



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – SEAD**  
**PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO**  
**PÚBLICA**

**ROSEMARY MATIAS DE BRITO**

**A FORMAÇÃO DO GRUPO DE TERCEIRA IDADE NO PROGRAMA**  
**SAÚDE DA FAMÍLIA: a busca para legitimar seus direitos**

CAMPINA GRANDE-PB  
2012

**ROSEMARY MATIAS DE BRITO**

**A FORMAÇÃO DO GRUPO DE TERCEIRA IDADE NO PROGRAMA  
SAÚDE DA FAMÍLIA: a busca para legitimar seus direitos**

Trabalho acadêmico de conclusão de curso apresentado à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB na modalidade à distância como requisito para a obtenção do título de especialista em Gestão da Organização Pública, em cumprimento às exigências legais.

Orientadora: Profa. MSC. Fabiana da Silva França

CAMPINA GRANDE-PB  
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

B862f

Brito, Rosemary Matias de.

A formação do grupo de terceira idade no programa saúde da família: a busca para legitimar seus direitos [manuscrito] / Rosemary Matias de Brito. – João Pessoa, 2012.

51 f.

Monografia (Especialização em Gestão da Organização Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Coordenação Institucional de Projetos Especiais - CIPE, 2012.

“Orientação: Prof<sup>ª</sup> Ma. Fabiana da Silva França, UFCG”.

1. Envelhecimento. 2. Programa Saúde da Família.  
3. Idosos. I. Título.

21. ed. CDD 613

ROSEMARY MATIAS DE BRITO

**A FORMAÇÃO DO GRUPO DE TERCEIRA IDADE NO PROGRAMA  
SAÚDE DA FAMÍLIA: a busca para legitimar seus direitos**

APROVADA EM: 24 / 07 / 2012.

Fabiana da Silva França

Profa. Ma. Fabiana da Silva França / UFCG  
Orientadora

Naiana Gondim Pereira Barros Lima

Prof.<sup>a</sup> Ma. Naiana Gondim Pereira Barros Lima / UEPB  
1º Examinadora

Alexandre Santos Lima

Prof. Me. Alexandre Santos Lima / UEPB  
2º Examinador

“Jamais desista de um sonho sem antes ter dado a ele a oportunidade de se tornar realidade”.

(Autor desconhecido)

À minha filha Maria Vitória que é o meu incentivo diário, e razão de minha luta para o aprimoramento acadêmico.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, meu amigo de todas as horas, que me permitiu está aqui, e alcançar mais essa vitória que tanto sonhei. Pela tua proteção, misericórdia e pelas vezes que estando insegura, me desses a certeza que devia prosseguir, pois tu estavas e sempre estaria ao meu lado. Senhor Deus muito obrigada.

Aos meus familiares, especialmente meus pais, irmãos, sobrinhos, pelo apoio constante, pela confiança depositada.

Ao meu esposo Humberto, pelo estímulo diário pelas palavras de incentivo e de carinho. Obrigada por está presente em todos os momentos da minha vida.

A minha sogra, cunhadas e cunhados, que sempre me encorajaram a prosseguir mostrando-me a necessidade da qualificação profissional num mercado de trabalho tão competitivo.

A minha orientadora, Fabiana da Silva França pela disponibilidade em me orientar, mostrando-me sugestões, sua ajuda foi imprescindível para a conclusão desse trabalho.

A minha tutora Sara Henrique pelo compromisso profissional e paciência sempre que eu necessitava, pela troca de experiência tão importante para a conclusão desse trabalho.

A todos os docentes e discentes da UEPB que direto ou indiretamente me ajudaram, meu agradecimento e respeito pelas lições repassadas, tão importantes a minha vida pessoal e profissional.

A todos os usuários do programa Saúde da Família da Pedreira, pois só a partir da assiduidade nas reuniões que foi possível o desenvolvimento das atividades.

## RESUMO

O processo de envelhecimento da população está ocorrendo em nível mundial e traz repercussões nos campos social e econômico, constituindo-se como um fenômeno que apresenta particularidades de um país para outro. Esse acelerado ritmo de envelhecimento cria novos desafios para a sociedade, especificamente para os profissionais que trabalham nesse segmento, que necessitam se preparar para atuar fortalecendo as reivindicações na busca de ampliar os direitos sociais dos idosos. Foi dentro dessa perspectiva que se desenvolveu essa proposta, através de um projeto de intervenção, com o objetivo primordial de compreender a questão da legitimação dos direitos dos idosos do PSF do bairro do Catolé na cidade de Campina Grande-PB. Esse trabalho concretizou-se por meio do método qualitativo e da técnica da entrevista semiestruturada, por permitir adentrar-se no universo dos autores envolvidos. Foram entrevistadas 37 pessoas, com faixa etária entre sessenta e oitenta e cinco anos, sendo a maioria constituída de mulheres. Todos os entrevistados fazem uso de medicação do PSF, embora alguns afirmem ser necessário, algumas vezes, ter que compra-la devido à falta desses na Unidade. Observou-se ao final do estudo, a importância que é o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, uma vez que permite assistir o indivíduo em sua totalidade. O trabalho no PSF apresentou-se como um desafio, no sentido de trabalhar as contradições para que dessa forma se buscasse estratégias para o enfrentamento para as demandas.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Programa Saúde da Família. Idosos.



## **ABSTRACT**

The processes of population aging is occurring worldwide and bring repercussions on social and economic fields, establishing itself as a phenomenon that has some special features from one country to another. This accelerated rate of aging creates new challenges for society, specifically for professionals working in this segment; they need to prepare to act to strengthen the claims seeking to broaden the social rights of the elderly. From this perspective that was developed for this proposal, through an intervention project with the primary objective of understanding the question of the legitimacy of the rights of the elderly in the neighborhood of PSF Catolé in Campina Grande-PB. This work became a reality through the qualitative method and the technique of semi-structured interview, to allow entering into the universe of the authors involved. We interviewed 37 people, aged between sixty and eighty-five years, most were women. All respondents make use of medication of the PSF, although some claim to be necessary, sometimes having to buy it due to lack of the Unit. There was the end of the study, the importance that the work is interdisciplinary and multidisciplinary, since it allows the individual to watch in its entirety. The work presented in the PSF as a challenge, to work out the contradictions to which this forms if searching for strategies to cope with the demands.

Keywords: Aging. Family Health Program. Elderly.

## LISTA DE SIGLAS

ONU (Organização das Nações Unidas)  
LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social)  
PNI (Política Nacional do idoso)  
AME (Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento)  
PAME (Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento)  
SUS (Sistema Único de Saúde)  
NOB (Norma Operacional Básica)  
NOAS (Norma Operacional de Assistência a Saúde)  
AIH (Autorização de Internação Hospitalar)  
FEM (Fator de Estímulo à Municipalização)  
CES (Conselho Estadual de Saúde)  
CMS (Conselho Municipal de Saúde)  
PAB (Piso de Atenção Básica)  
PPI (Programação Pactuada Integrada)  
PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde)  
PSF (Programa Saúde da Família)  
SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade)  
SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)  
BNH (Banco Nacional de Habitação)  
ABEP (Associação Brasileira de Estudos Populacionais)

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	12
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	12
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
<b>3.1 A terceira idade: uma questão em debate</b> .....	13
<b>3.2 Contextualização sobre o envelhecimento mundial</b> .....	13
<b>3.3 Políticas públicas</b> .....	18
<b>3.4 Políticas para a terceira idade</b> .....	19
4 BREVE HISTÓRICO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	25
<b>4.1 A política de saúde no contexto dos anos 80 à atualidade</b> .....	25
<b>4.2 Programa Saúde da Família: estratégia para a consolidação do SUS</b> .....	29
<b>4.3 O programa Saúde da Família na cidade de Campina Grande-PB</b> .....	31
5 METODOLOGIA.....	33
<b>5.1 Caracterização da pesquisa</b> .....	33
<b>5.2 Ambiente da pesquisa</b> .....	34
<b>5.3 Instrumentos de coleta de dados</b> .....	34
<b>5.4 Procedimentos de coleta de dados</b> .....	35
6 A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO COM A TERCEIRA IDADE NA COMUNIDADE DA PEDREIRA DO BAIRRO DO CATOLÉ.....	37
<b>6.1 A realidade da comunidade da Pedreira do Catolé</b> .....	37
<b>6.2 A experiência: a aproximação com a temática da terceira idade</b> .....	39
<b>6.3 A terceira idade como objeto de intervenção</b> .....	41
<b>6.4 Perfil do usuário</b> .....	41
<b>6.5 A participação dos idosos no PSF e na comunidade</b> .....	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
APÊNDICES.....	50
ANEXOS.....	52

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento da população está ocorrendo em âmbito mundial e traz repercussões nos campos social e econômico. Portanto, faz-se necessário uma concentração de esforços nas diversas áreas profissionais, com o objetivo de conhecer um pouco mais sobre o fenômeno do envelhecimento.

Portanto, o tema envelhecimento, que antes era de conhecimento da geriatria e da gerontologia, há alguns anos passou a ganhar repercussões em outras áreas. De certa forma, o envelhecimento populacional aliado à falta de políticas públicas não atendem de forma eficaz essa nova demanda, pois têm deixado preocupações em alguns segmentos da sociedade, principalmente em descobrir meios eficazes para que o idoso possa envelhecer de forma bem mais salutar. Contudo, percebe-se que os comportamentos atribuídos aos idosos referem-se à passividade e imobilidade. Por outro lado, os estudos têm demonstrado que atividades físicas podem contribuir substancialmente na melhora da qualidade de vida dos idosos (MOTTA *et al.* 1995).

No Brasil, especificamente o processo de transição demográfico, mudou em poucas décadas o padrão de fecundidade feminina provocando uma forte desaceleração na taxa de crescimento demográfico. Em 1991 havia uma taxa de fecundidade de 2,6% e no ano de 2010 houve uma redução para 1,86%. Assim de forma relativa, aumenta consideravelmente o número de pessoas que ultrapassam os 60 anos (IBGE, 2010).

