

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA COMUNIDADE
NOVO HORIZONTE, NO BAIRRO DAS QUINTAS, EM NATAL/RN: QUALIDADE
DE VIDA GARANTIDA OU VIOLADA NO ÂMBITO DA SAÚDE?**

PATRICIA CATARINA DE PAIVA

**NATAL-RN
2015**

PATRICIA CATARINA DE PAIVA

**ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA COMUNIDADE
NOVO HORIZONTE, NO BAIRRO DAS QUINTAS, EM NATAL/RN: QUALIDADE
DE VIDA GARANTIDA OU VIOLADA NO ÂMBITO DA SAÚDE?**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado à Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso do Departamento de Serviço Social para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Dra. Maria Célia Correia Nicolau

NATAL-RN

2015

Seção de Informação e Referência
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Paiva, Patricia Catarina de.

Assistência ao idoso na Unidade Básica de Saúde da comunidade Novo Horizonte, no bairro das Quintas, em Natal/RN: qualidade de vida garantida ou violada no âmbito da saúde? / Patricia Catarina de Paiva. – Natal, RN, 2015.

65 f.

Orientadora: Maria Célia Correia Nicolau.

Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas – Departamento de Serviço Social.

1. Assistência à Saúde - Monografia. 2. Idoso - Monografia. 3. Qualidade de Vida do idoso – Monografia. 4. Envelhecimento – Monografia. I. Nicolau, Maria Célia Correia. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 364-053.9

PATRICIA CATARINA DE PAIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

**ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA COMUNIDADE
NOVO HORIZONTE, BAIRRO DAS QUINTAS, EM NATAL/RN: QUALIDADE DE
VIDA GARANTIDA OU VIOLADA NO ÂMBITO DA SAÚDE?**

Monografia aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, no curso de Serviço Social, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Data da defesa: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª Maria Célia Correia Nicolau
(Orientadora)

Gleyca Thyês de Silva Romeiro Rocha
(Membro externo –/UFRN)

Prof. Fernando Gomes Teixeira
(Membro interno – DESSO/UFRN)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois foi Ele quem me deu sabedoria, inteligência e entendimento para me desenvolver intelectualmente. E também dedico aos meus pais, Antônio e Marcia que são pessoas que sempre prezaram pela minha educação e o respeito muito.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço á deus por sua presença em minha vida, e que iluminou os meus caminhos, me dando forças para que eu pudesse alcançar o meu objetivo. Agradeço também aos meus pais, **Antônio Sobrinho de Paiva e Marcia Catarina Silva de Paiva**, meu irmão **Anderson Catarina de Paiva** e todos os meus familiares que me apoiaram e me ajudaram a concretizar esta etapa de minha vida.

A minha orientadora **Maria Célia Nicolau** pela sua contribuição na construção deste trabalho e na minha formação profissional, e as minhas amigas **Larissa Brito, Marlene Alves, Eveliny Barros, Samara Nascimento e Jakeline Araújo, Bruna Raquel** pelas muitas experiências compartilhadas, e até difíceis e momentos felizes também que convivemos durante nossa vida acadêmica. Agradeço também ao meu primo **Anselmo Francisco da Silva** pelo apoio técnico e científico me dado durante o período da construção desse trabalho.

Agradecimento mais que especial ao meu noivo **Jorge Eginaldo Arruda**, por existir em minha vida, por ser um ótimo companheiro, amigo e que esteve presente sempre nos momentos mais difíceis e nos momentos felizes de minha vida.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso versa sobre a assistência à saúde ao idoso na unidade básica de saúde Novo Horizonte no bairro das quintas, Natal/RN, lócus da pesquisa empírica. Partimos do pressuposto de que essa Unidade Básica não dispõe de programas voltados para a assistência aos idosos, em razão dos cortes de recursos, bem como em virtude do aumento da demanda da população idosa. Objetiva analisar as condições de atendimento oferecido pela Unidade básica de Saúde aos idosos, bem como as relações entre os profissionais e os idosos atendidos nessa unidade, inserido no espaço da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em um contexto de afirmação e expansão da Política Nacional de Saúde a pessoa Idosa, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante das grandes preocupações que surgem em razão do crescimento da população idosa na sociedade brasileira, bem como frente à carência de políticas sociais efetivas que assegurem os direitos destes idosos no enfrentamento das diversas e complexas manifestações da questão sociais, questionamos nesse estudo: em que medida a assistência garante a qualidade de vida ou violada, no âmbito da saúde na unidade básica de saúde (UBS) da comunidade novo horizonte, no bairro das Quintas, em Natal/RN? Assim, a partir da realização da pesquisa de caráter qualitativa, fundamentada por uma perspectiva crítico-dialética e tendo como sujeitos da pesquisa, os idosos atendidos na unidade, e após análise das entrevistas semiestruturadas e da observação, confirmou-se e foi revelado a precarização das condições e relações de trabalho dos profissionais da UBS que viabilizam o trabalho da assistência à saúde do idoso. Destacamos dentre os resultados obtidos, as formas de precarização expostas, como: a vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais; b) a falta de profissionais qualificados para atender os idosos nessa unidade de saúde; c) a perda dos recursos disponíveis para programas de qualidade de vida; d) a fragilização do sistema municipal de saúde voltada para os idosos dessa unidade.

