamos por outras falas que de alguma maneira esses idosos conhecem essas redes, não como redes em si, com essa dimensão, mas conhecem os serviços nela oferecidos.

Perguntamos para os idosos se eles procuravam outros serviços de saúde, além dos quais eles estavam inseridos, metade respondeu que sim, e a outra metade disse que não, conforme Quadro 08, observemos então as falas de alguns desses idosos:

ICH 4: Não, nunca fui em nenhuma unidade de saúde, iniciei agora meu tratamento aqui no CAIMI, porque me falaram que aqui atendiam só os velhos.

IAM 3: Sim, eu vou no CAIMI, mas o sistema sempre marca em vários lugares. Um doutor disse na minha cara que nem ia mais me atender.

IAH 1: Não, sou exclusivo do Ambulatório, só quando faço algum exame aí eu vou pra outro lugar.

<b>PROCURA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE?</b>	<b>CAIMI</b>	<b>AMBULATÓRIO</b>
Sim	8 idosos	6 idosos
Não	2 idosos	4 idosos

Quadro 08: Procura por outras unidades de saúde

O idoso ICH 4 retrata uma realidade muito constante nos serviços de saúde, que resulta num estrangulamento dos serviços no nível de média complexidade (SOLLA E CHIORO, 2008). Os CAIMI's foram criados exclusivamente para o atendimento médico-ambulatorial para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, mas através de contatos diretos com vários idosos, no momento do estágio curricular, observamos em muitas falas que ao procurarem uma UBS, muitos profissionais encaminhavam esses idosos para o CAIMI, pois este seria o lugar para seu tratamento.

Nesse momento o profissional nega o que preconiza a Política Nacional de Saúde do Idoso, sobre que a porta de entrada à saúde da população idosa é a Atenção Básica/Estratégia



Saúde da Família (BRASIL 2006). Ninguém pode ser excluído dos serviços por idade, nem por qualquer outra razão, as equipes multiprofissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) precisam se articular de forma interdisciplinar para oferecer um diagnóstico multidimensional no tratamento dessa população. Seja por demanda espontânea, busca ativa e/ou visitas domiciliares, a relação do profissional de saúde com a pessoa idosa deve atingir o enfoque biopsicossocial de modo a responder de forma satisfatória a demanda dos usuários.

Percebemos também na fala dos idosos IAM 3 e IAH 1, a dimensão do que seria um atendimento de rede, eles não entendem que ser encaminhado para outra unidade faz parte de um serviço de redes, mas eles entendem que podem ser direcionados para outra unidade de saúde, quando houver necessidade. Existe o funcionamento das redes, mas não há o conhecimento do termo entre os usuários dos serviços. Podemos notar isso, ao observamos o Quadro 09, que aponta que a minoria dos usuários não foram encaminhados para outra unidade de saúde:

<b>FOI ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE?</b>	<b>CAIMI</b>	<b>AMBULATÓRIO</b>
Sim	4 idosos	1 idoso
Não	6 idosos	9 idosos

Quadro 09: Encaminhados para outras unidades

Entretanto, percebemos grande falha nessas redes, que se caracteriza pelo não acompanhamento dos profissionais nesses serviços, os idosos são encaminhados para diversos tipos de unidades, em todos os níveis de atenção, mas esse idoso que necessita de uma atenção integrada, por não ter orientação adequada, muitas vezes nem consegue o atendimento em outros serviços oferecidos:

ICM 5: Eu sofro de glaucoma, tenho também refluxo, problemas no meu nariz e na garganta, porque dói essa parte da minha cabeça. Sou sempre tratada no CAIMI, mas como aqui não tem o médico da garganta, o otorrino, eles me encaminham, mas ninguém me acompanha não, quando vou para o otorrino, é só ele mesmo que me trata.

ICH 5: Tenho esse problema na próstata, hérnia, artrose, uma carne crescida no olho e catarata. O CAIMI não trata meu problema de próstata não, eu venho no clínico, aí ele me encaminha para um urologista, mas ele só me encaminha, nunca consigo marcar a consulta e fica por isso mesmo, enquanto isso eu sofro com dor.

As falas dos idosos ICM 5 e ICH 5, evidenciam claramente esse ponto, não no sentido de acompanhamento físico por parte dos profissionais, mas não há um processo de acompanhamento do tratamento em outros níveis ou instituições para ter a referência e contra referência, resultando numa desorganização dos serviços e a não resolução das demandas dos usuários idosos. Desse modo, conforme o Ministério da Saúde (2009, p. 10) “as políticas de saúde devem primar pela integração de todos os níveis de complexidade e pela intersetorialidade das ações e dos serviços prestados”, fato não efetivado nos serviços de saúde à população idosa nos locus em análise.

- **Percepção sobre seus problemas de saúde e o melhor atendimento**

Com relação a capacidade de percepção dos idosos sobre como eles visualizam seu estado de saúde e o que podia ser melhorado no atendimentos das unidades para essa melhora, buscamos verificar que visão os idosos possuem de seu estado de saúde, e o que eles gostariam de modificar no sistema, para melhor atendê-los. Abaixo as falas mais relevantes para esse estudo:

ICM 1: Minha filha, eu acho que todo o sistema do SUS tem que ser mudado, porque nada funciona direito, não conseguimos um médico direito.

ICH 2: Não tem nada pra melhorar minha filha, aqui tudo é ótimo, as pessoas são ótimas, a diretora, a Dra. Verônica é uma pessoa maravilhosa, os médicos são tudo bom, aqui, nas assistentes sociais, só tá faltando um

lancinho, porque lá no CECON eles sempre dão um lancinho pros pacientes no final.

ICH 5: Olha, o atendimento do pessoal daqui é ótimo, não tenha nada pra reclamar disso, não tem nada que se possa fazer aqui, porque o problema vem de baixo.

ICM 1: Acho que não tem nada pra ser melhorado não, como eu falei, tudo que eu preciso, eu tenho aqui mesmo no Ambulatório.

IAH 1: Acho que tem algumas coisas que podem mudar, por exemplo, a agilidade no atendimento, a acadêmico atende, aí manda pra lá e manda pra cá, chegamos 12h e saímos 17h30. Isso é cansativo, acho que em todas as áreas é assim.

IAH 3: O que pode ser melhorado é o horário do atendimento, se ele marca num horário, tem que atender nesse horário.

Diante das falas desses idosos, percebemos que a grande maioria aponta que está tudo bem, mas existem alguns que apontam que algo pode ser melhorado. Os idosos ICH 2, ICH 5 e ICM 1 relatam que para eles tudo está ótimo, entretanto um trecho da fala do idoso ICH 5, aponta uma questão importante nesse debate “*o problema vem de baixo*” (grifo nosso), uma pergunta que se põe: será que ele está falando da atenção básica?

Os idosos ICM 1, IAH 1 e IAM 3 retratam a realidade da insatisfação em relação à saúde, para a idosa ICM 1, nada está suprimindo as suas necessidades e todo o sistema deve ser modificado. Os idosos IAH 1 e IAH 3, relatam a insatisfação no que se refere ao horário do atendimento médico. Fato observado no decorrer desta pesquisa, muitos idosos tinham consultas marcadas para 7:00hs, e eles chegavam nas unidades, pelo menos uma hora antes do horário marcado, porém os profissionais chegavam 10:00hs, às vezes 11:00, ou nem chegavam.

Faz-se necessário entender que o idoso possui aspectos específicos que devem ser observados pelos profissionais de saúde, sendo estes treinados e habilitados para o atendimento a esse público, o que não acontece, pois não existe especialistas nessa área. Deve haver um treinamento e uma capacitação desses profissionais em grupo, formando equipes multiprofissionais que estariam trabalhando juntas para atender o idoso em suas dimensões,

não somente biológica, mas o compreendendo em suas dimensões psicológicas e sociais (SCHRAIBER, 2000).

Com relação à saúde dos idosos selecionados para essa pesquisa, observamos no Quadro 10, como os idosos visualizam o seu estado de saúde:

<b>COMO ESTÁ SUA SAÚDE DE MODO GERAL?</b>	<b>CAIMI</b>	<b>AMBULATÓRIO</b>
Boa	3 idosos	4 idosos
Ruim	1 idoso	1 idosos
Regular	6 idosos	5 idosos

Quadro 10: Saúde dos idosos

A mais da metade define o seu estado de saúde como regular, não estando em sua totalidade, eficiente. Verificamos que infelizmente o conceito de envelhecimento saudável não é trabalhado com os idosos atendidos nessas unidades. Esses usuários possuem diversos agravos de saúde, sendo necessário um entendimento de que é possível viver bem, mesmo com certas enfermidades. A Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), foi consolidada justamente para efetivar esse direito, promovendo ações que influenciem os modos de viver, favoráveis à saúde e a qualidade de vida desse grupo etário (BRASIL, 1999).