Segundo a apreciação da ONU, estima-se que em 2025, cerca 22,1% da população mundial terão 60 anos ou mais. Foi a partir do reconhecimento dessa realidade que surgiram as primeiras preocupações para se trabalhar com a temática que fizesse alusão à idade. Dessa forma, a experiência junto aos idosos da localidade da Pedreira no bairro do Catolé, possibilitou uma vivência mais concreta com a temática. Portanto, esse trabalho objetiva documentar essa experiência junto ao grupo de idosos cadastrados no Programa Saúde da Família (Catolé), situado no município de Campina Grande-PB. A partir das atividades que foram realizadas com o grupo de idosos na comunidade acima referida, se teve a oportunidade de vivenciar alguns momentos de luta em busca de seus direitos, contribuindo assim,

para uma rica experiência para ambos os segmentos ora envolvidos, uma vez, que a proposta de trabalho foi de intervir na busca e reconhecimento da cidadania.

Neste trabalho haverá sete seções onde serão relacionadas as várias abordagens alusivas à temática proposta, sistematizando de forma clara a experiência vivenciada. Na primeira seção se fará uma explanação a respeito do desenvolvimento do trabalho, ou seja, de cada etapa do mesmo. Na segunda seção, procura-se definir os objetivos. Na terceira seção se fará uma abordagem acerca do processo de envelhecimento da população, contextualizando-a em âmbito mundial e mais especificamente no Brasil, fundamentando-se em dados demográficos e em autores especializados na área. Na quarta seção, abordar-se-á a política de saúde no Brasil no contexto dos anos 80 do século passado, até os dias atuais, dando especial destaque à implementação do SUS e as NOBS, já que é a partir dessas que é regulamentado o Programa Saúde da Família como uma estratégia de consolidação do SUS. Ressaltar-se-á ainda, a criação do PSF no município de Campina Grande e sua implantação na comunidade da Pedreira do bairro do Catolé. Na quinta seção abordar-se-á a metodologia aplicada para o desenvolvimento do trabalho. Na sexta seção procurar-se-á sintetizar a experiência vivenciada junto ao grupo de idosos, em princípio, contextualizado a comunidade da Pedreira e o PSF, em seguida é feito um relato acerca da aproximação com a temática da terceira idade, destacando-se as experiências adquiridas com os idosos, finalizando a seção com os resultados da pesquisa. Na sétima seção, far-se-ão algumas considerações acerca da experiência vivida, analisando-se a importância da contribuição dos profissionais envolvidos para a formação do grupo de terceira idade, bem como os entraves e as possibilidades para o bom desempenho das atividades propostas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender a questão da legitimação dos direitos dos idosos do PSF da comunidade da Pedreira no bairro do Catolé, na cidade de Campina Grande-PB.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Mostrar aos idosos um espaço plural para discussões sobre o envelhecimento humano.
- b) Escolher junto à equipe multiprofissional, atividades de terapia ocupacional e atividades físicas, no intuito de melhorar a saúde biopsicosocial dos idosos.
- c) Verificar o potencial criativo de cada idoso através de oficinas com temas variados que sejam de interesse dos mesmos.

## **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **3.1 A terceira idade: uma questão em debate**

Nessa seção far-se-á uma abordagem sobre o envelhecimento mundial, procurando dar ênfase ao contexto brasileiro e sobre as políticas públicas direcionadas para a terceira idade e, em seguida, tecer uma discussão sobre as estratégias de enfrentamento para essa questão e do grande desafio que é viabilizar políticas públicas para a terceira idade que realmente atendam a demandas tão crescentes.

### **3.2 Contextualização sobre o envelhecimento mundial**

Envelhecimento e longevidade são fenômenos decorrentes de todo processo de transformação societária. A longevidade da população que está ocorrendo em âmbito mundial, traz repercussões nos campos social e econômico e constitui-se como um processo que apresenta particularidades de um país para outro (PINHEIRO, 2004).

O ser humano nunca viveu tanto, essa longevidade e a expectativa de vida cresce com o decorrer da história (BERZINS, 2003).

No século XVIII, a expectativa de vida era de cerca 30 anos. Já na metade do século XIX, houve um aumento de cinco anos na vida humana e entre 1900 e 1915, do século passado, observou-se um acréscimo de mais de dez anos de vida dos indivíduos (BERZINS, 2003).

Portanto, ao se analisar o envelhecimento da população mundial, observa-se que este cresce num ritmo muito acentuado.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a população de idosos no mundo já ultrapassam os 700 milhões de pessoas e este crescimento vai continuar com uma taxa de 2% ao ano (BERZINS, 2003).

Contudo, se essas estimativas continuarem, deve-se ter por volta do ano 2025, uma superação da população idosa em comparação à população mundial, que deve saltar dos seis bilhões para dez bilhões, enquanto que o número de idosos deve triplicar, passando para dois bilhões, ou seja, quase 25% da população do planeta (BERZINS, 2003).

De acordo com os anais do I Congresso Internacional “envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século” ocorrido no mês de julho de 1996, em Brasília, num contexto mundial, o envelhecimento tem como causas a transição demográfica, ou seja, a mudança de situação caracterizada por alta mortalidade/alta fecundidade para a caracterizada por baixa mortalidade/baixa fecundidade, conseqüentemente, menos crianças e mais idosos.

No entanto a diferença está nas condições através das quais tais mudanças ocorreram de um país para outro. Segundo Victor Alba *apud* Berzins (1998):

[...] Na Áustria, a porcentagens dos anciãos passou de 29% em 1971, para 40% em 1990 [...] na Noruega havia em 1990, 45% de anciãos e quase 50% de anciãs. A porcentagem de maiores de 65 anos é de 22,3% na Bélgica, 25,2% na Dinamarca, 28% na Alemanha, 21,2% na Grécia, 23,3% na Espanha, 23,1% na França, 17,2% na Irlanda, 24,9% na Itália, 25% na Holanda, 20% em Portugal e 20% na Grã-Bretanha (1992, p. 28).

Nos países desenvolvidos, a partir da Revolução Industrial, contingentes da população passaram a viver com melhores condições nutricionais, ambientais, de trabalho, de saneamento e de moradia. Dessa forma, as causas de morte prematura tornaram-se menos frequentes, como também as infecções respiratórias da infância, como tuberculose, sarampo, difteria e suas complicações, entre outras patologias. Nesses países as taxas de fecundidade diminuíram também de forma lenta, uma vez que as mulheres estavam alcançando níveis educacionais mais altos e, portanto, expectativas diferentes para suas vidas, além dos métodos contraceptivos.

Especificamente no Brasil, em poucas décadas, o processo de transição demográfica mudou o padrão de fecundidade feminina o que provocou uma forte desaceleração na taxa de crescimento demográfico. Em 1991 havia uma taxa de fecundidade de 2,6% entre as famílias e a partir do ano de 1999, começou a declinar chegando aos 2,3%. De acordo com dados do IBGE, em 2010 a taxa de fecundidade no Brasil registrou uma queda no número de filhos por mulher, caindo para menos de dois.



Dessa forma, aumenta visivelmente o número de pessoas que ultrapassa os 60 anos e, simultaneamente, o Brasil perde a condição de “país jovem” para ser um país que está gradativamente envelhecendo.

A cada década a expectativa de vida do brasileiro aumenta. Em 1960 era de 51,6 anos, em 1999 passou para 68,5 anos. A população idosa no Brasil em 2000 representava 8,6%, ou 14.536.029 pessoas, ou seja, de 1991 a 2000 houve um aumento de quatro milhões de idosos. De acordo com o censo do IBGE de 2010, o Brasil tem 18 milhões de pessoas acima de 60 anos, o que já representa 12% da população brasileira.

O censo de 2010 mostrou que os Estados das regiões sudeste e sul ainda apresentam o maior número de idosos. Nos outros Estados esse percentual é mais baixo devido aos altos níveis de fecundidade no passado.

No caso brasileiro, essas conquistas têm sido, sobretudo, fruto da tecnologia médica que através de intervenções conseguiu o controle de mortes prematuras com vacinas e antibióticos, praticamente inexistentes até a primeira metade do século XX, conseguindo, dessa forma, prevenir e tratar eficazmente grande parte das enfermidades infecciosas que matavam grande parte da população. Além disso, as quedas na taxa de natalidade, que no passado dependiam de um nível educacional alto, já que os métodos contraceptivos eram de difícil acesso, hoje podem ser alcançados com mais facilidade, portanto, as mulheres podem ter acesso e fazer uso de métodos contraceptivos nunca imaginados por suas mães.

Isso quer dizer que o Brasil teve avanços na melhoria das condições de vida, mais ainda é pouco ao se equiparar com os países desenvolvidos, uma vez que existe uma grande parcela da população vivendo em condições precárias, sem água potável, sem saneamento básico e sem alimentação adequada. Dessa forma, essa longevidade se deve muito mais ao avanço tecnológico do que ao desenvolvimento socioeconômico (VEIGA, 2005).

Se por um lado se consideram que o envelhecimento populacional é o resultado de sucessos substanciais de saúde pública nos últimos 50 anos, por outro lado, o grande desafio é o “estabelecimento da garantia de melhores níveis de vida e bem estar da população brasileira, através da redução da pobreza em todas as idades e melhor redistribuição da renda nacional” (KALACHE apud BERZINS 2003, p. 13).

De acordo com Marília Anselmo (2003, p. 33)

O envelhecimento diz respeito a toda a sociedade. As crianças que nascem no Brasil de hoje têm uma expectativa de vida de 68 anos. Se essas crianças tiverem atendidas as condições de cidadania e dignidade no decorrer dos anos que viverão, certamente, quando se tornarem idosas, terão níveis melhores de vida e de justiça social.

Evidenciam-se partindo de todas as reflexões acima, a necessidade das pessoas em geral e principalmente os profissionais de saúde, compreenderem o processo de envelhecimento e suas peculiaridades de forma a direcionarem seus esforços na construção de um futuro digno e humano para todos sem exceção.