Palavras-chave: Assistência à Saúde. Idoso. Qualidade de Vida do idoso. Envelhecimento.

ABSTRACT

This study discusses about health assistance to elderly at Novo Horizonte Basic Unit of Health, in Quintas neighborhood, Natal/RN, place where we made the empirical research. We assumed that this Basic Unit does not offer programs related to elderly assistance, because of cuts in financial resources, as well as because of increasing of older population demands. This work aims analyze attendance conditions offered by Basic Unit of Health (UBS) to elderly, as well as the relations among professionals and elderly who are attended in this unit, inserted in the Municipal Department of Health (SMS) sphere, in an affirmation and expansion context of National Health Policy to elderly population, after creating the Unified Health System (SUS). In the face of great preoccupations that raise as a result of increase in Brazilian population growth of elderly people, as well as of the lack in effective social policies that ensure the elderly rights when facing several and complex manifestations in social issues, we question in this study: to what extend assistance guarantees quality of life or violated, in health scope in Basic Unit of Health in Novo Horizonte community, in Quintas neighborhood, Natal/RN? Thus, from executing of a qualitative research, supported by a dialectical-critical perspective and having elderly people attended in the unit as subjects of the research, and after analyzing the semi structured interviews and the observation, it was confirmed and uncovered the precariousness of working and relation conditions of UBS professionals who enable the work of health assistance to elderly. We highlight in our results, the precarious ways exposed such as: a) vulnerability of ways of insertion and social inequality; b) lack of qualified professionals in order to attend elderly in this unit of health; c) lack of available resources to life quality programs; d) the weakening of municipal system of health related to elderly in unit.

Key words: Health Assistance. Elderly. Life Quality of elderly. Aging.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ANG	Associação Nacional de Geriatria
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CFB	Constituição Federal Brasileira
CNS	Conferencia Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
IBGE	Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNC	Politica Nacional de Cuidadores
PNI	Politica Nacional do Idoso
PNSI	Politica Nacional de Saúde á Pessoa Idosa
QV	Qualidade de Vida
RN	Rio Grande do Norte
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PNAB	Politica Nacional de Atenção Básica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO NA CONTEMPORANEIDADE E A POLITICA NACIONAL DE SAÚDE VOLTADA Á PESSOA IDOSA	15
2.1	A PROBLEMATICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA CONTEMPORANEIDADE E SUA QUALIDADE DE VIDA	15
2.2	A POLITICA NACIONAL DE SAÚDE Á PESSOA IDOSA E A QUESTÃO DA GARANTIA DA SUA QUALIDADE DE VIDA	29
3	A POLITICA DE ASSISTENCIA DE SAÚDE DO IDOSO NO AMBITO DA ATENÇÃO PRIMARIA: QUALIDADE DE VIDA GARANTIDA OU VIOLADA?	41
3.1	ASSISTENCIA A SAUDE DO IDOSO NA UNIDADE BASICA,VIA NOVO HORIZONTE ZONA OESTE DE NATAL	41
3.2	ASSISTENCIA DE SAÚDE DO IDOSO NO AMBITO DA ATENÇÃO PRIMARIA: QUALIDADE DE VIDA GARANTIDA OU VIOLADA?	46
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXO A - Localização da Unidade Básica de Saúde das Quintas em Natal/RN	63
	APÊNDICE A - Entrevista	64

1 INTRODUÇÃO

O referido trabalho aborda a questão da assistência aos idosos na perspectiva de identificar se ela é garantida ou violada, no âmbito da saúde, na unidade básica de saúde da comunidade Novo Horizonte, no bairro das Quintas, em Natal/RN. Partimos do pressuposto de que essa Unidade Básica não dispõe de programas voltados para a assistência aos idosos, em razão dos cortes de recursos, bem como em virtude do aumento da demanda da população idosa.