### **2.3.3 A integralidade dos serviços de saúde e a rede socioassistencial na visão dos profissionais de saúde**

Dando continuidade as análises dos dados coletados, nos voltamos para os profissionais das duas unidades selecionadas, CAIMI André Araújo e Ambulatório Araújo

Lima, selecionando-os a partir dos seguintes critérios de inclusão: profissionais que trabalham nas unidades de saúde escolhidas e possuem nível superior. E como critérios de exclusão: profissionais que não trabalham nas unidades, não possuem nível superior e que não aceitassem participar da pesquisa.

Analisando a demanda e os serviços oferecidos por cada unidade, tendo como base um universo de 20 profissionais de saúde que prestam serviços aos idosos no nível de atenção secundária, dentre eles: médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, e etc, foi selecionada com uma amostra de 5 profissionais de cada instituição, um de cada área. Esses critérios são fundamentais para as coletas de dados, uma vez que delimita o objeto de estudo e o campo específico para investigação.

O procedimento adotado para realização da pesquisa segue do mesmo modo como com os idosos: inicialmente obteve-se a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa, vinculado a Plataforma Brasil, que gerencia e controla os trabalhos realizados com humanos. Posteriormente, com o parecer aprovado do CEP iniciou-se a coleta de dados em cada instituição, todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, e informados sobre a confidencialidade da pesquisa, após os esclarecimentos concluídos iniciou-se as entrevistas, e no fim, os profissionais assinaram o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os dados foram coletados através de entrevistas, realizadas individualmente em diversos setores do CAIMI André Araújo e do Ambulatório Araújo Lima, é importante destacar que todas as entrevistas foram gravadas, para melhor conhecer a realidade dos profissionais participantes. Gravar os depoimentos aumentou o poder de registro, tendo o gravador como um indispensável instrumental de pesquisa.

Esta pesquisa possui um objetivo geral e quatro específicos, o roteiro de entrevistas foi elaborado com base nos objetivos que se pretende alcançar na pesquisa, o roteiro possuía 7

perguntas, relacionadas com a temática escolhida, as perguntas eram realizadas sem intervenção do pesquisador, o entrevistado respondia conforme a sua percepção, havendo apenas esclarecimento de dúvidas com relação as perguntas, mas sem atrapalhar o desenvolvimento da mesma. O roteiro contemplou questões referentes aos objetivos do estudo: funcionamento dos serviços voltado para os idosos no nível de média complexidade, integralidade e as políticas de saúde.

As entrevistas foram realizadas com gravador, como antes mencionado, permitindo uma vivacidade maior através dos textos transcritos, para uma melhor análise do discurso e da própria entrevista. Segundo Queiroz (1991, p. 65), “conservando na narração uma vivacidade de que o simples registro no papel as despoja, uma vez que a voz do entrevistado, suas entonações, suas pausas, cosntituem outros tantos dados preciosos para o estudo.”

Outra técnica utilizada foi a da observação direta, realizada pelo contato com as unidades de saúde e com os participantes da entrevista. Minayo (1994) observa que há uma variedade nas situações e fenômenos encontrados nas entrevistas, se faz necessário uma observação além das perguntas. O papel do observador direto foi exercido em diversos momentos, grande parte como estagiária do CAIMI André Araújo, permitindo um melhor entendimento da realidade da instituição, e no Ambulatório Araújo Lima, onde visitas foram realizadas, em alguns momentos para entrevistar, em outros para somente observar e analisar o funcionamento da instituição.

As falas dos 10 profissionais entrevistados foram estudadas e analisadas, após serem gravadas com um aparelho celular e transcritas. Todos os dados coletados foram interpretados de acordo com a metologia adotada. Através desses dados coletados, foram levantadas falas com significado e importância, notando a frequência das mesmas, nos critérios adotados. Abaixo no Quadro 11, a caracterização dos profissionais entrevistados e o tempo de atuação na unidade de saúde:

<b>SIGLA</b>	<b>PROFISSIONAL</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO</b>
<b>CAS 1</b>	Assistente Social	5 anos
<b>CFI 2</b>	Fisioterapeuta	7 anos e 6 meses
<b>CEN 3</b>	Enfermeira	5 anos
<b>CME 4</b>	Médico	4 anos
<b>CTO 5</b>	Terapeuta Ocupacional	3 anos
<b>AAS 1</b>	Assistente Social	1 ano e 3 meses
<b>AEN 2</b>	Enfermeira	4 anos
<b>ANU 3</b>	Nutricionista	3 anos
<b>AFI 4</b>	Fisioterapeuta	11 anos
<b>AAS 5</b>	Assistente Social	12 anos

Quadro 11: Profissionais entrevistados e tempo de atuação profissional

As siglas observadas no Quadro 11 irão identificar os profissionais entrevistados ao longo da pesquisa, permitindo uma maior e melhor percepção das amostras dos dados de campo, os profissionais iniciados com a letra “C” são do CAIMI André Araújo e os profissionais iniciados com a letra “A” são do Ambulatório Araújo Lima. Abaixo, na Figura 02, os objetivos analisados nas falas dos profissionais:

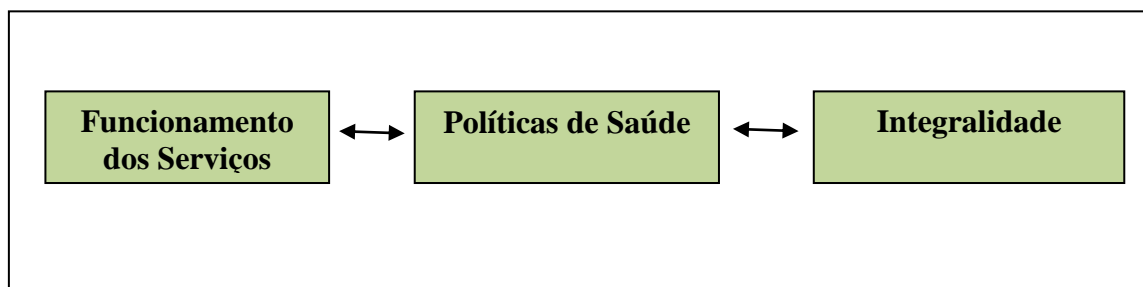


Figura 02 – Conceitos analisados nas entrevistas

Fonte: Elaboração da autora, 2013

- **FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS**

O Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 01/10/2003) no seu art. 3º observa que “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso,

com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde...”. Com base nesse argumento, os serviços de saúde buscam atender de maneira prioritária e satisfatória os principais agravos e demandas de seus usuários idosos.

As unidades de saúde selecionadas para a realização dessa pesquisa, são do nível de média complexidade, e possuem especialistas em diversas áreas, principalmente no que tange à saúde do idoso, uma vez que estes, segundo Veras (2003) são os que mais utilizam os serviços de saúde. Esclarecendo para os leitores que o CAIMI André Araújo é uma unidade exclusiva de atendimento aos idosos, e o Ambulatório Araújo Lima, é uma unidade que atende diversos grupos etários, não somente o grupo dos idosos, questão mencionada nas falas dos profissionais do Ambulatório:

AAS 1: A gente não tem por enquanto, nenhum serviço específico voltado só pra idoso. A demanda que chega aqui é uma demanda espontânea, e como o atendimento é voltado mais para orientação ao usuário em relação a rede de serviços de saúde, o que não é feito aqui, a gente encaminha para as outras unidades (...).

AAS 5: Nós não temos um programa voltado pro idoso, um trabalho voltado diretamente pro idoso, nós não temos. O idoso que vem no Serviço Social é aquele idoso que está precisando de uma orientação, de um encaminhamento, algum esclarecimento sobre algum benefício, algum direito social, algum recurso da comunidade, mas não é uma coisa frequente (...).

Cada unidade possui serviços específicos, como já relatado nos Quadros 01 e 02 (págs. 38 e 39). Porém, um ponto a ser destacado é que nenhuma das duas unidades possui um profissional específico de geriatria e gerontologia. Alguns profissionais do CAIMI possuem o curso de gerontologia, oferecido pela Secretária de Saúde do Amazonas – SUSAM, mas nem todos do quadro de funcionários. No Ambulatório Araújo Lima, não há geriatras e nem especialistas em gerontologia.