No Brasil, a preocupação com os aspectos relativos ao processo de envelhecimento e com a velhice é muito recente. Isso deu a partir dos anos 70 do século passado, quando no país já se apreciava os cabelos brancos de um país jovem, é que a problemática da velhice ultrapassou a preocupação pessoal para tornar-se uma preocupação da sociedade porque esse processo já atingia as áreas cultural, social e política (VIEIRA,1991).

Camarano (apud BERZINS) afirma que:

O envelhecimento da população brasileira só entrou na agenda de pesquisa em 1998 durante o VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Desde então 32 trabalhos foram apresentados nos encontros nacionais e a Revista Brasileira de Estudos Populacionais publicou cinco trabalhos (2003, p. 2).

A Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), segue realizando esses encontros e de 20 a 24 de novembro de 2012 haverá o XVIII encontro em Águas de Lindóia-SP, com o tema que aborda as transformações na população brasileira, enfocando a complexidade, as incertezas e as perspectivas.

Os estudos demonstram que houve uma determinada mudança na postura acerca do processo de envelhecimento, diferente de algum tempo atrás em que a sociedade olhava para a velhice com muitas restrições e ideias preconcebidas como se essa fase fosse um período tempestuoso de total decrepitude.

Salgado destaca que:

Valores culturais sedimentados através dos anos qualificaram estritamente o potencial da juventude, em detrimento da idade madura e da velhice, os quais acabaram por serem interpretados como um misto de improdutividade e decadência (1982, p. 23).

Ao longo da história o pensamento que prevaleceu e foi absorvido pelas pessoas, era a imagem de uma velhice carregada de estigmas, onde eram evidenciados os aspectos negativos, decadentes e não os aspectos positivos de sua personalidade como: a sabedoria, o discernimento e a experiência. O que sempre se evidenciou, foram as perdas: a decadência, a decrepitude, como se o idoso fosse uma pessoa incapaz e doente que vive em uma cadeira esperando a morte chegar.

Segundo Paschoal [...] “a imagem que a mídia difunde tradicionalmente é a de uma pessoa encurvada, de bengala, quase cega, surda e gagá” (1996, p. 41).

É importante salientar que nesses últimos anos essa imagem mudou muito, mas ainda é necessário derrubar estigmas carregados ao longo dos anos, o que vai pesar no idoso não é a idade, mas a ideia que fazem dos mesmos, pois no seu cotidiano são obrigados a carregar consigo um conjunto de convenções sociais. Não é por acaso que muitas pessoas acabam se ofendendo ao serem chamadas de “velhas”, pois sempre relacionam ao substantivo “velho” a algo já muito usado, que não serve mais.

Como afirma Beauvoir sobre o velho: “toda uma tradição carregou essa palavra de um sentido pejorativo, ela soa como um insulto. Assim, quando ouvimos nos chamarem de velhos, muitas vezes reagimos com cólera” (1990, p. 353).

Infelizmente, para envelhecer numa sociedade que tem como modelo a juventude, é necessário enfrentar o preconceito e valores estigmatizados que destacam mais os aspectos negativos dessa etapa da vida.

De acordo com Medeiros:

O envelhecimento não é um evento com data marcada, mas é um processo que se dá durante toda a nossa trajetória. Nascemos envelhecendo, e durante toda a nossa vida sempre somos mais jovens e mais velhos que alguém. O envelhecimento é um processo e a velhice é uma etapa da vida (2003, p.188).

Dessa forma, aos poucos a sociedade começa a analisar o envelhecimento como um processo pessoal, multidimensional e multivariado, ou seja, divergente de pessoa para pessoa, de grupo para grupo e de época para época. É necessário apreender que essas diferenças passam também pelas questões econômicas, culturais, portanto, não é possível estabelecer conceitos universais e nem uma terminologia padronizada para o envelhecimento.

Em termos culturais, a velhice certamente é percebida de forma diferente em um país com uma expectativa de vida, ao nascer, de 42 anos como Serra Leoa, na África, comparado a um país com uma expectativa de vida, ao nascer, de 82 anos como o Japão, (dados da ONU de 2010), onde existe toda uma tecnologia voltada para atender o idoso, e esse dispõe de todas as possibilidades de ter uma vida digna.

Essas diferenças também se estendem a um contexto regional e até local uma vez que numa cidade na qual as pessoas vivem em favelas superpovoadas, a velhice será uma experiência diferente daquela vivida por pessoas que moram em casas luxuosas com amplas possibilidades para lazer, viagens e outras.

Ocorre que, se por um lado envelhecer significa passa por perdas decorrentes, principalmente de mudanças na aparência física, por outro pode significar aquisições que só podem ser obtidas por meio do acúmulo de experiências vividas no decorrer dos anos.

Sendo assim, por ser um processo natural da vida, a velhice deve ser vivida com muita intensidade, seriedade, dignidade, prazer, pois significa que o indivíduo ultrapassou barreiras, construiu caminhos, sem falar na bagagem de experiência acumulada que faz com que o idoso enfrente com muita sabedoria e ponderação os problemas do cotidiano. Cabe a cada um a responsabilidade de construir novos significados para o envelhecimento, desta vez apontando os aspectos positivos presentes no idoso, para que gradativamente se altere a imagem social da velhice.

### **3.3 Políticas públicas**

O tema sobre políticas públicas é discutido em todas as áreas do conhecimento, mas é no âmbito da ciência política que o tema ganha destaque. Falar em política é dizer que são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público, regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade; outras vezes são mediações entre atores da sociedade e do Estado. Nesse caso, são formuladas em documentos (leis, programas, documentos, linhas de financiamento), que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de

recursos públicos. Nem sempre porém, há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e ações desenvolvidas (TEIXEIRA, 2002).

Mesmo depois de longos anos em estudos e implementações de algumas políticas públicas ainda não se conseguiu sanar a questão da desigualdade social. De modo particular os países da América Latina ainda não conseguem administrar os recursos públicos, bem como equacionar os bens em benefício de sua população, para que ocorra de forma eficaz a inclusão dos excluídos (TEIXEIRA, 2002).

Para alguns autores, dentre eles Meksenas (2002), as políticas públicas não são um mecanismo utilizado para ajudar os mais excluídos a ascender socialmente, mas uma forma que o capital utiliza para se manter no poder sem que a parte periférica da sociedade reclame, o autor sobre o assunto escreve que:

O conceito de políticas públicas aparece vinculado ao desenvolvimento do Estado capitalista e esse as relações de classe. No século XX, as políticas são definidas como um mecanismo contraditório que visa a garantia da reprodução da força de trabalho (MEKSENAS, 2002, p. 77).

Portanto, Meksenas mostra que o Estado na maioria das vezes usa os recursos públicos para investir em grandes empresas geralmente multinacionais, excluindo a população que deveria ser os primeiros beneficiários desses recursos, aumentando cada dia mais o seu domínio e mantendo o controle sobre os mais excluídos. Mesmo com a descentralização das políticas públicas após a Constituição de 1988 e os mecanismos de controle social vislumbrar avanços, ainda se tem muito a percorrer para que o processo decisório seja realmente compartilhado com todos os envolvidos nas políticas públicas.

### **3.4 Políticas para a terceira idade**

Sabe-se da dificuldade que é para os idosos conquistar um novo lugar e significado na sociedade quando se tem valores construídos socialmente. E esse desafio torna-se particularmente interessante quando enfrentado junto ao segmento idoso, onde é comum encontrar pessoas que viveram toda uma vida privada da possibilidade de fazer uma reflexão sobre o significado da sua condição de cidadão.

Daí a grande responsabilidade da sociedade civil e do segmento idoso na busca da construção de uma cidadania, principalmente para eles que até recentemente não entendiam a cidadania a partir dos interessados, dos desiguais e dos excluídos.

Cabe ressaltar que o idoso a partir dos anos 80 do século passado, quando se vislumbrou a questão sobre o envelhecimento populacional e toda a sua problemática, cansado de esperar solução dos poderes públicos, assumiu sua identidade e buscou a sua cidadania.

De acordo com Haddad (1996, p. 54), “os aposentados, sentindo a deterioração e a defasagem dos seus proventos aglutinaram-se em associações, confederações e foram à luta”.

Somente dessa forma os idosos tiveram força para combater os discursos demagogos e com a soma desses esforços conseguiram vencer a batalha dos 147% de aumento para os benefícios. Nessa luta organizada, puseram a público o sistema social e previdenciário caótico em que vivia o povo brasileiro e lutaram contra o descaso de mais de vinte milhões de aposentados.

Esse fato foi, sem dúvida, um avanço significativo, porque foi a partir daí que começaram a se dar conta de quantas coisas tinha-lhes sido impostas ao longo de suas vidas e da necessidade de mudar sua visão a respeito de muitas verdades tidas como valores absolutos.

É também a partir dos anos 80 e 90 do século XX que foram observadas várias conquistas para os idosos como: promulgação das primeiras leis de amparo à velhice, a garantia de direitos na Constituição federal de 1988, a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS/1993), da Política Nacional do Idoso (1994), o Estatuto do Idoso (2003).

A partir daí, pôde-se constatar a efetivação dos direitos dos idosos, pelo menos em termos jurídicos. No entanto Demo (2001, p. 61) destaca que “não basta consignar os direitos na letra, fazer declarações verbais, aprimorar textos constitucionais, se os interessados não urgirem na teoria e na prática seus direitos”.

Dessa forma só existirá efetivação de direitos e conseqüentemente cidadania, se houver a prática de reivindicações, para isso acontecer é imprescindível que o idoso exerça seus direitos e deveres, até porque, como ainda lembra Demo (2001,

p. 61), “no fundo existe uma ironia, mas que é profundamente lógico: direito é algo incondicionalmente devido, porém só se efetiva se conquistado”.

Portanto, deve-se superar a tendência da redução da cidadania ao conhecimento dos direitos e deveres civis e políticos e entender que a cidadania é exercício, é movimento, um processo constante de um aprendizado social na construção de novas formas de relação que possa contribuir para a formação e a constituição de cidadãos como sujeitos sociais ativos (BRUNO, 2003).