O crescimento dessa população idosa tem revelado a velhice e os problemas dela decorrente como uma das expressões da questão social, exigindo muita atenção, uma vez que possui como consequências a crise de identidade; a inversão de papéis; a aposentadoria; as perdas diversas; e a diminuição dos contatos sociais.

No Brasil, existe a previsão de que nos próximos 20 anos a população idosa poderá alcançar 30 milhões de pessoas e até ultrapassar esse número, representando aproximadamente 13% da população. Além disso, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o crescimento dos componentes demográficos no período de 2000/2030 demonstra um significativo envelhecimento da população.

São indivíduos que necessitam de uma atenção especial devido o surgimento de vários tipos de doenças, acarretadas pela idade. Por este motivo, a assistência a estas pessoas deve ter caráter impositivo, na perspectiva de proporcionar uma qualidade de vida para todos os idosos, melhorando assim o bem-estar nos aspectos psíquico, físico, mental, espiritual, social e familiar.

Nesse cenário, consideramos, portanto, que a assistência como forma de garantia da qualidade de vida do idoso, é uma questão de saúde, e que deve ser mais visualizada e levada a efeito para melhor atender aos idosos que necessitam dos serviços de saúde.

As políticas públicas apresentadas ou idealizadas, até o momento, em resposta a problemática dos idosos são, em sua maioria, fragmentadas e seletivas e precarizadas, onde muitas vezes se revelam propostas que nem saíram ainda do papel. No entanto, é importante lembrar que houve um grande avanço com a criação do Estatuto do idoso, da Política Nacional da Pessoa idosa. Todavia, precisam ser pensadas e criadas outras iniciativas, considerando que muitos dos direitos dos idosos são violados no contexto da própria família e pela população.

Nesse contexto, Mendes (2005) afirma que o envelhecimento saudável requer um entendimento dos fatores que constituem o dia a dia do idoso. Outra coisa, deve ser também considerado que a população tem hoje maior expectativa de vida, e que se trata de um fenômeno mundial que surgiu, inicialmente, nos países desenvolvidos, como consequência da redução da mortalidade; dos avanços na medicina; da urbanização das cidades; da melhoria nutricional; da elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental; assim como dos avanços tecnológicos no final da década de 40 e início dos anos 50 do século XX.

Vale ainda destacar que o interesse por esta temática se deu a partir das experiências vividas na Unidade Básica da Comunidade do Novo Horizonte, do bairro das Quintas, em Natal/RN, durante a construção de um projeto de pesquisa, da disciplina pesquisa social II, do curso de Serviço Social. Além do mais, as visitas que foram feitas na unidade, como estudante, fez com que fosse possível perceber que havia um grande número de idosos e que quase não havia programas e projetos para idosos na área da saúde.

Outrossim, com as visitas realizadas surgiu o interesse em aprofundar essa problemática, uma vez que veio à tona a questão, como se ter uma qualidade de vida na terceira idade?. E, logo depois, ocorreu o processo de amadurecimento para refletir sobre a importância da assistência à saúde aos idosos e a diferença possível de ser percebida quando o idoso se cuida, é cuidada com a presença da família no seu cotidiano e, sobretudo, o investimento que o estado faz no tratamento da saúde do idoso.

Assim, diante da problemática que foi construída ou delineada, nessa pesquisa, questionamos o seguinte: em que medida a assistência é garantida, ou violada, no âmbito da saúde na unidade básica de saúde (UBS) da comunidade do Novo Horizonte, no bairro das Quintas, em Natal/RN?

Nesta perspectiva, o objetivo do presente trabalho é analisar a assistência ao idoso na unidade básica de saúde das Quintas, em Natal/RN, no intuito de verificar se a qualidade de vida tem sido garantida ou violada, no âmbito da saúde.

Portanto, os objetivos específicos são os seguintes: caracterizar os usuários dos programas de qualidade de vida da terceira idade do Novo Horizonte; verificar e analisar se os profissionais que trabalham nesses programas possuem qualificação especializada para atuar na área; avaliar a satisfação dos idosos quanto aos

programas de qualidade de vida; propor melhorias no que diz respeito ao funcionamento desses programas.