Observamos uma grande falha por parte do sistema nessa questão, o Estatuto do Idoso assegura esse direito no seu art. 15, parágrafo 1º, inciso II, mas infelizmente ele não é



efetivado, “atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios.” De acordo com Pontes (2008), o papel da gerontologia é fundamental nesse processo de saúde-doença dos idosos, esse saber específico que estuda a velhice humana, junto com a medicina, no caso a geriatria, contribuem para uma séries de orientações implantadas pelo Estado para garantir os direitos e organização do processo de envelhecimento. O art. 18 do Estatuto do Idoso também ressalta a importância de profissionais capacitados e treinados para o atendimento a esse grupo etário, “as instituições de saúde devem atender aos critérios para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo treinamento e a capacitação dos profissionais (...)”.

Os 10 profissionais entrevistados foram questionados com relação aos serviços realizados nas instituições junto aos usuários idosos, destacam-se abaixo as falas mais relevantes para a discussão:

CME 4: Atendimento neurológico, diagnóstico de patologias neurológicas, como acidente vascular cerebral, doença de Parckson, doença de Alzheimer, doenças associadas ao envelhecimento.

CTO 5: Enquanto terapeuta ocupacional eu procuro atuar de forma interdisciplinar, participo das intervenções através de acolhimento, trabalho educativo, faço atividades em grupo, atendimentos individuais, em algumas situações mais complexas, também participo das intervenções em domicílio e sempre procurando como terapeuta ocupacional divulgar o trabalho realizado, a produção dos nossos idosos, através da participação em eventos, exposições, feiras, pra divulgar o trabalho da oficina de artesanato, assim como outras participações, como passeios, recentemente tivemos um passeio para o Teatro Amazonas, tem idosos que nunca tinham conhecido o teatro.

AEN 2: Nós atendemos idosos com diabetes, com feridas, feridas diabéticas e cuidamos dessa ferida até fechar. É o único trabalho que nós fazemos diretamente com idosos, e também observamos no nosso serviço qual a necessidade de cada idoso. Por exemplo, um idoso diabético, nós conversamos com ele e perguntamos se ele já passou pelo cardiologista, pelo nefro, pelo oftalmo, e quando ele diz que não, a gente encaminha, porque eles tem que ter todo um cuidado com esses sintomas.

ANU 3: A nutricionista atende no geral, aqui é o grupo do diabético, porém aqui tem várias patologias, então geralmente o idoso sofre ou de hipertensão, diabetes, parte renal, então a gente trata com avaliação nutricional, suplementando, orientando com relação à alimentação, quais os alimentos que ele pode comer, aquele que ele deve restringir, e também com relação à suplemento, às vezes eles tem muita deficiência e eu posso tá suplementando, como muitos são carentes, eu faço aquele parecer todinho

mando lá pra SUSAM pra ficarem usando, até chegarem no peso ideal pra idade, altura e a circunferência deles (...). Às vezes, eles sofrem em casa também, porque mora com o filho, com a filha, a gente acaba fazendo até uma parte do psicólogo, dizendo “não, mas vai melhorar” “faça assim”, eu oriento numa boa, aí eles fazem e saem satisfeitos. Tem uns que saem até bem, ficam melhor e querem viver, tem outros que querem morrer, aí no final da consulta “ah não, eu vou continuar”, e aí você ouve tudo, tem tudo isso, tem a parte profissional, que eu faço, e a parte que eu procuro ajudar como psicólogo, “faça assim, não faça assim”, e eles já mudam, mas eles são carentes de tudo, de amor, de carinho, de alimentação e tudo isso eu vejo, em qualquer local que eu vou, eu faço isso.

AFI 4: Nós temos aqui uma equipe multiprofissional pra atendimento ao idoso, desde do atendimento da ortopedia, cirurgia, partindo também para a fisioterapia, reumato, controle da osteoporose, que tem uma demanda específica pra isso aí e o clínico geral.

Importante destacar os profissionais CME 4 e ANU 3, que apontam questões sobre o reconhecimento do processo de envelhecimento e as doenças que atingem essa população nesse processo, o profissional CME 4 procura avaliar os idosos, diagnosticando doenças específicas dessa faixa etária, a profissional ANU 3, retrata as questões sociais do envelhecimento, nos âmbitos de saúde, financeiro e familiar. Baseando essas falas nos autores estudados, nos reportamos a Freitas (2006), que reconhece o envelhecimento como uma limitação da capacidade de cada sistema em manter o equilíbrio do seu organismo. Na velhice se evidencia o declínio fisiológico, sofrendo influências dos fatores genéticos, dos fatores de risco e do meio ambiente.

Os profissionais AEN 2 e ANU 3, abordam a questão do diabetes, doença crônica-degenerativa, sem cura, mas com tratamento e acompanhamento. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2010), na população geral a existência do diabetes ocorre em 4% a 7%, mas nos idosos acima dos 60 anos, pode chegar em 10%, e até 25% após os 85 anos. É importante um diagnóstico dessa doença para a busca de um devido tratamento, para que esses idosos não diminuam sua qualidade de vida e nem tenham outros problemas, resultantes do não controle da mesma. Para Costa Junior (2006, p. 430) o diabetes:

Constitui-se num dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das complicações de aterosclerose, como doença coronariana, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica, além de levar às conhecidas complicações crônicas micro-vasculares, como a retinopatia diabética, que pode resultar em cegueira, e a nefropatia diabética, que pode resultar em insuficiência renal crônica.

Nas falas dos profissionais CTO 5 e AFI 4, observamos as questões do trabalho interdisciplinar e multiprofissional. A profissional CTO 5 discorre sobre o trabalho interdisciplinar, mas relata somente a parte que corresponde aos seus serviços, percebendo o idoso como um sujeito de múltiplas formas, não tratando somente do fator físico, mas do fator social, inserido esse idoso em atividades que lhe permitam um melhor desenvolvimento desse processo biopsicossocial. O profissional AFI 4, retrata a realidade dos seus serviços no Ambulatório Araújo Lima de maneira multidisciplinar, revelando o trabalho de vários profissionais para um melhor tratamento e recuperação da saúde dos idosos, mas cada um na sua área, sem intervenções, nem interações com outros profissionais (TELLES & BORGES, 2010).

- **POLÍTICAS DE SAÚDE**

Com o crescimento da população idosa brasileira e o consumo desse grupo com relação aos serviços de saúde, surgem então as primeiras políticas públicas voltadas para eles. Nos anos 90, essas políticas de saúde começaram a se concretizar com a reformulação do SUS, mudando a estrutura do sistema, como também o acesso de seus usuários, principalmente dos usuários idosos, contraditoriamente.

O Sistema Único de Saúde é de caráter público composto por princípios e diretrizes para o seu funcionamento. Os princípios são: universalidade, equidade e integralidade, estes juntos, concretizam um melhor funcionamento do sistema, contanto ainda com as diretrizes, que direcionam o andamento dos serviços oferecidos pelo SUS: regionalização,

hierarquização, descentralização, participação social e a complementaridade do setor privado quando necessário (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Como forma de complementar o sistema e de fazer com que este fosse mais claro no que tange a conceituação de política pública, cria-se em 2006, o Pacto pela Saúde, constituindo de reformas institucionais acordadas pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), tendo como principal objetivo a promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão, redefinindo o papel da responsabilidade de cada gestor no sistema. O Pacto pela Saúde inclui três dimensões/pactos: pela vida, em defesa do SUS e de gestão.

Para questão de alcance dos objetivos propostos por esse trabalho, destacaremos a dimensão do Pacto pela Vida, instituído através da Portaria GM 399, de 22 de fevereiro de 2006 e regulamentada pela Portaria GM 699, de 30 de março de 2006, esse Pacto gira em torno da responsabilidade dos gestores nas prioridades que apresentam grande impacto sobre a saúde da população ao nível de sua abrangência. Essas prioridades foram estabelecidas, a partir de análises da situação da saúde e se estruturam em torno de metas e objetivos. O Ministério da Saúde, discorre sobre (PNPS 2006, p. 3):

Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Com base na bibliografia estudada e nos objetivos estabelecidos os profissionais foram indagados sobre a realização da política de saúde no Brasil, voltado exclusivamente para o segmento idoso, buscou-se entender a visão que os profissionais possuem do sistema no qual eles estão inseridos, como executores de serviços e de informações, abaixo as falas de alguns profissionais sobre a temática:

CAS 1: (...) quanto política de saúde, essa política ela é falha, principalmente quando o idoso precisa de atendimento de alta complexidade, então alguns exames mais complexos, algumas especialidades ainda tem uma limitação, às vezes o acesso é dificultado, às vezes pela falta de profissionais, por isso a demora do atendimento, alguns exames de alta complexidade, também a demora às vezes é de 6 meses, 1 ano, existe uma fila de espera, então que ainda realmente, a dificuldade maior e de acesso a alguns serviços (...)