Dessa forma, a cidadania deve ser entendida como um conceito amplo, que ultrapassa as necessidades básicas e atribui ao homem liberdade de pensamento e prática política.

E como forma de efetivação da cidadania, tem-se toda uma legislação de amparo ao idoso, que se vê a seguir, porém detendo-se apenas em alguns artigos da Lei Orgânica da Assistência Social, da Política Nacional do Idoso (PNI) e do Estatuto do Idoso.

Observa-se que a preocupação em buscar soluções para os problemas pertinentes à terceira idade se estende para a busca de integrá-lo ao meio e atendê-la nas suas múltiplas necessidades de atenção a saúde e ao social.

Em termos de avanços, a constituição de 1988 significou a possibilidade de uma participação efetiva na sociedade, culminando com a garantia de diversas leis que vieram atender à expectativa de vários segmentos sociais.

Na Constituição Federal de 1988, há uma série de recursos jurídicos que ampara o idoso brasileiro, indo desde o voto facultativo até a assistência ao transporte gratuito. Há ainda descrito em seu artigo 6º, a definição dos direitos sociais, tais como: educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social.

Ou seja, amplia-se na forma da lei a concepção de direito, no entanto, as condições objetivas demonstram que a tão sonhada legitimação de direitos, parece se estender a alguns grupos que, de certa forma já tem uma vida digna por ter recursos financeiros enquanto que, para a grande maioria, efetiva-se na verdade a “legitimação de deveres”.

É ainda nesse contexto de implementação de leis, que se tem a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 que dispõe no artigo 2º inciso V: a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa

portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a sua própria manutenção ou tê-la privada por sua família.

No entanto, mais adiante no artigo 20º, parágrafo 3º afirma, “considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência física ou idosa, a família cuja renda per capita seja inferior a um quarto do salário mínimo”.

Dessa forma, só receberá esse benefício a família que tiver uma renda de até cento e cinquenta e cinco reais, tendo como base o salário mínimo de 622,00 reais. Há toda uma burocratização na efetivação dos direitos uma vez que exclui e dificulta o acesso dos indivíduos, fazendo com que as pessoas desistam de ir a busca de seus direitos.

É importante destacar também que as ações do Estado no sentido de dar respostas as demandas dos idosos não são iniciativas pioneiras e autônomas, mas estão atreladas as pressões exercidas pela sociedade civil e pelo próprio segmento idoso.

Como exemplo, há a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94), regulamentada em 1996, através do decreto nº 1.948, pelo então presidente da república. Antes de se deter nela é necessário falar sobre o contexto histórico que a motivou.

No ano de 1982 foi realizada em Viena uma Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (AME). Nessa foi traçado o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento (PAME), somente a partir desse evento que foram intensificados os estudos e as pesquisas sobre as questões do envelhecimento, mostrando a preocupação de países centrais e periféricos. Portanto, o PAME constitui-se durante aquela década num importante balizador para a orientação das políticas voltadas para a terceira idade. No Brasil, só depois de uma década da realização da AME, é que se tem um marco nas políticas voltadas para os idosos, com a política nacional do idoso (MOUREIRA, 1998).

Essa política visa assegurar os direitos sociais do idoso, pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, “criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. A PNI estabelece ainda:

- a) Participação do idoso na sociedade, através de organização, com a finalidade de promover a integração com os demais.
- b) A priorização do atendimento pela família ao invés dos asilos.



- c) A reciclagem de recursos humanos em geriatria e gerontologia.
- d) Priorização do atendimento em órgãos públicos e privados, desde que desabrigados e sem família.
- e) A difusão da informação sobre os planos, programas e projetos destinados a este segmento bem como dos aspectos biopsicossociais que estão ligados ao processo de envelhecimento.
- f) O estímulo à criação de atendimento não asilar.

Esses pontos descritos acima, remetem a uma questão: a responsabilidade da comunidade, e principalmente da família, em relação ao cuidado dos idosos aumenta, ao passo que o Estado, mais uma vez, passa a diminuir sua parcela de participação nas questões cruciais que envolvem os segmentos desprivilegiados da população.

E para preencher algumas lacunas da PNI, foi elaborado e aprovado o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003. Vale ressaltar que o mesmo passou mais de cinco anos no Congresso Nacional sendo aprovado apenas em 2003. O estatuto traz 118 artigos que regulamentam os direitos para as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Em suas disposições preliminares do Estatuto está escrito 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, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003 ,p.17).

O Estatuto ainda acrescenta novos benefícios já demarcados pela PNI, tais como:

[...] Aos idosos, a partir de 65 anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1(um) salário mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS .

[...] O benefício já concedido a qualquer membro da família, não será computado para fins de cálculo da renda familiar per capita a que se refere a LOAS (BRASIL,2003,p.23).

De certo que o Estatuto não só reconhece, mas formaliza os direitos dos idosos. No entanto, quando se vai para as condições objetivas, sabe-se que há um grande distanciamento entre a legislação e a realidade dos idosos no Brasil.

O processo de envelhecimento e da velhice necessita ser objeto de novas propostas profissionais, de novos investimentos sociais e de uma nova postura da sociedade brasileira, acima de tudo é necessário que os profissionais que trabalham com esse segmento se preparem para atuar junto com eles nas reivindicações de seus direitos e na afirmação de sua cidadania.

## 4 BREVE HISTÓRICO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

### 4.1 A política de saúde no contexto dos anos 80 à atualidade

A partir dos anos 80 do século passado visualizam-se profundas mudanças na condução das políticas públicas, em virtude do agravamento das desigualdades sociais em todo mundo, sobretudo, nos países de terceiro mundo, como é o caso do Brasil, fruto da hegemonia neoliberal que impõe seus preceitos e acaba afetando de forma profunda os sistemas de saúde (BRAVO, 2002).

Nesse período, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivencia um processo de democratização política com a superação do regime ditatorial instalado a partir de 1964, experimenta também uma profunda e prolongada crise econômica, trazendo resquícios até os dias atuais.

No entanto, vale destacar que os anos 80, do século XX, foi também um período de importante valor político, social e ético, pois ocorreram significados movimentos de reivindicações e lutas, principalmente em relação à saúde e cidadania.

Luz (1991), comenta que:

A partir de 1983, a sociedade civil organizada saiu às ruas para pedir junto ao congresso, firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive, o direito à saúde visto também como dever do Estado. Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é como dimensão social da cidadania (p. 206).

Tal afirmação mostra o processo de transição de um regime militar para uma situação de estabilidade democrática que deveria superar os problemas sociais e políticos herdados do passado. É relevante salientar que nesse cenário ocorreram diversos debates e divergências oriundas das políticas institucionais, resgate da participação popular, além do confronto de interesses econômicos e políticos tanto nos ministérios quanto no congresso.

Somente a partir da constituição federal de 1988 traduzida no artigo 196, a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, enquanto acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (CONH, 2003, p. 50).

Diante do exposto pôde-se observar que o processo constituinte representou no plano jurídico a viabilização dos direitos sociais num contexto de lutas, avanços e recuos.

Dentro desse contexto de crise e mobilização social por melhores políticas sociais na década de 80 do século passado, a saúde foi uma das áreas que mais obteve mudanças a partir da construção do projeto de Reforma Sanitária que contribuiu para transformar a política de saúde em elemento fundamental na conjuntura de estabilização da ordem política.

Esse projeto propõe uma relação diferenciada do Estado com a sociedade e incentiva a presença de novos sujeitos sociais, profissionais da área de saúde, lideranças de intelectuais da área de saúde coletiva, estudiosos da saúde pública, da medicina social e profissionais do setor articulados com o movimento popular na definição da política de saúde através de mecanismos como os conselhos e as conferências de saúde como um direito do cidadão brasileiro (BRAVO, 2002).

De acordo com Luz, o movimento de reforma sanitária buscava a reversão do modelo predominante. Lutava-se pela instalação de uma rede pública capaz de oferecer cuidado integral, indo das medidas preventivas às intervenções cirúrgicas complexas. Propunha-se também a montagem de um sistema de referência e contra referência entre as diferentes unidades de saúde, além da criação de formas de participação da população e dos profissionais da área na gestão dos serviços de saúde (LUZ,1991).

Como enfatiza Bravo (1996), um marco importante para esse período entre as lutas e manifestações favoráveis ao movimento de Reforma Sanitária merece destaque a VIII Conferência de Saúde, em 1986, que teve como tema central “o direito e a cidadania”, e também a reformulação do Sistema Nacional de Saúde.

A partir da Constituição Federal de 1988, consagrou-se uma série de direitos sociais no país e incorporam-se algumas das propostas adotadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, entre os quais se destacam: a Universalidade, que afirma que todos os indivíduos devem ter direito aos serviços públicos; a descentralização, que prevê a administração da política de saúde através de níveis de governo (federal, estadual e municipal); a Hierarquização, que determina que a prestação de serviços de saúde tenha uma hierarquia conforme a complexidade das demandas; a Integralidade, que unifica a assistência curativa como assistência

preventiva; a regionalização, que privilegia as demandas em termos locais; a participação popular, a forma como a sociedade organizada participa do planejamento da fiscalização e da execução das políticas de saúde local (BRAVO, 2002, p.46).

De acordo com Bravo (2001) o sistema universalista de saúde surge com a legitimação constitucional de 1988, a partir da democratização da sociedade brasileira sofrendo impasses e regressões na década de 90 do século XX. Logo após a incorporação pela Constituição Federal, o SUS só foi regulamentado três anos após com as leis 8.080/90 e 8.142/90. Esta última, promulgada em 28 de dezembro de 1990, trata da participação popular na gestão do SUS e da transferência intergovernamental de recursos financeiros na área de saúde, que são: as conferências e os conselhos de saúde.