Além do mais, na perspectiva de alcançar tais objetivos aplicou-se a pesquisa documental, onde foram feitas algumas consultas em documentos de instituição pública como, por exemplo, do IBGE, dentre outros. (GIL, 1997). Além dessa, empregou-se a pesquisa bibliográfica mediante leituras e fichamentos de artigos, livros, dentre outros materiais, objetivando aprofundar a temática em estudo. (GIL, 1997). Assim, segue os principais autores que foram utilizados no desenvolvimento desse estudo: Bravo, Neri, Costa entre outros. Ressalto ainda que essa pesquisa está fundamentada por uma perspectiva crítico-dialética tendo como sujeitos da pesquisa, os idosos atendidos na unidade.

Por último, aplicou-se a pesquisa de natureza qualitativa desenvolvida por meio da elaboração e aplicação de uma entrevista semiestruturada. (MINAYO, 2007). Para sua consecução foram feitas algumas visitas à unidade e aos idosos que frequentaram tal unidade. Destaco que, essa entrevista foi composta por 20 questões; e, foi aplicada no período de um mês, isto é, iniciou-se em 5 de Outubro e foi finalizada em 5 de Novembro de 2014. Em seguida, se fez a tabulação dos dados obtidos, no intuito de verificar se assistência aos idosos, tendo em vista garantir a qualidade de vida, está sendo garantida, ou, violada, no âmbito da saúde.

Agora, considerando a proposta deste trabalho, apresenta-se o seu resultado, o qual se encontra estruturado em três capítulos. O primeiro é a introdução (que contém a problemática; a pergunta da pesquisa; os objetivos do estudo; e a metodologia).

O segundo capítulo expõe uma discussão sobre a qualidade de vida do idoso na contemporaneidade e a política nacional de saúde voltada a pessoa idosa, bem como destaca sobre o crescimento da população idosa no Brasil. Além disso, a discussão é feita em torno da crise contemporânea do capital e suas formas de enfrentamento que atinge, principalmente, o indivíduo que se encontra em maior estado de vulnerabilidade social e, sobretudo, em face das mudanças ocorridas no mundo do trabalho decorrente da lógica da reestruturação produtiva e da implementação de políticas sociais sob a orientação do neoliberalismo.

Destaca e analisa também a necessidade de um atendimento básico de saúde, bem como de programas de qualidade voltada para os idosos, que em alguns anos

poderão se tornar um problema social, devido ao aumento da população idosa no contexto da sociabilidade do capital que mostram várias contradições e, sobretudo, pela lógica do desfinanciamento das políticas públicas, com o advento do neoliberalismo.

O terceiro capítulo apresenta com mais ênfase como é realizado o atendimento na atenção primária na unidade básica de saúde do Novo Horizonte, quais as atividades realizadas, e se a assistência é garantida ou violada, aos idosos.

Por fim, o trabalho traz as considerações finais, delineando sobre a falta de recursos voltados aos programas dos idosos na unidade básica de saúde, pois é evidente esta deficiência, uma vez que a instituição trabalha (desenvolve as atividades com os idosos) de acordo com os recursos que são enviados a instituição, e os poucos profissionais que lá trabalham fazem o que podem para garantir uma qualidade de vida digna para os idosos dessa comunidade. Por este motivo a relevância deste trabalho é de suma importância para a sociedade observar e pontuar as dificuldades que os idosos passam muitas vezes, devido o Estado não está investindo como deveria nas políticas públicas voltadas para a população idosa, pois é uma preocupação, para muitos estudiosos do assunto, porque a população idosa só tende a crescer e estas políticas não estão seguindo este crescimento, e o direito por muitas vezes acaba sendo violado devido esta falta de recursos, principalmente no âmbito da saúde. Este trabalho é de muita importância para estudiosos do assunto, e também para a sociedade.