CFI 2 : O item que a gente mais observa aqui é a exclusividade do atendimento ao idoso, é a preferência do atendimento à ele, então, são pessoas acima de 60 anos, tem-se todo um cuidado com a pessoa idosa, a gente atende ele com um pouco mais de paciência. A gente procura chegar cedo, mesmo que a gente peça que os idosos cheguem um pouco mais tarde eles não chegam. A gente procura chegar cedo, fazer os atendimentos e procura priorizar as queixas principais, porque às vezes o idoso ele é poliqueixoso, de várias dores, de várias enfermidades que ele tem concomitantemente (...).

CTO 5: Por ser um serviço especializado nessa assistência integral ao nosso idoso, nós temos uma rotina de atividades que contemplam vários especialistas, grupos terapêuticos, grupos socio-terápicos, enfim, todo um trabalho voltado para as principais demandas do nosso idoso. Percebo que seria interessante reforçar algumas campanhas, no sentido de priorizar e fortalecer alguns movimentos para que o idoso se sinta cada vez mais acolhido e assistido pelo CAIMI, que é o serviço especializado.

Notamos uma grande crítica por parte da profissional CAS 1 com relação ao acesso dos usuários nos serviços de saúde, existem usuários, mas não há profissionais suficientes para atendê-los, notamos aqui uma falha na gestão, pois como preconiza o Pacto pela Saúde, é de plena responsabilidade dos gestores, a administração e a organização dos serviços oferecidos em qualquer dos níveis de atenção.

Os profissionais CFI 2 e CTO 5, observam a questão do idoso em si e suas múltiplas dimensões, é interessante notar na fala do profissional CFI 2, a questão do horário de atendimento, uma vez que os idosos possuem um relógio biológico diferente das demais faixas etárias, eles são extremamente pontuais e gostam de está cedo em qualquer compromisso marcado. Percebemos que o processo de envelhecimento envolve transformações físicas, sociais e psicológicas, modificando a relação do homem com o tempo, o espaço, o mundo e sua própria história. Nesse processo são observados os costumes em cada contexto histórico e cultural (PONTES, 2008).

Abaixo as falas de alguns profissionais do Ambulatório Araújo Lima:

AAS 1: Eu acredito que em relação as prioridades que a política trabalha sobre o idoso, no caso da marcação de consultas, tem as fichas de prioridades que são dadas pro idoso e pra outros segmentos que é necessária a prioridade, e eles são atendidos primeiramente. São atendidos, e com relação as outras consultas normais, ele também tem prioridade no atendimento (...).

AEN 2: Política de saúde pro idoso aqui no Araújo Lima é pouca, nós temos um serviços mais no Campus Universitário, que faz recreação, faz hidroginástica, tem muitas coisas pra eles lá. Aqui só temos mesmo os atendimentos normais.

ANU 3: Essa política pro idoso, por exemplo, eu sou idoso e quero ser o primeiro, aí tem 3, chega aí, ninguém organiza, aí eu digo “o senhor vem primeiro (que tem mais patologias, tá mais stressado), aí depois você entra, tá?”. É uma briga aí fora, porque não tem prioridade, vem um novo, depois um mais novo ainda, e o velhinho coitado, fica lá sentado, eu que vou lá às vezes e digo “não, primeiros os idosos, primeiros os bebezinhos (eu até brinco)”, é assim que funciona, eu não vejo prioridade, tem até briga aí fora por conta disso, eles brigam mesmo pelo direito deles, “eu sou idoso, e vou entrar aí”.

AFI 4: Não há uma política voltada precisamente para o idoso, existe um projeto dentro da Universidade, lá no CAIS, chamado ‘Idoso Feliz’, o profissional daqui, tanto da fisioterapia, quanto da ortopedia, vendo que aquela pessoa precisa dessa atividade, ele encaminha e lá o idoso é absorvido, dentro da universidade.

AAS 5: Uma das normas da política, é a prioridade, então aqui o idoso que vem, tem 20 fichas que são distribuídas lá fora, para as pessoas idosas, são 60 fichas dadas pela manhã, 20 são deles, então eles tem esse atendimento prioritário. Durante as consultas médicas eles vem, e a prioridade é deles serem atendidos primeiro, mas por exemplo, se vem um idoso, e os prontuários já estão na sala, já está todo mundo aguardando no corredor, sentados no banco, se chega um idoso e o médico já está consultando, aí não tem como ir lá, colocar aquele prontuário na frente de todas pessoas que estão aguardando, aí ele acaba ficando por último mesmo, ele chegou fora do horário. Então com relação a política do idoso esse é o trabalho de prioridade que nós temos aqui com os idosos e quando eles nos procuram, esclarecemos direitos e benefícios que estão ligados a Política Nacional do Idoso.

Notamos também pontos importantes a serem destacados nas falas dos profissionais do Ambulatório, os profissionais AEN 2 e AFI 4, confundem as atividades socioassistenciais existentes na Universidade Federal do Amazonas para os idosos com a Política de Saúde existente nos serviços de saúde da unidade que eles trabalham, fica claro nessas falas a falta de entendimento sobre a dimensão da Política de Saúde, sobre o que ela preconiza e executa.

Vemos também uma discordância nas falas das profissionais AAS 1, ANU 3 e AAS 5, enquanto duas dizem que há prioridade no atendimento ao idoso sempre, a profissional AAS 5 diz que há, mas somente quando esse idoso chega no horário marcado para consulta, mesmo com a fala da ANU 3, observando que o idoso conhece seu direito à prioridade, como mencionada no Estatuto do Idoso, art. 3º, I: “atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população.”

Ao longo da entrevista os profissionais também foram indagados com relação à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 30 de março de 2006 pela Portaria GM 687, sendo um dos componentes das ações estabelecidas pelo Pacto pela Vida. Essa Política retoma as discussões realizadas na 8ª Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em 1986, sendo este o marco legal da criação de um sistema de saúde pública no país.

De acordo com Albuquerque (2008, p.51), citando Buss (2000):

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para se enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste início de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Ao longo dos anos o conceito de saúde vem sendo transformado, com as mudanças ocorridas no mundo, em âmbitos econômicos, políticos e sociais, permitindo assim a produção de vários significados para a vida em sociedade, principalmente na questão que envolve a saúde. “O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para Carvalho e Buss (2008) a saúde é o tema que ganha destaque nos governos públicos mundiais, permitindo através disso discussões e debates a nível global, para efetivação do direito à saúde de todos, e não somente isso, mas propondo mecanismos para a

promoção da saúde, não tendo de intervir quando não há saúde, mas no sentido de propor a saúde para a população, sem que antes haja a doença.

Sobre isso, em 1986, na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, criou-se a Carta de Ottawa com a definição da promoção à saúde e os valores a ela atribuídos, tais como: elaboração de políticas públicas que incentivem à vida saudável, criação de ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, participação social, reorientação do sistema de saúde, dentre outros.

Nesse contexto, cria-se no Brasil a Política Nacional de Promoção da Saúde, que “visa promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais..” (Brasil, 2006). Abaixo as falas de profissionais sobre essa Política:

CAS 1: Eu acho que vem no sentido de consolidação do SUS, porque o SUS já tá implantado desde a lei 8.080 de 1990. Lógico, que desde lá vem tendo as regulamentações, vem saindo as portarias, novas políticas, no sentido de consolidar a implantação do SUS. Não me recordo tudo na política, mas acho que a política de promoção e prevenção ela veio muito trabalhar no sentido da prevenção da saúde, no sentido de haver uma cultura, melhorar essa participação da pessoa como sujeito do próprio cuidado com a sua saúde. E dentro da política de prevenção, o acesso aos serviços, principalmente do acesso a atividade física, a questão do controle ao tabagismo, que também está dentro dessa política, que é justamente pra melhorar as condições de saúde da pessoa. Porque o objetivo hoje em dia não é só tratar as doenças, é cuidar desses outros fatores que podem melhorar ou prejudicar a saúde da população, e isso tem haver com a questão do alcoolismo também, a questão de fornecer outros atendimentos alternativos.

AAS 1: Tem muitos fatores positivos, só que dentro desses fatores, pro usuário, ele se sente mais acolhido, acho que hoje ele realmente se sente o ator desse trabalho, (...). Até porque essa política foi muito divulgada, não a ponto de todos saberem, mas assim, muitas coisas foram divulgadas na TV, (...). A política também colocou algumas prioridades, por exemplo, a estratégia de saúde da família, (...).

AEN 2 : Essa política de saúde é muito bonitinha no papel, mas quando chega na prática ela não é real, e a gente tem que fazer muitas vezes pra ajudar não somente o idoso, mas outras pessoas que precisam ser priorizadas, a gente tem sempre que ajudar e dá um jeitinho, porque no papel é tudo bonitinho, mas na realidade não é isso que acontece.