Bravo (2002), salienta que:

As conferências de saúde são eventos que devem acontecer periodicamente no intuito de discutir a política de saúde em cada esfera e propor diretrizes de ação. As deliberações das conferências devem ser entendidas como norteadoras da implantação da política de saúde e, portanto, visam influenciar as discussões travadas no conselho de saúde. Este é entendido como um espaço composto por usuários gestores da saúde, prestadores de serviços e trabalhadores em saúde, funcionam em caráter permanente, deliberativo e paritário (BRAVO, 2002, p.47).

Cabe salientar que essas duas instâncias colegiadas representam um avanço porque são importantes instrumentos de controle social, no entanto, muitos conselhos ainda hoje não conseguem ter um potencial significativo, muitos dos entraves decorrem da cultura política presente ao longo da história brasileira, que não permitiu a criação de espaço de participação no processo de gestão das políticas públicas.

No contexto dos anos 90 do século passado, foi vivenciada a afirmação da hegemonia neoliberal que trouxe como consequência a redução dos direitos trabalhistas; desemprego estrutural; precarização do trabalho; desmonte da previdência pública e sucateamento da saúde e educação. Dessa forma, tende a debilitar os espaços de representação coletiva e controle social sobre o Estado, conquistas asseguradas na constituição de 1988 (BRAVO, 2002).

Ainda de acordo com Bravo (2002), é também nessa década que se inicia a tentativa de implementação de um projeto autoritário de descentralização, operado

pelo governo Collor de Melo através de normas operacionais instituídas a partir de 1991 e que assumiu a nomenclatura de NOB e previa estabelecer uma articulação direta entre a esfera federal e as instâncias municipais. As normas operacionais são orientações específicas e pactuadas para organizar o modelo de gestão, alocar recursos, promover a integração entre as esferas de governo e promover a transferência das responsabilidades do SUS para os Estados e municípios.

Indo para um contexto mais atual, havia uma expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto de reforma sanitária que foi questionado nos anos 90 do século XX, havendo na época, a consolidação do projeto privatista. No entanto apesar de explicitar que tinham como desafio a incorporação da agenda ética e política da reforma sanitária, pelas suas ações manteve-se a polarização entre os dois projetos. Em algumas proposições procurava fortalecer o primeiro projeto e, em outras se manteve o segundo projeto, quando as ações enfatizavam a focalização e o desfinanciamento. (BRAVO, 2004).

Em janeiro de 2011, assume o governo federal a presidente Dilma Rousseff, que prioriza e dá continuidade a programas do governo anterior e tendo como principais propostas para a saúde, salientando-se que são ações que visam minimizar os problemas vivenciados pela população. No entanto, a realidade mostra que tais ações estão longe de sanar as deficiências desse setor, oriundas de um longo processo histórico, que continua a excluir grande parcela da população do direito adquirido à saúde. A seguir são relacionados dados que mostram que a partir do governo Lula a população em geral teve acesso à saúde através de prioridades criadas nesse governo, como a:

- a) Criação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAS).
- b) Inclusão de remédios contra diabetes e hipertensão na lista de medicamentos gratuitos da rede pública.
- c) Ampliação dos programas Brasil Sorridente, Saúde da Família e SAMU.
- d) Criação do cartão do SUS, no intuito de melhorar a gestão do sistema.

## 4.2 Programa Saúde da Família: estratégia para a consolidação do SUS

Como já foi abordado, a partir da segunda metade da década de 90 do século passado, no Brasil, o Ministério da Saúde, com o objetivo de “promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde no país, define em seu plano de ações e metas prioritárias, as estratégias de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde”, através das NOB/96 (BRAVO, 2002, p. 237).

O discurso governamental era de que:

[...] Este não é mais um programa a ser instalado na rede pública de serviço, não é uma “assistência precária para os pobres”, mas sim a intenção de investir na atenção primária, na prevenção e promoção da saúde articulados com a assistência curativa e de alta complexidade. Seu objetivo maior é que o PSF seja a “porta de entrada do sistema de saúde” (BRAVO, 2002, p.237).

Portanto, esse modelo de atenção voltado para a família propõe a mudança radical prática do setor saúde, saindo das práticas tradicionais curativas para a promoção da saúde e prevenção das doenças. “Através do PSF, a família passa a ser sujeito de atuação e é entendida a partir do espaço em que vive, trazendo a dimensão mais presente do contexto social e histórico” (BRASIL, 1996, p. 4).

É com essa concepção que o Ministério da Saúde baseia-se nos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) para consolidar o Programa Saúde da Família.

De acordo com o Ministério da Saúde, a equipe básica do PSF deve ser composta atualmente por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, bem como agentes comunitários de saúde. Essa equipe básica deve trabalhar questões específicas como prevenção, diagnósticos precoces, tratamento e reabilitação, tendo como campo de intervenção o indivíduo, a escola, a comunidade, o meio ambiente, ou seja, o conjunto das relações sociais (BRASIL, 2010).

Sabe-se que o discurso oficial referente ao PSF é o trabalho voltado para atenção integral à saúde, no entanto, em termos práticos esse tipo de política acaba por servir mais a uma necessidade compensatória de baixo custo, que funciona também como controle do Estado sobre a população, ao mesmo tempo que em

potencial, amortiza os conflitos internos (relações interfamiliares) e externos (relações sociais). Em razão disso, os médicos e enfermeiros realizam uma assistência voltada, em princípio, para os aspectos epidemiológicos e não conseguem visualizar seus usuários como sujeitos sociais. Assim, se tem um modelo de assistência que tende a reproduzir a prática médica que trata da patologia e não de cidadãos (TEIXEIRA, 2002).

Refletindo um pouco mais sobre o PSF no Brasil, pode-se dizer que discuti-lo e analisar sua forma de implantação, seu financiamento, gestão e execução, inclusive considerar sua forma e critérios de contratação da força de trabalho, do modelo de controle, da jornada, do salário, das diferenciações destes elementos com a rede básica de saúde, ou seja, existe uma série de aspectos que apontam dificuldades no andamento do programa.

Ainda salienta Bravo (2002) que a NOB/96, ao enfatizar os Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tem clara orientação focal priorizando a atenção básica desarticulada da atenção secundária e da terciária. Percebe-se que nessa proposição, a divisão do SUS em dois: o hospitalar (de referencial) e o básico através de programas focais. Portanto, deixa subentendido dois sistemas: “um SUS para os pobres, e outro sistema para os consumidores” (TEIXEIRA, 2002).

Nessa perspectiva há uma quebra dos direitos assegurado na Constituição Federal de 1988, em virtude dessa estratégia da saúde da família não garantir a atenção universal a todos como garante o texto constitucional.

Vale salientar que, para se consolidar os avanços já conquistados e dar um salto de qualidade na saúde, é necessário o comprometimento de todos os segmentos da sociedade envolvidos com esse programa.

No que diz respeito ao financiamento do PSF, a portaria nº 1329 de 12/11/99 e de acordo com a NOB/96, o Ministério da Saúde alocará recursos diferenciados aos municípios que implantarem esse modelo de atenção básica à saúde, ou seja, quanto maior a área de abrangência, maiores são os incentivos. Dessa forma, há uma diferenciação da aplicação dos recursos por município.

Sabe-se que devido à realidade brasileira, para efetivar um programa como o PSF requer superação de alguns desafios, uma vez que tem suas restrições e limites. As restrições dizem respeito a cada comunidade atendida tendo suas



especificidades quanto à formação sociocultural, a maioria destas encontra-se em área de risco, com população de baixa renda; há um distanciamento das comunidades atendidas pelo programa com as secretarias municipais de saúde e falta de especialista nas áreas específicas de saúde (BRASIL, 2002).

Mesmo com limites, o PSF apresenta algumas conquistas como: redução da mortalidade infantil; criação de novos postos de trabalho e a proximidade do profissional com a família. Segundo dados do Ministério da Saúde e do sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2009), até 2009, o PSF contava com aproximadamente 30.328 equipes e os municípios atendidos já eram cerca de 5.251, ou seja, uma cobertura populacional de 50,7% da população, que corresponde a um percentual de 96,1 milhão de pessoas. Atualmente o PSF está implantado em praticamente todos os municípios brasileiros.

### **4.3 O programa Saúde da Família na cidade de Campina Grande-PB**

A implantação do Programa de Saúde da Família no município de Campina Grande ocorreu no ano de 1994. Esse município foi um dos primeiros do Brasil a assinar convênio junto ao Ministério da Saúde, uma vez que essa ideia já não era novidade para a equipe de saúde local, que no ano de 1993 recebeu visita de uma comitiva de especialistas em medicina familiar oriunda de Cuba, bem como outra equipe vinda da cidade de Niterói-RJ, em que nessas localidades já desenvolvia esse modelo desde 1991.

De acordo com Erinaldo Guimarães, na época coordenador do PSF, houve um influência dos cubanos na escolha de Campina Grande, bem como por parte do Ministério da Saúde para incluir Campina Grande, juntamente com mais treze municípios para compor as primeiras localidades onde seriam implantados o PSF (PERET, 2001).

Considerou-se para implantação do programa, o parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde, de uma equipe mínima para cada grupo de 600 a 1000 famílias. Desse modo, segundo registros do plano municipal de saúde de 1997 até 2000, seriam necessárias 75 equipes para se alcançar 100% da cobertura da

população residente no município, num compasso de quinze equipes ao ano. Os critérios que definiram a escolha de bairros/localidades onde seriam implantadas as equipes, foram: mortalidade proporcional por doenças infecciosas parasitárias; taxa de mortalidade infantil e o percentual de crianças com baixo peso ao nascer (SIM/SINASC, 2000).

Para implantação do programa, a secretaria municipal de saúde recorreu à experiência que havia sido posta em prática no município de Niterói-RJ, com algumas alterações para a realidade do município de Campina Grande-PB.

Em princípio foi feito o recrutamento e seleção pública dos profissionais. As inscrições foram abertas para três categorias que na época eram recomendados pelo Ministério da Saúde como equipe mínima, sendo médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem independente de possuírem ou não vínculo com a secretaria de saúde.