2 A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO NA CONTEMPORANEIDADE E A POLITICA NACIONAL DE SAÚDE VOLTADA À PESSOA IDOSA

2.1 A PROBLEMÁTICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA CONTEMPORANEIDADE E SUA QUALIDADE DE VIDA

Na contemporaneidade, encontramos na sociedade brasileira um Estado mínimo voltado para atender os interesses do trabalhador e máximo no atendimento dos interesses do capital, sob a orientação neoliberal¹, ideologia de caráter conservador e dimensão globalizada, orientada pelo Consenso de Washington². Constatamos no final dos anos 90, do século XX e início do século XXI, conforme a programática neoliberal³, o sucateamento das políticas públicas pela via da focalização, da privatização e da descentralização, em resposta ao crescimento da pobreza, do desemprego estrutural⁴ e de uma profunda desigualdade

¹ Uma orientação político-ideológica do capitalismo internacional de abrangência mundial, como alternativa em substituição ao Welfare State, sendo exemplos o governo de Margaret Thatcher na Inglaterra e Ronald Reagan, nos Estados Unidos. Ver Anderson (1996), Oliveira (1996) Antunes (1999).

² As políticas de ajuste defendidas no Consenso de Washington, seguem princípios que se propõem a guiar o processo de "ajuste estrutural", político-econômico ao novo capitalismo global. São dez medidas básicas defendidas no Consenso de Washington, sob um receituário neoliberal, que se tornaram hegemônicos para toda América latina (SILVA E SILVA, 2002, p. 67).

³ O neoliberalismo, um "receituário" adotado tardiamente no Brasil o qual se deu a partir do /Governo de Fernando Collor de Melo, intensificado no Governo de Fernando Henrique Cardoso, consolidado nos governos do PT (de Luís Inácio da Silva e Dilma) Conforme Alves (1998):

⁴ Desemprego estrutural se alastrou diante da crise econômica mundial. O desemprego estrutural ocorre quando o número de desempregados é superior ao número de colaboradores que o mercado quer contratar e esse excesso de oferta de trabalhadores não é temporário. Na maior parte dos mercados, o excesso de oferta de um bem levaria a uma descida do seu preço (neste caso salário), que faria aumentar a quantidade procurada e eliminaria o excesso de oferta inicial. Assim, o desemprego estrutural ocorre, porque existem fatores que impedem as variações dos preços, como por exemplo, a existência de um salário mínimo e legislação laboral que impede a flexibilidade de salário.

O desemprego estrutural resulta das mudanças da estrutura da economia. Estas provocam desajustamentos no emprego da mão-de-obra, assim como alterações na composição da economia associada ao desenvolvimento. Existem duas causas para este tipo de desemprego: insuficiência da procura de bens e de serviços e insuficiência de investimento em torno da combinação de fatores produtivos desfavoráveis. Esse tipo de desemprego é mais comum em países desenvolvidos devido à grande mecanização das indústrias, reduzindo os postos de trabalho.

O desemprego causado pelas novas tecnologias, como a robótica e a informática, recebe o nome de desemprego estrutural. Ele não é resultado de uma crise econômica, e sim das novas formas de organização do trabalho e da produção. Tanto os países ricos quanto os pobres são afetados pelo desemprego estrutural, um dos graves problemas de nossos dias. Os principais setores atingidos

social, em razão da concentração de renda⁵. Temos neste contexto um país subordinado aos ditames do capital financeiro⁶ internacional, orquestrado pela ideologia neoliberal, onde o capital, mediante o Estado e de outras organizações parceiras passam a implementar as políticas sociais, não na perspectiva de erradicar as desigualdades sociais atendendo aos direitos sociais⁷ da classe trabalhadora (desempregada, ou subempregada clientes em potencial da assistência social), mas apenas minimizar e/ou reduzir os efeitos mais agravantes de uma crise estrutural instaurada na sociedade brasileira a partir da década de 90, do século XX. Momento em que o país se inscreve em uma nova ordem mundial econômica, sob os imperativos do capital financeiro, e redefiniram as estratégias de acumulação do capital e da reforma do Estado, que segundo Behring (2003), na particularidade do caso brasileiro, estaria a contrarreforma do Estado⁸.

pelo desemprego estrutural são: Agricultura, estrutura de terceirização, prestação de serviços e indústria.