Dos 10 profissionais entrevistados, apenas 2 responderam de maneira compatível com a realidade da Política Nacional de Promoção da Saúde, destacando as profissionais CAS 1 e AAS 1, ambas assistentes sociais. Note a fala da CAS 1: “Não me recordo tudo na política, mas acho que a política de promoção e prevenção ela veio muito trabalhar no sentido da prevenção da saúde, no sentido de haver uma cultura, melhorar essa *participação da pessoa como sujeito do próprio cuidado com a sua saúde*” (grifo nosso), embora tenha acrescentado a questão de prevenção, a fala dela na questão de atribuir ao usuário o cuidado com sua saúde, condiz com as propostas da PNPS, observadas na literatura elaborada pelo Ministério da Saúde ‘O SUS de A a Z – Garantindo saúde nos municípios’ (2009, p.264):

(...) as ações de Promoção da Saúde tomam como foco os modos de viver de sujeitos e comunidades, entendendo que estes não se referem ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, sujeitos e comunidades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam outras possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses no contexto de suas próprias vidas.

Com base nisso, destacamos a fala da profissional CAS 1, se o sujeito decide de qual maneira ele vive a sua vida e como ele trata a sua saúde, a Política busca intervir nessas decisões, não como obrigação, mas como forma de orientação e informação, permitindo que o usuário tome suas próprias decisões, mas conscientizado das consequências de suas escolhas.

Observamos na análise das outras entrevistas, que infelizmente 3 profissionais desconhecem a PNPS, os 5 restantes, tentaram responder, mas suas falas não estão de acordo com o questionamento feito, testificando assim, que muitos profissionais que estão inseridos no sistema, desconhecem os funcionamento do mesmo, acarretando em consequências para o próprio usuário, uma vez que ao procurar unidades de saúde, não encontrará profissionais que possam orientá-los com as devidas informações, uma vez que nem eles mesmos conhecem o funcionamento das políticas de saúde.

Ao analisar os 5 profissionais que responderam, mas não corretamente, analisamos pontos importantes em suas falas, a maioria relata a questão das falhas que ocorrem no sistema, a falta de profissionais, a grande demanda, a falta de estrutura nas instituições, como

a profissional AEN 2 destaca: “Essa política de saúde é muito bonitinha no papel, mas quando chega na prática ela não é real...” Chegamos em mais uma, de muitas reflexões deste trabalho, se há uma ótima descrição da Lei, se há recursos, porque esse acesso ao direito da saúde não é efetivado? O que tem impedido os usuários de terem um atendimento de qualidade em sua totalidade? É a falta de profissionais capacitados? Ou o problema está na falta de uma Gestão adequada? O profissional AFI 4 observa algo relevante:

AFI 4: O nosso sistema, o SUS, é o melhor sistema do mundo, eu defendo o SUS 100%, com garras e dentes, porque não existe outro sistema melhor do que esse, agora o quê que o cara tá esperando? É qualidade no sistema do SUS. E como eu vou ter essa qualidade? Eu vou ter essa qualidade com mais concurso público, com mais conscientização, com mais humanização, com mais material e condição de trabalho para o profissional.

O problema não é apenas na qualidade dos serviços, nem somente nas condições de trabalho, mas a falta de compromisso do Estado para com os usuários do Sistema, pois nenhum idoso está pedindo algo além do que é seu de direito, efetivado na Constituição Federal deste país, pela luta de milhares de brasileiros, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado.”

- **INTEGRALIDADE**

Como estudado no tópico 2.2, a integralidade constitui como uma diretriz do Sistema Único de Saúde, e é definida como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1988).

De acordo com Arantes e Senna (2012, p. 161):

(...) a integralidade inclui a articulação entre os níveis de atenção, com garantia da priorização de ações de promoção e prevenção, mas também envolvendo a assistência curativa. É considerada, no plano jurídico, como um dos princípios estabelecidos legalmente para a efetiva concretização da

política de saúde, junto com a participação da comunidade e a descentralização.

Os profissionais participantes da pesquisa foram questionados com relação aos serviços envolvendo integralidade de ações, tanto entre os profissionais atuantes nas unidades, como na integralidade de serviços, entre outras unidades de saúde (referência e contra-referência). Abaixo as falas de 3 profissionais sobre suas visões da questão da integralidade de ações entre os profissionais das unidades:

CAS 1: Falar de integralidade é sempre complexo, com todos os seus níveis. Pensando na integralidade aqui dentro da própria instituição que seria um trabalho da equipe multidisciplinar. Podemos dizer que a integralidade ainda é muito incipiente, os profissionais tendem a fazer um trabalho muito ainda isolado, às vezes muito individualista (...).

CEN 3: A integralidade que eu digo é cada profissional na sua área, não tem a reunião da equipe pra fazer assim não, cada um faz o seu, a fono faz o dela, a fisio faz o dela, e a gente faz o nosso. Mas, reunir a equipe pra fazer é difícil.

CTO 5: Ainda encontro alguma dificuldade em desenvolver um trabalho que envolva todos os profissionais, existem algumas categorias ainda um pouco distante dessa proposta, mas na media do possível esses profissionais com um pouco de estimulação, conversas sobre a importância desse trabalho integrado e em conjunto, eles estão formando uma equipe maior.

Analisando essas falas, observamos que para os profissionais CAS 1 e CEN 3, não existe em sua unidade uma integralidade de ações entre profissionais, a profissional CTO 5 relata que existe uma grande dificuldade em envolver certos profissionais nesse trabalho de integralidade, somente com diálogos e conscientizações esse trabalho é possível.

Percebemos que os profissionais não se relacionam, cada um faz o seu trabalho isoladamente, sem haver uma interação, reuniões, discussões de casos específicos. Deve existir por parte dos profissionais das unidades uma melhor compreensão do processo saúde-doença, entendendo que o usuário idoso é um ser biopsicossocial, composto de diversas formas e fases, necessitando de um tratamento interligado com vários serviços e profissionais.

Vimos também, uma grande confusão por parte de alguns profissionais, que não associaram integralidade de serviços e de ações, e não responderam as perguntas com as devidas respostas, como os profissionais CME 4 e AAS1:

CME 4: Sim, acho que sim, principalmente com a Psicologia.

AAS 1: A integralidade das ações ela não é feita de profissional para profissional, ela é feita através de encaminhamento pra instituição.

Com relação as integralidades dos serviços, em todos os níveis de atenção, os profissionais foram questionados com a relação a referência e contra-referência do sistema:

CAS 1: Em relação à outros níveis de atenção, no sentido da referência e contra-referência, o sistema de saúde nesse ponto ele é ainda extremamente limitado, existe a referência, mas a contra-referência não consegue ser efetivada mesmo com o advento da regulação, a regulação criou um instrumento próprio, pra ver a referência e contra-referência, mas realmente os níveis não estão fazendo. Então, geralmente os pacientes ainda não tem vínculo com suas unidades, eles são encaminhados, mas não há o retorno pra continuidade do tratamento, então fica realmente muito solto ainda, essa parte, realmente é um fator que ainda não foi consolidado. Precisa ainda avançar bastante a questão da referência e contra-referência, tanto na cidade, quanto e mais ainda para outros estados e para outros municípios que a dificuldade é maior ainda.

CFI 2: Nós encaminhamos, mas não tem garantia de contra-referência não, eu não percebo essa política assim, que a gente sabe que se não for aqui, eu encaminho e ele vai ser atendido. Eu encaminho o idoso, e ele vai tentar um atendimento em alguma unidade, tanto a nível de horizontal, quanto vertical. Existe a referência do sistema, que você pode encaminhar, mas não tem aquela garantia de referência e contra-referência, aquela coisa certinha, se não der aqui eu já sei que vai pra lá, e lá alguém vai atender.

CEN 3: Essa contra-referência é difícil, a gente referencia, mas o retorno que é bom, nada.

AEN 2: Nós trabalhamos sim, nós encaminhamos por exemplo, um idoso com pé diabético, com ferida diabética, se esse idoso chegou até nós com uma ferida infectada nós fazemos aqui o primeiro curativo e já encaminhamos para o pronto-socorro, pra que ele tenha uma avaliação do vascular, pra ver até que nível aquela ferida já afetou. Há um retorno desse paciente, às vezes nós encaminhamos e eles já ficam internados lá, passam 7, 10 dias, 15 dias, nós temos um que retornou ontem que passou 3 meses hospitalizado no João Lúcio e retornou para dá continuidade ao tratamento.