Atualmente o município já conta com mais de 50 equipes que estão distribuídas entre a zona urbana e rural. Vale destacar a inserção do assistente social no Programa Saúde da Família do município de Campina Grande. Esse profissional passou atuar desde 1995, realizando ações de promoção, proteção e prevenção da saúde, em busca de uma melhor qualidade de vida à comunidade; promoção da intersetorialidade e do controle social. E a partir de 2003, houve a inclusão do Assistente Social no PSF através de concurso público. Portanto, representou uma vitória dessa categoria que lutava pela inserção do profissional ao programa. O reconhecimento e especificidade desse profissional puderam contribuir para que o mesmo responda às demandas e/ou ofertas do setor, contribuindo para que o programa atinja o seu objetivo de ser estratégico e não siga mais a tendência de focar os programas sociais implementados a partir dos anos 90 do século passado, sustentados pela refilantropização da assistência social nos governos neoliberais.

## 5 METODOLOGIA

Na metodologia definiram-se quais os métodos e técnicas seriam utilizados para a realização da pesquisa, bem como descrever quais os procedimentos inerentes ao seu desenvolvimento.

### 5.1 Caracterização da pesquisa

A experiência ocorreu na Unidade Básica de Saúde da Família da comunidade da Pedreira. No primeiro momento, que foi o de observação, foi conhecida a área, analisar dados e participar das reuniões juntamente com a assistente social.

Durante o trabalho foi dado como privilégio à pesquisa qualitativa, por permitir adentrar no universo dos atores envolvidos. De acordo com Lakatos (2011), a metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Essa metodologia também fornece uma análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento.

Dessa forma, a metodologia empregada foi de caráter qualitativo/quantitativo, sendo explicativo e interpretativo, com levantamento bibliográfico e pesquisa de campo, (através de entrevistas e questionários) que permite um envolvimento maior com o objeto em estudo e flexibilidade entre a teoria e a prática através das compreensões e interpretações individuais do pesquisador.

A utilização de entrevistas e questionários e a observação descritiva caracteriza qualitativamente a pesquisa. A caracterização qualitativa ocorreu pelos questionários nos quais os idosos responderam a questões fechadas, servindo para complementação dos dados da investigação.

Alguns livros foram adquiridos na biblioteca do EAD e outros no curso de serviço social. Também foram feitas pesquisas em *sites* para constatar dados estatísticos com informações atualizadas. A coleta de informações teve início com

um pré-projeto, para se fundar as diretrizes e as bases metodológicas para o desenvolvimento do trabalho.

No decorrer do trabalho foram utilizados alguns métodos, dentre os quais está o de observação participante por ser uma das técnicas mais utilizadas pelos pesquisadores qualitativos. Sobre a observação participante Lakatos escreve, que o sucesso da investigação depende exclusivamente do investigador, que deve ter habilidade, flexibilidade, aspecto emocional, profissional e ideológico (LAKATOS, 2011, p. 277).

Dessa forma é primordial que o investigador tenha capacidade de estabelecer uma relação de confiança com os sujeitos, e ter sensibilidade para pessoas, para o bom andamento da investigação.

Durante todo o trabalho utilizou-se a nomenclatura Programa Saúde da Família, devido ao fato de na época da pesquisa ser este o termo utilizado, no entanto, vale salientar que a necessidade de reorganizar a atenção básica do país de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, que a partir de março de 2006, através da portaria 648/GM é feita uma mudança de nomenclatura para estratégia de saúde da família.

## **5.2 Ambiente da pesquisa**

A investigação foi realizada na Unidade Básica de saúde da Família, no salão União e na Sociedade de Amigos do Bairro (SAB), todos localizados na comunidade da Pedreira, no bairro do Catolé, na cidade de Campina grande-PB. Portanto, o PSF foi o *lócus* de operacionalização da pesquisa.

## **5.3 Instrumentos de coleta de dados**

Os instrumentos para a execução da pesquisa constituíram-se de um questionário (apêndice A) de sondagem com 20 questões fechadas e uma entrevista

semiestruturada (apêndice B). A entrevista semiestruturada foi escolhida, pois há uma relação de interação entre o entrevistador e o entrevistado, também através do diálogo foi estabelecido uma relação de interação, em que permitiu fazer as necessárias adaptações e sem se esquecer de preservar o anonimato de cada sujeito.

O questionário foi aplicado no início da pesquisa com dados de identificação, contendo nome, endereço, data de nascimento, estado civil, grau de escolaridade, profissão, renda familiar e outros questionamentos, totalizando em 20 questões.

## **5.4 Procedimentos de coleta de dados**

Para atender os objetivos gerais e específicos, a coleta de dados foi desenvolvida da seguinte maneira: em princípio, foi feito um contato com a assistente social do PSF da comunidade da Pedreira para agendar uma visita com a finalidade de apresentar o projeto de pesquisa e solicitar sua mediação para a sua realização.

Logo após os profissionais participaram de uma reunião dos idosos hipertensos e diabéticos no PSF no intuito de posteriormente convidá-los a participarem do grupo de idosos. Depois de assistir a algumas reuniões, em momentos individuais foi feita a abordagem aos idosos para que os mesmos respondessem a um questionário contendo 20 questões objetivas; os dados coletados referem-se à idade, sexo, profissão, escolaridade, moradia, renda, entre outras perguntas, dos cinquenta questionários distribuídos trinta e sete foram respondidos, afirmando que estavam interessados para participarem do grupo.

A partir de então, eram realizadas reuniões semanais às quintas feiras às 15:00 horas, com os idosos na SAB do Catolé e os temas dessas reuniões eram escolhidos antecipadamente pelos próprios idosos.

Na primeira reunião optou-se por iniciar as atividades com uma dinâmica conhecida como “terapia do abraço”, que foi reformulada e extraída do livro, “Educar com o coração” (Puebla, 1997), com o objetivo para que cada participante

do grupo percebesse a importância que eles têm perante a sociedade e o quanto são especiais, principalmente para que eles pudessem se conhecer um pouco mais

Depois de participar de algumas reuniões o grupo ficou formado e a equipe do PSF ficou na responsabilidade de dar andamento aos trabalhos.

## **6 A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO COM A TERCEIRA IDADE NA COMUNIDADE DA PEDREIRA DO BAIRRO DO CATOLÉ**

### **6.1 A realidade da comunidade da Pedreira do bairro do Catolé**

A comunidade da Pedreira está localizada no bairro do Catolé, zona leste da cidade de Campina Grande-PB.

Essa denominação Pedreira foi devido à existência de uma grande pedreira que ao longo dos anos, pouco a pouco foi sendo extinta, dando lugar a um grande buraco, que em anos mais tarde daria lugar à comunidade denominada como Pedreira.

De acordo com um relato de um morador da localidade, as primeiras residências nessa área surgiram a partir de 1965, em que as famílias começaram a alugar terrenos, cujos proprietários eram a senhora Maria Porto e seu esposo Vinícius Porto que juntamente com Luís Domingos, eram os proprietários da área, hoje denominado bairro do Catolé. Essas famílias construíam suas casas e mensalmente pagavam um aluguel a Sra. Maria Porto.

Então a partir de 1975, os representantes da Sociedade de Amigos de Bairro (SAB), começaram a articular reuniões no intuito de trazer melhorias para a comunidade, bem como reivindicações que culminaram com a elaboração de um projeto que beneficiava a comunidade e no ano de 1978, pelo então prefeito Enivaldo Ribeiro. No entanto, este projeto não foi posto em prática por razões que a própria comunidade desconhece.

Apesar disso e de acordo com esse morador, a luta continuou e em 1985 o presidente da SAB foi até a cidade de João Pessoa cobrar soluções do extinto Banco Nacional de Habitação (BNH), uma vez que este órgão era o financiador direto do projeto pensado na gestão do então prefeito. Este obteve a seguinte resposta do Presidente do BNH “como é que o senhor vem cobrar uma obra que já foi inaugurada”.

Tal resposta gerou inquietações ao presidente da SAB que convidou alguns fiscais da instituição para fazer uma vistoria naquela suposta obra. E após quinze dias chegaram na área os fiscais do BNH, bem como todo material para dar início ao trabalho de melhoria na comunidade.

De acordo com dados fornecidos pelo PSF dessa comunidade, apesar de algumas melhorias a mesma continua muito carente conta com uma população de aproximadamente 4.698 pessoas, distribuídas em 1.254 famílias, das quais 2.078 são homens e 2.620 são mulheres.

Com relação à infraestrutura na comunidade, existem 1.319 domicílios, 22 logradouros, 13 travessas e alguns becos, além de 11 domicílios em situação de risco. Portanto, todos esses aspectos contrastam com a realidade do bairro que apresenta uma realidade bem diferente, com áreas nobres ocupadas pelas classes média e alta da cidade, cujas residências são confortáveis, sendo compostos por mansões, vários estabelecimentos comerciais, sociais e educacionais e que vivencia um processo acelerado de desenvolvimento, inclusive na atualidade é considerado pelo mercado imobiliário um dos bairros com o metro quadrado mais caro da cidade.

Os aspectos acima assinalados, retratam uma estrutura razoável de um bairro que tem condições de oferecer uma boa qualidade de vida aos seus moradores, no entanto, esse desenvolvimento não implica necessariamente na melhoria das condições de vida de todos que residem no bairro. Para se ter uma ideia, o bairro do Catolé é assistido por quatro linhas de transportes, no entanto, uma grande parcela da comunidade da Pedreira não tem condições de pagar uma passagem de ônibus. Tais dificuldades econômicas constituem-se num dos fatores para o aumento da violência e do consumo de drogas, não só nessa localidade, pois se constitui num problema visto nas grandes cidades brasileiras (ADORNO, 2002).

Todas essas questões fizeram com que algumas entidades da comunidade que já vinham lutando em prol de uma melhor qualidade de vida para essas pessoas, dessem início a uma mobilização para trazer o PSF para a comunidade da Pedreira.