AAS 5: (...) Com relação aos níveis, geralmente, quando ele vem da primária, são as unidades básicas, eles vem pelo SISREG, então nos

deparamos com esse idoso que veio pelo SISREG, agora se é um idoso que já está aqui dentro, dando continuidade ao tratamento dele, os médicos já encaminham para as especialidades que tem aqui, vamos supor que ele vem encaminhado para urologia, porque ele tem um problema de próstata, por exemplo, então ele já passa na cardiologia daqui, aqui tem outros profissionais que os próprios médicos encaminham aqui dentro. Agora se é alguma coisa que não como ser resolvido aqui, eles encaminham pra tratamento fora de domicílio, mas se ele já vem da baixa complexidade pra cá, ele só sai daqui pra outro local, se nós não tivermos um outro profissional aqui que dê continuidade ao tratamento dele, mas se nós tivermos essa pessoa fica por aqui.

Na concepção de Oliveira Jr et al (1998, p.24):

Deve ainda incorporar-se à rotina do acompanhamento dos serviços, com fluxos de encaminhamento (referência) e de retorno de informações ao nível básico do serviço (contra-referência). Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema.

Dentro do contexto de integralidade, a referência e a contra-referência são fundamentais para a instalação desse princípio preconizado pelo SUS. Deve existir uma articulação entre os três níveis de atenção, proporcionando um melhor atendimento aos usuários do sistema. Entendemos que a referência ocorre quando o usuário necessita de um atendimento de maior complexidade do que aquele que ele procurou, com equipamentos e cuidados específicos para a resolução de seu agravo de saúde.

A contra-referência se dá quando esse paciente necessita de um grau menor de complexidade, seu problema foi resolvido e agora ele precisa retornar para um nível de atenção menor para continuar o tratamento ou acompanhamento (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008)

Pelas entrevistas descobrimos que a referência e a contra-referência nas unidades possuem características singulares. No CAIMI André Araújo há referência, uma vez que os idosos são encaminhados para outras unidades quando há necessidade, mas o CAIMI não tem o controle, sabendo se o idoso foi ou não atendido nessa outra unidade, como o profissional CFI 2 nos relata.

No Ambulatório o quadro é diferenciado, como vimos nas falas dos profissionais AEN 2 e AAS 5, há uma intensa referência de pacientes para o nível de alta complexidade quando necessário , retornando para o Ambulatório para continuar o tratamento (contra-referência), ou encaminhados via SISREG de uma Unidade Básica de Saúde para o Ambulatório (referência), ao concluir seu tratamento, retornam à UBS (contra-referência) para acompanhamento regular.

## CONCLUSÃO

A saúde passa a ser um direito social, preconizada na Constituição Federal de 1988, sendo efetivada através da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, como regulador da política de saúde no Brasil, sendo um direito de todos os cidadãos brasileiros, independente de classe, raça, sexo, idade ou cor, sendo o Estado o principal fornecedor de seus serviços.

Com o SUS implantado, princípios e diretrizes são realizados para direcionar o funcionamento dos serviços de saúde, dentre eles o princípio da integralidade, que é composto por serviços e ações que abrangem a atenção à saúde na relação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, sendo focada nos indivíduos de maneira individual ou coletiva. (BRASIL, 2009).

Esse princípio deve ser efetivado articulado com os três níveis de atenção à saúde existentes no sistema brasileiro, a atenção básica, secundária e terciária, fazendo parte de uma rede de serviços que atendam os usuários de acordo com todas as suas necessidades, não somente de saúde, mas também assistenciais.

Este trabalho foi voltado para a atenção secundária no atendimento aos idosos de Manaus, sendo complementado com outros dois projetos que discorrem sobre o princípio da integralidade nos níveis de atenção básica e de alta complexidade. Os sujeitos dessa pesquisa foram os idosos, pois estes são os que mais utilizam os serviços de saúde no Brasil. (VERAS, 2003).

Através de pesquisas bibliográficas e de campo este trabalho desvelou o sentido da integralidade de saúde e das redes sociassistenciais, voltado para o atendimento do segmento idoso, no nível de média complexidade, tendo como locus duas unidades de saúde, inseridas nesse nível de atenção, CAIMI André Araújo e Ambulatório Araújo Lima.

No que se refere a verificação do funcionamento dessas unidades, pode-se concluir que estas estão inseridas no Sistema Único de Saúde, estruturadas de maneira que possam atender as principais demandas do segmento idoso na cidade de Manaus.

Foi possível caracterizar os principais serviços procurados pelos idosos nessas unidades, relacionando esses atendimentos com os principais agravos de saúde deles, analisando a relação entre a oferta dos serviços e a procura dos mesmos. Foi percebido uma confusão por partes desses idosos, entre os serviços e os profissionais que trabalham nas unidades, para muitos idosos, somente consultas médicas são serviços a serem procurados.

Quanto a visão dos profissionais sobre a integralidade dos serviços, ficou claro que muitos desconhecem o funcionamento desse princípio, não tendo efetivação dos mesmos em diversos setores profissionais das unidades selecionadas, o mesmo ocorre com a referência e a contra-referência, que não são realizadas de maneira total nos serviços oferecidos aos idosos.

Por fim, esta pesquisa propõe que sejam realizadas avaliações por partes do gestores das secretarias de saúde, dos profissionais que trabalham na área e pelos próprios idosos, com relação a efetivação do princípio da integralidade, visualizando se esta é ou não efetivada, sempre com o objetivo de garantir aos usuários idosos do SUS, o acesso aos serviços de saúde de maneira integrada e humanizada.



## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Lins de. Envelhecimento ativo: desafio do século / Sandra Márcia Lins de Albuquerque. – São Paulo: Andreoli, 2008. 200p.

ARANTES, Rosana Freitas; SENNA, Mônica de Castro Maia. Avaliação dos serviços de saúde sob a ótica da integralidade. In: SENNA, Mônica de Castro Maia; ZUCCO, Luciana Patrícia; LIMA, Ana Beatriz Ribeiro. Serviço Social na saúde coletiva: reflexões e práticas. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

ARAÚJO, Paulo Ricardo da Rocha. Os desafios da longevidade: (des) construções de paradigmas sobre qualidade de vida. In: FALEIROS, Vicente de Paula; LOUREIRO, Altair Macedo Lahud (orgs). Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz. Brasília: Ed. Universa, 2006.

BAPTISTA, Dulce Maria Tourinho. O debate sobre o uso de técnicas qualitativa e quantitativa de pesquisa. IN: MARTINELLI, M.L ( org.) Pesquisa qualitativa: Um instigante desafio. SP: Vozes, 1999.

BARBOSA NETO, F. Diretrizes curriculares, gestores de saúde, gestores de educação, pesquisadores e o hospital de ensino: a polifonia ruidosa de uma crise de identidade. Duque de Caxias, RJ: Universidade do Grande Rio, s.d.

BARRETO, Maria Leticia. Admirável Mundo Velho – Velhice, fantasia e realidade social. 1 ed. São Paulo: Editora Ática, 1992. 237 p.

BARROS, Myriam Moraes Lins de. Envelhecimento, cultura e transformações sociais. In: Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. 2 Ed. Holambra, SP: Edit. Setembro, 2006. 340p.

BEAUVOUIR, Simone de. A Velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. IN: Revista Serviço Social & Sociedade, n° 75 ANO XXIV, 2003.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco S. (orgs).

Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BRASIL. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003 – Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá providências.

BRASIL. Dispõe sobre o Código de Ética do Assistente Social e Lei 8.662 de 07 de Junho de 1993 de Regulamentação da Profissão. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1997.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da Republica Federativa do Brasil: Texto constitutivo promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gstão do SUS 2011, 1).

BRASIL, 2006. Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, do Ministério de Estado da Saúde.

BRASIL. LEI Nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.

BRASIL. Portaria Nº. 648, de 28 de março de 2006 - Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. Portaria 1.395/GM em 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso.

BRASIL. Medida Provisória 520/10 de 31 de Dezembro de 2010. Disponível em: [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRAVO, M. I; MATOS, M. Castro de. Reforma sanitária e Projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I de Souza. et al. (orgs.). Saúde e Serviço Social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete (et al) SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE : Formação e Trabalho Profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez; Distrito Federal: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BURLÁ, Claudia. Envelhecimento e cuidados ao fim da vida. In: Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. 2 Ed. Holambra, SP: Edit. Setembro, 2006. 340p.

CARVALHO, Antonio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008.

CARVALHO, Gilson... (et al.); organizador: SILVA, Silvio Fernandes da Silva. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. – Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

CARVALHO, R. & IAMAMOTO, M. V. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação teórico-metodológica. In: Protoformas do Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2008.