De acordo com relatos de outro morador, a implantação do PSF deu-se através da pastoral da saúde que já funcionava na comunidade, fundada pelas irmãs colombianas, que desenvolviam um trabalho de medicina alternativa, inclusive implantaram um laboratório de análises clínicas e um laboratório semartesanal.



Dessa forma, o processo de implantação do PSF da Pedreira teve e tem uma história bem peculiar que foi resultado das sucessivas reivindicações, como ressalta essa moradora. No ano de 2002, a pedidos dos moradores, o secretário da época, Dr. Paulo e a coordenadora do PSF Ana Fábria, foram conhecer a realidade da Pedreira.

Segundo a coordenadora do PSF, a realidade observada por ambos, mostrou que, em vez de uma equipe, seria necessária a implantação de duas equipes. Para essa moradora, isso representou uma vitória e, o PSF foi implantado em novembro desse mesmo ano, a Unidade Básica de Saúde da Família da Pedreira, localizada na Rua Ariús, 16B. Sua estrutura física compreendia uma área de jardim, sala de espera, sala de imunização, sala da assistente social, recepção, banheiro, cozinha, sala da enfermeira, sala de curativo, consultório médico e uma sala destinada para o funcionamento de um consultório odontológico. A comunidade é atendida por duas equipes. Cada equipe é constituída por: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista, técnica auxiliar de consultório dentário, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, assistente social e um vigilante.

Em 2011, foi entregue à comunidade um novo prédio, construído dentro dos parâmetros do Ministério da Saúde, que passou a se chamar UBSF Dr. José Aurino de Barros Filho e fica localizada na Rua João Benone de Andrade, 51, Pedreira, Catolé.

## **6.2 A experiência: a aproximação com a temática da terceira idade**

Como não havia ainda sido consolidada a temática do trabalho, houve a participação de todos os grupos assistidos pelo programa. Uma das atividades foi levar ao conhecimento dos grupos, as informações a respeito do Programa Saúde da Família (PSF), inclusive mostrando a diferença de um atendimento num posto de Saúde comum e de uma Unidade Básica de Saúde da Família. O trabalho do PSF se destaca pela assistência integral e contínua às famílias cadastradas através de praticas humanitárias, estabelecendo um vínculo entre os profissionais e a comunidade, enquanto que num posto de saúde comum as práticas de atendimento

são basicamente voltadas às consultas e medicação sem dar uma assistência individual ao usuário. Essas informações foram repassadas também na sala de espera.

O objetivo dessa atividade era que os integrantes da comunidade, a partir do entendimento que havia sobre o que propõe o PSF, abordassem a respeito das lacunas, uma vez que eles estavam inseridos nessa realidade. A partir dessa atividade surgiram algumas reflexões dos próprios usuários no sentido de mudar a forma de abordagem dos profissionais da equipe, ou seja, tratá-los de forma mais humanizada como sujeitos de direito, uma vez que, essa proposta não estava sendo dessa feita dessa forma com os usuários.

Durante esse período todos os profissionais participaram de várias atividades e essa experiência serviu para se ter uma dimensão da grande demanda que é o trabalho no PSF. Depois de alguns meses teve início uma participação mais ativa do grupo de hipertensos e diabéticos, o qual despertou grande interesse. Os encontros com esses grupos aconteciam semanalmente às quintas feiras, das 8:00 horas na Sociedade de Amigos de Bairro e no salão União, ambos localizados nessa comunidade.

O acompanhamento sistemático desse grupo fez com que se optasse pelo trabalho com o enfoque na terceira idade, através dos grupos de diabéticos e hipertensos do PSF. Para desenvolver as atividades com esses grupos, foi trabalhada a temática “benefícios da atividade física”, em que se contou com a colaboração de um professor da área de educação física que trabalhou exercícios direcionados à terceira idade e a pessoas hipertensas e diabéticas. Dentre as demais ações desenvolvidas, realizou-se um bazar beneficente com a participação da equipe e a comemoração de algumas datas alusivas.

Dando continuidade aos trabalhos no grupo, foi desenvolvida também a temática sobre: “os cuidados para evitar a proliferação da dengue” e também “estimulo à participação nas reuniões do conselho local de saúde”. Todos participaram de atividades na sala de espera e com visitas domiciliares, com o acompanhamento da Assistente Social. A participação na programação e execução dessas atividades possibilitou o amadurecimento da proposta de trabalho junto aos idosos da Pedreira.

### **6.3 A terceira idade como objeto de intervenção**

Após um breve período de observação fez-se a opção para se trabalhar a temática relacionada à terceira idade por perceber que os idosos encontravam-se dispersos durante as reuniões de hipertensos e diabéticos, devido ao fato desse momento privilegiar a entrega de medicação, aferição de pressão e alguns avisos.

Sendo assim, a proposta de trabalho foi desenvolver com esse grupo atividades com temas sugeridos por eles, após uma consulta durante os encontros para entrega de medicação.

Durante esses encontros o grupo de profissionais assumiu a função de mediador dessa prática educativa, em que foi proposta a realização atividades que tinham como objetivo possibilitar momentos de lazer e descontração, bem como trabalhar a autoestima, resgatar o papel social do idoso, através do exercício da busca pela cidadania.

### **6.4 Perfil do usuário**

Foram entrevistados trinta e sete pessoas, as quais são usuárias, definindo-se como critério cadastrar os usuários de sessenta anos ou mais que desejassem participar do grupo de idosos do PSF, que era constituído por vinte e oito mulheres e nove homens.

Das pessoas entrevistadas, a maioria possui faixa etária entre sessenta a setenta anos de idade, apenas três usuários possuem idade superior a oitenta anos.

Em se tratando de estado civil, a maioria é casada, sendo quatorze mulheres e sete homens. O restante são pessoas viúvas, divorciadas, solteiros e separadas. Com relação ao grau de escolaridade, detectou-se que há predominância de não alfabetizados entre as mulheres, ao passo que dos homens entrevistados apenas quatro não sabem ler. No entanto, algumas das mulheres falaram que estavam sendo alfabetizadas.

Ao ser analisado o item renda familiar, verificou-se que a maioria tem que sobreviver com apenas um salário mínimo. A maioria declarou ser aposentado. Apenas nove mulheres não possuem aposentadoria, algumas sobrevivem de trabalhos manuais e outras sustentam filhos e netos com o único salário que recebem. Dos usuários entrevistados um grande percentual possui filhos e, na maioria, em número elevado. Um dos entrevistados declarou ter dezessete filhos.

Quanto à profissão, há predominância de trabalhadoras do lar. O restante varia entre merendeira, agricultora, professora, costureira, artesã e lavadeiras, embora não exerçam mais a profissão. Os homens como são todos aposentados, apenas um deles está na ativa, trabalhando como marchante.

Com relação ao tempo de moradia, a maioria deles reside na comunidade a mais de vinte anos. As suas moradias, segundo os usuários, estão em bom estado de conservação e de uso, apesar de contarem com poucos cômodos. Possuem água encanada, luz elétrica e rede de esgoto. Apenas sete entrevistados não tem acesso à rede de esgoto.

## **6.5 A participação dos idosos no PSF e na comunidade**

Em se tratando da participação dos entrevistados na comunidade, sejam em clube de mães, sindicatos, conselho comunitário, Sociedade de Amigos de Bairro (SAB), pôde-se observar que a maioria deles não tem participação ativa na comunidade. Mas quando se falou da proposta de formar um grupo de idosos no PSF, a maioria deles demonstrou interesse em participar.

Com relação à distribuição de remédios, todos afirmaram fazer uso de alguma medicação, embora seja feita a distribuição gratuita no PSF, muitas vezes é preciso compra-la, devido à falta desses medicamentos na unidade. A frequência desses na unidade é considerada boa, como também a participação nos grupos de hipertensos e diabéticos.

Pôde-se observar nas reuniões desses grupos que os usuários já sabem da utilidade da atividade física para os seus problemas de saúde. Principalmente as mulheres que afirmaram fazer caminhada com o objetivo de ajudar no tratamento.

Como o trabalho baseou-se numa metodologia de valorização da participação de todos, no momento das entrevistas foi feita uma sondagem com a finalidade de detectar os seus principais interesses. Propuseram que a primeira temática fosse cidadania.

Para trabalhar esse tema, abordou-se sobre o conceito de cidadania e a contribuição que cada um poderia dar para a efetivação dos seus direitos a partir do próprio entendimento do grupo.

Em seguida o grupo foi dividido em duas equipes, para entregar o material disponível aos grupos e foi solicitado que desenhassem e/ou recortassem de revistas, as gravuras que identificassem o bairro em que residiam e aquele que gostariam de viver.

Para a surpresa de todos, as duas equipes desenvolveram um belíssimo trabalho, e um membro de cada equipe foi escolhido pelos demais para apresentar o trabalho produzido pelo grupo. Os integrantes abordaram alguns problemas na comunidade, dentre os quais está o destino do lixo, a falta de segurança e o elevado índice de consumo de drogas.

Finalizando o encontro com uma discussão acerca da importância da participação de todos em espaços de controle social, para que se vislumbre uma cidadania pautada em direitos e deveres, ou seja, a responsabilidade de unir-se em torno de objetivos comuns para a coletividade.

Nessa oportunidade, expressaram alguns questionamentos com relação ao que pensam sobre a cidadania. Dentre os principais pontos, se destaca:

[...] Ser cidadão é ser gente, agente só precisa de oportunidade para desenvolver nossa potencialidade (A. S. N. 64 anos).

[...] Agente faz um exame e passa mais de mês para receber, dá tempo até de ficar boa (M. S. L. 67 anos).

[...] Vocês falam que frutas e verduras é uma alimentação boa para quem tem pressão alta, agente não pode comprar nem feijão, quanto mais verduras. (S. L. S. 63 anos).

Isso evidencia que, embora se fale sobre a necessidade de ter uma boa alimentação, esta realidade está distante de ser aplicada pelos idosos da comunidade da Pedreira.

Diante desses questionamentos percebeu-se que muitas vezes os usuários não têm espaço para reivindicar, no entanto, eles sabem das suas necessidades. Segundo os idosos, para a comunidade ter melhorias seria necessário, a retirada do lixo das ruas, mais segurança e ainda sugeriram a criação de uma horta comunitária.

Dando continuidade aos trabalhos, foram abordados temas específicos como: mitos e preconceitos relacionados ao idoso. Na oportunidade, foram abordados através de cartazes alguns conceitos preconcebidos relacionados ao idoso, que são repassados de geração a geração e, na maioria das vezes, não condizem com a verdade.

Também foi discutido o tema “direitos e deveres dos consumidores da terceira idade”, em que na ocasião foi mostrada a importância de se observar rótulos de embalagens, data de validade, preços, condições de armazenamento e dosagem dos produtos, inclusive o atendimento dos comerciantes e o descaso dos motoristas de ônibus, e ainda esclarecimentos sobre os serviços públicos como: água, energia elétrica e telefone.

A discursão foi muito proveitosa, pois ficou esclarecido que esse público tem necessidades específicas que devem ser asseguradas, pois existem órgãos específicos para a defesa dos direitos dos mesmos, a exemplo do PROCOM, Curadoria e Conselho do Idoso.

Finalmente, todas as atividades desenvolvidas tiveram objetivos sócio educativo no sentido de integrá-los à sociedade. O trabalho desenvolvido representou a possibilidade concreta de formar um grupo que será coordenado por toda equipe do PSF.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante salientar que a conclusão desse trabalho demonstra a indispensável vivência em campo, sendo assim um importante recurso de investigação/ação, e nesse ponto o PSF foi o *lócus* de operacionalização deste, contribuindo dessa forma para um crescimento profissional e pessoal.

Com relação aos idosos pode-se inferir que, com o aumento da expectativa de vida da população, reconhece-se que haja necessidade em dar especial atenção a pessoa idosa, por parte dos profissionais de saúde e do governo, quanto aos problemas de saúde que surgem nesse período, propondo com isso, medidas em relação à prevenção e o controle das doenças que assolam a população acima dos 60 anos.

Ao participar das reuniões com os idosos pode-se observar que existia um alto índice de idosos com hipertensão arterial que desconheciam as informações sobre essa doença e, conseqüentemente, desconheciam a importância do tratamento e/ou como fazê-lo. Daí a importância do trabalho interdisciplinar e multiprofissional no PSF.

Durante todo desenvolvimento do trabalho houve a troca de experiência entre profissionais e o grupo de idosos, uma vez que, houve uma constante participação desses em todas as atividades planejadas e executadas.

Procurou-se efetivar na referida unidade, a promoção e realização de reuniões, através da intermediação entre teoria e prática, em busca da efetivação dos direitos dos idosos, sempre procurando abordar a necessidade da continuidade da luta pessoal e coletiva.

Acredita-se que foram realizadas as atividades pensadas, embora não sendo possível a realização de todas as propostas, devido à falta de recursos materiais, humanos e financeiros. Durante o desenvolvimento do trabalho houve total identificação com a área de atuação, disponibilidade e compromisso da orientadora, o bom relacionamento com os idosos participantes, aspectos que facilitaram o desenvolvimento das atividades e, conseqüentemente, o êxito na proposta de atuação.

A vivência possibilitou perceber que os PSF têm muitos desafios a enfrentar para superação de formas tradicionais de se fazer saúde. Dentre alguns aspectos pôde-se destacar a dificuldade da efetivação do trabalho em equipe. A pouca clareza dos membros da equipe, das atribuições compatíveis com um trabalho multidisciplinar.

No entanto, essas questões apresentaram-se como um desafio, no sentido de trabalhar as contradições e buscar estratégias de enfrentamento para as demandas. Ficou entendido que a temática escolhida foi uma experiência muito relevante, pois a partir dela foi vislumbrada uma mudança no trabalho com grupos e no trato com os idosos do PSF da comunidade da Pedreira, pois as reuniões ultrapassaram a medicalização e aferição de pressão arterial para atividades mais participativas em que os idosos passaram a ter oportunidade para se posicionarem frente a questões relacionadas ao seu cotidiano e o PSF assumindo uma nova postura dentro da comunidade. Agora não só de ouvintes também de cidadãos ativos e participantes.

Entendendo que, o resultado de uma pesquisa qualitativa como afirma Minayo (1995, p. 27), “[...] nunca se fecha, pois toda a pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posterior”. Nesse sentido, ressalta-se que as considerações finais aqui apresentadas devem ser entendidas como “aproximações conclusivas”, pois considerando a realidade dialeticamente esta se encontrará em constante transformação, implicando na necessidade de uma releitura que possibilite novas inferências e aproximações possíveis dos fatos apresentados.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, S. (2002). Exclusão socioeconômica e violência urbana. **Sociologias**, Porto Alegre, 4, (8): 84-135. GIO RNO.

ANAIS DO I SEMINÁRIO INTERNACIONAL “ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: **Uma agenda para o final do século**”. Brasília, julho. 1996.

BEAUVIOR, 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 e saúde*, ano XXIV, n. 75, São Paulo, 2003.

BRASIL. Cartilha do Idoso. **Política nacional do idoso**. Brasília, Senado Federal, 2003.

\_\_\_\_\_. **Estatuto do idoso**. Brasília, Senado Federal, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *In: Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. **Constituição de 1988**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família um novo modelo de atenção**. Secretaria do Estado do Ceará, 1995.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família - PSF**. Brasília, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. **Política social e democracia**. São Paulo. Cortez, 2001.

BRUNO, Marta Regina Pastor. Cidadania não tem idade. *In: Revista serviço social e sociedade*, ano XXIV, n. 75, São Paulo, 2003.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: **uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** XI Conferência Nacional de Saúde *On Line. Mimeo*.

CONH, Amélia. Saúde no Brasil: **políticas e organização de serviços** / Amélia CONH, Paulo Eduardo M. Elias. 5 ed. São Paulo. Cortez, CEDEC, 2003.

COLETÂNEAS DE LEIS, CRESS, AL. **Gestão** 2002-2005.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. 5 ed. São Paulo. Cortez, 2001.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice**. São Paulo. Cortez 1986.

\_\_\_\_\_. O direito à velhice: **os aposentados e a Previdência Social**. São Paulo. Cortez. 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010.

LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. São Paulo. Atlas, 2011.

LUZ. Madel. “**Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática anos 80**”, 1991. *Mimeo*.

MEDEIROS, Suzana A. Rocha. Como pensar a vida: *In: Revista serviço social e sociedade*, ano XXIV, n. 75, São Paulo, 2003.

MEKSENAS, Paulo. **Cidadania, poder e comunicação**. São Paulo. Cortez, 2002.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In: MINAYO, M.C.S. (org), Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

MOTA, A. E. Cultura da crise e seguridade social: **um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

PASCHOAL, Sergio M. Epidemiologia do envelhecimento. *In: NETTO, Matheus, P. Gerontologia*. São Paulo. Atheneu, 1996.

PERET, Tereza Cristina. O Programa Saúde da Família: questões e perspectivas – a experiência desenvolvida no município de Campina Grande-PB. (1994-1999). Rio de Janeiro, 2001, 244p. **Dissertação de mestrado em serviço social**. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

PINHEIRO, José Elias Soares; FREITAS, Elizabeth Viana. Promoção da Saúde. In: PY, Ligia *et al.* **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 257-282.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O papel das políticas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. *Revista políticas públicas*, 2002-AATR-BA.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. O Programa Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do Rouxinol. *In: Maria Inês Souza Bravo, Potyara Amazoneida Pereira (Orgs). Política social e democracia*. São Paulo: Cortez. 2002.

VEIGA, J. E. da. **Desenvolvimento sustentável: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

## APÊNDICES

Apêndice A: ficha individual – grupos de idosos

01 Nome: \_\_\_\_\_

02 Endereço: \_\_\_\_\_

03 Data de nascimento: \_\_\_\_\_

04 Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

05 Com quem mora: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

06 É alfabetizado(a)            Sim ( )            Não ( )

07 Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

08 É aposentado                Sim ( )            Não ( )

09 Renda individual: \_\_\_\_\_

10 Renda familiar: \_\_\_\_\_

11 Possui casa própria:    Sim ( )            Não ( )

12 Possui filhos:                Sim ( )            Não ( )    Quantos: \_\_\_\_\_

13 São seus dependentes? \_\_\_\_\_

14 Há quanto tempo reside na comunidade: \_\_\_\_\_

15 Tipo de moradia:

( ) Tijolo

( ) Água encanada

( ) Rede de esgoto

( ) Luz elétrica

( ) Quartos    Quantos: \_\_\_\_\_

( ) Banheiro    Dentro ( )    Fora ( )

( ) Murada

16 Participa de algum grupo de idosos. Sim ( ) Não ( )

17 Tem interesse de participar do grupo de idosos do PSF da Pedreira? \_\_\_\_\_

18 Toma algum medicamento? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Porque? \_\_\_\_\_

19 Sua medicação é comprada ou recebe do PSF? \_\_\_\_\_

20 Costuma ir com frequência ao PSF? Sim ( ) Não ( )

## APÊNDICE B

Apêndice B: entrevista - roteiro da entrevista:

- a) Informação sobre o porquê da realização da entrevista.
- b) Informar sobre o sigilo da identidade do informante.
- c) Público alvo: Idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no PSF da Pedreira do bairro do Catolé.
- d) Bloco I: Identificação e condições socioeconômicas:
  - Nome
  - Endereço
  - Data de nascimento
  - Sexo
  - Estado civil
  - Escolaridade
  - Renda
- e) Bloco II: Domicílio
  - Há quanto tempo reside na comunidade
  - Possui casa própria
  - Tipo de moradia
- e) Bloco III: Lazer
  - Participa de algum grupo de idosos.
  - Tem interesse em participar do grupo de idosos do PSF da Pedreira.
  - Tem disponibilidade para participar de uma reunião semanal do grupo de idosos.