CHIORO, Arthur; SOLLA, Jorge. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília: CFESS, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Legislação Estruturante do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 15ª REGIÃO. Atribuições do Assistente Social na Área da Saúde (Setores: Emergencial, Ambulatorial e Hospitalar). Manaus: CRESS, Março de 2006.

COSTA, M. D. H. da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, E. A. et all. (Orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

COSTA, Elizabeth Maria Sene. Gerontodrama: a velhice em cena: estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade / Elizabeth Maria Sene Costa. – São Paulo: Ágora, 1998.

DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. Atendimento à demanda espontânea: Pronto-atendimento e atividades programáticas. In: Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

ELIAS, P. E. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: COHN, Amélia; ELIAS, P. E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 6.ed. São Paulo: Cortez, CEDEC. 2005.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura. 3º edição, Editora Perspectiva São Paulo, 1991.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Referência e Contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Cien Cuid Saude 2008, Jan/Mar; 7 (1): 065-072.

FREITAS, Elizabete Viana de,; Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: Tempo de Envelhecer.: percursos e dimensões psicossociais. 2ª Ed. Holambra, SP: Edit. Setembro, 2006, 340p.

GALVÃO, Manoel Dias. História da Medicina em Manaus. In: Hospital Universitário Getúlio Vargas e Faculdade de Medicina do Amazonas. Manaus: EDUA/Valer, 2003.

GIOVANELLA, Lígia et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate. 26(60): 37-61, 2002.

GOLDMAN, Sara Nigri. As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. 2 Ed. Holambra, SP: Edit. Setembro, 2006. 340p.

GUERRA, Yolanda. A Instrumentalidade do Serviço Social. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS. Plano de trabalho do Serviço Social do HUGV. Manaus: HUGV, 2009/ 2013.

IAMAMOTO, M. V. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA et al (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, 3.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IBANEZ, N, Viana. Estratégias de implementação do programa Metropolitano de Saúde. Revista Paulista de Hospitais, 1986.

COSTA JUNIOR, Amado Marques da. Diabetes Mellitus no Idoso. In: HARGREAVES, Luiz Henrique Horta (org.). Geriatria. Brasília: Garamond, 2006.

LIMA FILHO, João Batista. Envelhecer bem é possível: cuidando de nossos idosos na família e na comunidade. Edições Loyola, São Paulo, 2004.

LIMA, Ângela Maria M. FILHO, Alexandre N. RODRIGUES, Edmara. TEIXEIRA, Ricardo R. Saúde no Envelhecimento. In Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo 2º ed. Hucitec, 2000. p.109-132.

MACHADO, Maria Nazaré dos Santos. A questão social dos idosos frente as políticas sociais. In: EVELIN, Heliana Baía (org.) Velhice Cidadã: um processo em construção. Belém: EDPA, 2008.

MARTINELLI, M. L. et al. O serviço social brasileiro em movimento: fortalecendo a profissão na defesa de direitos. In: SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE. Serviço Social: Memória e História. São Paulo: Cortez, Nº 95, Ano XXIX, 2008.

MENDES, Eugenio V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In. Uma agenda a Saúde. 2º ed. São Paulo. Hucitec. 1999.

MENDES, Patrícia M. Teixeira. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. IN: Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores/ Ursula Margarida S. Karsch (orgs). São Paulo: EDUC, 1998.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. IN: Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos/ Miome Apolinário Sales, Maurílio Castro de Matos, Maria Cristina Leal (orgs). São Paulo: Cortez, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

NEMES, Maria Inês. Prática Programática em Saúde. In: Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NETTO, J. P. Ditadura e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1996.

NUNES, C. A. A Integralidade da Atenção e o Programa de Saúde da Família: estudo de caso em um município da Bahia, 2011. Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA JR, M. et al. Planejamento e Gestão em Saúde. In: CADERNOS DE SAÚDE. Vol.1. Belo Horizonte: Coop. Ed. Médica, 1998.

PONTES, Andréa Mello. Como construir o envelhecer? In: EVELIN, Heliana Baía (org.) Velhice Cidadã: um processo em construção. Belém: EDPA, 2008.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva. São Paulo: T. A. Queiroz Editor; 1991. [Série 2 – textos; Biblioteca Básica de Ciências Sociais; 7].

Regimento Interno do HUGV. Manaus: HUGV, 2010. Disponível em: [www.ufam.edu.br](http://www.ufam.edu.br).  
REHUF. Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. Retrocessos. In: SERVIÇO SOCIAL & SAÚDE. Campinas. Nº 4. V. 4, Maio 2005.

RIGOTTO, Raquel. Produção e consumo, saúde e ambiente: em busca de fontes e caminhos. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho (orgs). Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. 1ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 2006.

SCHRAIBER, Lilia B.; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. 2 ed. Saúde Pública, São Paulo, v. 23, n. 10, out. 2007. Disponível em: [www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo).

TELLES, José Luiz; BORGES, Ana Paula Abreu. Interdisciplinaridade e Trabalho em Equipe na Abordagem da Pessoa Idosa nos Serviços de Atenção Básica em Saúde. In: Abordagem Interdisciplinar do idoso / William Malagutti, Ana Maria Amato Bergo (orgs.). – Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2010.

VERAS, Renato. A longevidade da população: Desafios e conquistas. In: Revista Serviço Social e Sociedade, Velhice e Envelhecimento. Ano XXIV N. 75, Editora: Cortez, 2003.

## ANEXOS

### Formulário a ser aplicado aos idosos usuários

1. Que serviços de saúde o(a) senhor(a) utiliza nesta Unidade de saúde ?
2. Qual profissional procura e para quê? Quais os que mais procuram?
3. Que tipos de doenças têm? Esta unidade trata de suas doenças ou é enviada para outra unidade? Quando isso acontece, os profissionais da unidade que encaminhou acompanham o seu tratamento?
4. Procura outra unidade de saúde por sua conta? Se positivo, quais?
5. Conhece o trabalho dos residentes multiprofissionais do ambulatório Araújo Lima? Destes, quais os atendeu? (pergunta exclusiva aos idosos do ambulatório)
5. Conhece o trabalho dos residentes multiprofissionais/ estagiário do CAIMI? Destes, quais os atendeu? (pergunta exclusiva aos idosos do CAIMI)
6. O que acha que pode ser melhorado no atendimento a sua doença/agravo?
7. Conhece a rede sócioassistencial de saúde neste bairro e zona de Manaus?
8. Quais profissionais fazem visita a sua casa? Caso afirmativo para quê?
9. Participa das atividades sócioeducativas realizadas pelos profissionais? Caso afirmativo, o que assimila deles? Auxilia para melhor entender a política de saúde e o tratamento de sua doença e outros recursos da comunidade?
10. Como está sua saúde de modo geral?



**Roteiro de entrevista aos profissionais (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educador físico, farmacêutico ou os que estão diretamente ligados à saúde do idoso neste nível de atenção).**

1. Quais os serviços profissionais que realiza junto aos idosos demandados nesta unidade de saúde?
2. Que atividades sócioassistenciais realizam junto aos idosos? Como é realizado, e quais outros profissionais envolvem? Há boa receptividade dos idosos?
3. Nesta unidade há trabalho de integralidade de ações junto à equipe de profissionais (horizontal) e junto aos outros níveis de atenção (vertical), numa dimensão de referência e contra-referência dentro da área zonal (distrito ou território) e regional?
4. Fale como é realizada essa integralidade de ações pelos profissionais da sua unidade de saúde junto ao usuário idoso?
5. O fato de ter os residentes multiprofissionais treinando atividades profissionais nesta unidade mudou a rotina de trabalho desta unidade? Caso afirmativo, fale dos aspectos positivos e negativos de tê-los junto a sua equipe de trabalho.
6. Na sua unidade de saúde como é realizada a política de saúde, especificamente voltado ao segmento idoso?
7. No que a política de saúde - PNPS de 2006 trouxe para melhor implantar o SUS?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
(DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Idosos

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar do Projeto de Pesquisa “**A integralidade dos serviços de saúde voltados aos idosos e a rede sócioassistencial na atenção secundária (CAIMI da Zona Norte e Ambulatório Araújo Lima) de saúde de Manaus.**” orientado pela Profa. Dra. Yoshiko Sasaki. A pesquisa em questão tem como objetivo principal: Desvelar a integralidade dos serviços de saúde no CAIMI da Zona Norte e Ambulatório Araújo Lima, visando contribuir com novas estratégias de saúde que beneficiem não somente ao idoso, mas também contribuir para melhorias da saúde pública bem como melhorias nessas instituições, assim como os resultados da pesquisa será encaminhado para as instituições pesquisadas: CAIMI da Zona Norte e Ambulatório Araújo Lima.

A participação no estudo é inteiramente voluntária e consiste em apenas responder perguntas de um formulário que será aplicado, sendo que tais informações obtidas poderão ser gravadas e utilizadas para fins do presente estudo, devendo guardar sigilo sobre a minha pessoa. Sei ainda, que posso me negar a responder qualquer pergunta, bem como também me retirar do estudo a qualquer momento que desejar, sem que como isso, eu tenha qualquer prejuízo. Embora saiba que os riscos inerentes à minha participação na pesquisa são mínimos, Foi-me informado que em caso de dúvida posso procurar informação, a qualquer momento, com a responsável deste estudo, a senhora Yoshiko Sasaki, professora da Universidade Federal do Amazonas, através do telefone (92) 3644-3542/ (92) 3305-4579, bem como o CEP no seguinte telefone: (92)3305-5130.

Fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não ganhar nada e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinado, que vou guardar.

Manaus, de de 2013

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

ou



\_\_\_\_\_  
Yoshiko Sasaki  
Coordenadora do projeto

Impressão do dedo polegar  
Caso não saiba assinar

\_\_\_\_\_  
Daiany Cruz Nunes  
Aluna Bolsista do projeto



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
(DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Profissionais

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar do Projeto de Pesquisa **“A integralidade dos serviços de saúde voltados aos idosos e a rede sócioassistencial na atenção secundária (CAIMI da Zona Norte e Ambulatório Araújo Lima) de saúde de Manaus”** orientado pela Profa. Dra. Yoshiko Sasaki. A pesquisa em questão tem como objetivo principal: Desvelar a integralidade dos serviços de saúde voltados aos idosos e a rede sócioassistencial na atenção secundária (Ambulatório Araújo Lima e CAIMI Zona Norte) de saúde de Manaus, visando contribuir com novas estratégias de saúde que beneficiem não somente o idoso, mas também contribuir para melhorias da saúde pública bem como melhorias institucionais, assim como os resultados da pesquisa será encaminhado para as instituições competentes.

A participação no estudo é inteiramente voluntária e consiste em apenas responder perguntas de uma entrevista que será aplicada, sendo que tais informações obtidas poderão ser gravadas e utilizadas para fins do presente estudo, devendo guardar sigilo sobre a minha pessoa. Sei ainda, que posso me negar a responder qualquer pergunta, bem como também me retirar do estudo a qualquer momento que desejar, sem que como isso, eu tenha qualquer prejuízo. Embora saiba que os riscos inerentes à minha participação na pesquisa são mínimos, foi-me informado que em caso de dúvida posso procurar informação, a qualquer momento, com a responsável deste estudo, a senhora Yoshiko Sasaki, professora da Universidade Federal do Amazonas, através do telefone (92) 3644-3542/ (92) 3305-4579, bem como o CEP no seguinte telefone: (92)3305-5130.

Fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não ganhar nada e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinado, que vou guardar.

Manaus, de de 2013.

---

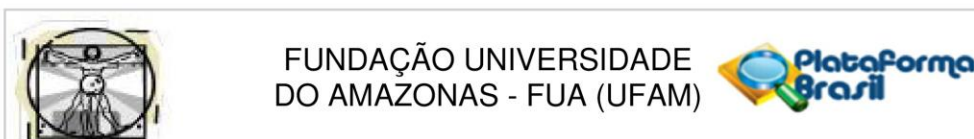
Assinatura Participante da Pesquisa

---

Yoshiko Sasaki  
Coordenadora do projeto

---

Daiany Cruz Nunes  
Aluna Bolsista do projeto



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A integralidade dos serviços de saúde voltados aos idosos e a rede sócioassistencial na atenção secundária (CAIMI da zona norte e Ambulatório Araújo Lima) de saúde de Manaus.

**Pesquisador:** Yoshiko Sassaki

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 02451013.0.0000.5020

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade do Amazonas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 263.814

**Data da Relatoria:** 02/05/2013

### Apresentação do Projeto:

Este projeto faz parte de um projeto mais amplo envolvendo mais dois projetos ao nível de graduação, que irão trabalhar os três níveis de atenção à saúde de Manaus, cabendo a este a atenção básica, conforme detalhada na justificativa. Este projeto busca desvelar a integralidade dos serviços de saúde voltados aos idosos e a rede sócioassistencial na atenção secundária (CAIMI da zona norte e Ambulatório Araújo Lima) de saúde de Manaus. Para sua implementação a pesquisa tem como natureza uma abordagem quantiquantitativa, visto que utilizaremos de dados quantitativos do IBGE, PNAD e do Ministério da Saúde. Dados qualitativos através de formulário aplicados aos usuários idosos e entrevista junto aos profissionais de saúde. O universo Dos profissionais: Universo e amostra igual, porque será o total de profissionais de saúde que prestam serviços profissionais aos idosos neste nível de atenção. Universo dos Idosos: Do universo aproximado de 50 idosos será selecionada uma amostra significativa cada Unidade de atenção secundária (CAIMI da zona norte e Ambulatório Araújo Lima) de saúde de Manaus. O Critério de inclusão na amostra é voluntário e podem sair a qualquer momento sem nenhum prejuízo para os respondentes, e também os idosos participantes. O critério de exclusão são todos os sujeitos que não se encaixam nesse perfil. Técnicas de Pesquisa Quanto às técnicas de pesquisa, utilizaremos de formulário semi-aberto para serem aplicados aos idosos selecionados, bem como de roteiro de

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

**CEP:** 69.057-070

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3305-5130

**Fax:** (92)3305-5130

**E-mail:** cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 263.814

entrevista junto aos profissionais. O Critério de inclusão na amostra é voluntário e podem sair a qualquer momento sem nenhum prejuízo para os respondentes, e também os idosos participantes. O critério de exclusão são todos os sujeitos que não se encaixam nesse perfil.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Desvelar a integralidade dos serviços de saúde voltados aos idosos e a rede sócioassistencial na atenção terciária (CAIMI da zona norte e Ambulatório Araújo Lima) de saúde de Manaus.

Objetivo Secundário:

Verificar o funcionamento dos serviços de saúde voltados aos idosos na atenção terciária (CAIMI da zona norte e Ambulatório Araújo Lima) de Manaus

Caracterizar os serviços de saúde demandados pelos idosos neste nível de atenção

Analisar através de ações sócioeducativas sobre a saúde do idoso sua assimilação de conhecimento sobre o direito à saúde do idoso neste nível de atenção. Identificar a integralidade de ações de saúde realizadas pelos profissionais junto aos idosos atendidos.

Detectar como se dá a referência e contra-referência de serviços voltados de idosos nos três níveis de atenção à saúde de Manaus.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O protocolo traz, segundo a pesquisadora que O trabalho será realizado de acordo com a ética profissional evitando qualquer forma de identificação dos respondentes, utilizando nomes fictícios. Caso haja qualquer constrangimento para algum sujeito durante a pesquisa, os dados e informações selecionados dos sujeitos em questão serão descartados da pesquisa para evitar maiores constrangimentos.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Para sua implementação a pesquisa tem como natureza uma abordagem quanti-qualitativa, visto que utilizaremos de dados quantitativos do IBGE, PNAD e do Ministério da Saúde. Dados qualitativos através de formulário aplicados aos usuários idosos e entrevista junto aos profissionais de saúde. Universo e Amostra: Dos profissionais: Universo aproximado de 20 profissionais de saúde que prestam serviços aos idosos neste nível de atenção (médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, todos os profissionais com nível superior), será

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

**CEP:** 69.057-070

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3305-5130

**Fax:** (92)3305-5130

**E-mail:** cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 263.814

selecionada um de cada área, com uma amostra de 5 profissionais de cada instituição. Universo dos idosos: Do universo aproximado de 50 idosos de cada instituição será selecionada uma amostra significativa de 10 idosos (5 idosas e 5 idosos) de cada unidade (CAIMI André Araújo e Ambulatório Araújo Lima) num total de 20.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Consta dos termos de apresentação obrigatória: todos os elementos do projeto, instrumentos de coleta de dados, TCLE para os dois tipos de sujeitos, termos de anuência dos locais, curriculos dos pesquisadores, folha de rosto. Todos adequados nesta nova versão

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo de pesquisa atendeu em sua totalidade as pendências solicitadas anteriormente, se adequando a resolução 196/96

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

MANAUS, 06 de Maio de 2013

---

**Assinador por:**  
**Ana Paula Pessoa de Oliveira**  
 (Coordenador)

**Endereço:** Rua Teresina, 4950  
**Bairro:** Adrianópolis **CEP:** 69.057-070  
**UF:** AM **Município:** MANAUS  
**Telefone:** (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br