⁵Dados do Censo 2010 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostraram que a desigualdade continua grande no Brasil apesar das sucessivas quedas reveladas por diversas pesquisas. O resultado que deixa esta condição mais clara é a comparação entre a renda dos 10% mais ricos e a renda dos 10% mais pobres. O primeiro grupo ganha 39 vezes mais que o segundo. De acordo com os dados, os 10% mais ricos da população brasileira ganharam, em 2010, 44,5% do total de rendimentos, enquanto os 10% mais pobres ficaram com meros 1,1%. Em números absolutos, isso significa que um brasileiro que está na faixa mais pobre da população teria que reunir tudo o que ganha (R\$ 137,06) durante três anos e três meses para chegar à renda média mensal de um integrante do grupo mais rico (R\$ 5.345,22). Outros recortes feitos pelo IBGE mostram mais números alarmantes sobre a desigualdade social. No que se refere ao rendimento médio mensal domiciliar, os 10% mais ricos ganhavam R\$ 9.501, enquanto as famílias mais pobres viviam com apenas R\$ 225 por mês. Enquanto o rendimento médio no grupo do 1% mais rico era de R\$ 16.560,92, metade da população recebeu mensalmente, em 2010, valores menores que R\$ 375 – valor já inferior ao salário mínimo federal, de R\$ 510, pago na época. (OLIVEIRA, 2011).

⁶Capital financeiro pode ser entendido como o capital representado por títulos, obrigações, certificados e outros papéis negociáveis e rapidamente conversíveis em dinheiro. Uma vez que as necessidades de liquidez variam significativamente entre os agentes econômicos, há uma grande variedade de instrumentos, sob a forma de contratos, que combinam diferentes ativos e são comercializados nos mercados financeiros.

⁷ Conforme Couto (2004): “O direito social é um produto histórico, construído pelas lutas da classe trabalhadora, no conjunto das relações de institucionalidade da sociedade de mercado, para incorporar o atendimento de suas necessidades sociais à vida cotidiana.” Declara ainda que é no campo dos direitos sociais que estão contidos os maiores avanços da Constituição de 1988, desde o Art. 3º - que define os objetivos da República Federativa do Brasil, dos Art. 194 – sobre a concepção do Sistema de Seguridade Social ao Art. 204 – com as diretrizes das ações governamentais na área da assistência social.

⁸Pois trata-se de uma contra-reforma, já que existe uma forte evocação ao passado no pensamento neoliberal, bem como um aspecto realmente regressivo quando da implementação de seu receituário,

No cenário brasileiro, a reforma e contrarreforma do Estado têm sido apenas uma forma de adaptar o país as novas formas que surgiram no contexto da globalização do capital⁹, adequando as suas exigências e estratégicas, através da flexibilização do novo mundo do trabalho que se reorganiza, em razão da reestruturação produtiva, uma das formas de enfrentamento da crise do capital, expressa com o avanço da tecnologia, da ciência, da biotecnologia, da revolução informacional, que de forma contraditória desemprega e precariza as relações e condições de trabalho afetando a vida da classe que vive do trabalho. Na lógica do capital, a exigência é reduzir custos e ampliar as taxas de lucratividade. Nessa lógica, o rebaixamento dos custos do chamado “fator do trabalho” tem peso importante, envolvendo o embate contra a organização e as lutas sindicais, os cortes de salários e direitos conquistados. (HARVEY, 1993, p. 19), conforme o receituário liberal sob a orientação do Consenso de Washington. São dez as medidas básicas defendidas no Consenso de Washington, sob um receituário neoliberal, que se tornou hegemônicos para toda América latina expressas no ajuste fiscal e monetário, na redução dos gastos sociais, na privatização da coisa pública, no controle das contas públicas, na desregulamentação (afrouxamento das leis econômicas e trabalhistas), na abertura dos mercados internacionais.

Todas orientadas pelo princípio da eficiência econômica e pelo pressuposto que essas medidas dariam sustentabilidade financeira ao estado e possibilitariam o crescimento econômico e a equidade social (SILVA; SILVA, p 67, 2002).

É este contexto social, econômico e político que conduz e determina a negação dos direitos sociais das minorias¹⁰ em razão das transformações societárias contemporâneas segundo a lógica do capital. Por sua vez, um dos seguimentos afetados é a população idoso que não consegue um atendimento médico de qualidade, uma assistência social digna por parte das instituições públicas que lhes proporcione qualidade de vida. Muitos dos idosos são

na medida que são observadas as condições de vida e de trabalho das maiorias, bem como as condições de participação política. (BEHRING, 2003, p.58).

⁹ A globalização do capital é um aprofundamento internacional na área da economia, social, cultural e política dos países no final do século:XX e início do século: XXI.

¹⁰ Entre as minorias, estão os negros, as mulheres, os índios, os homossexuais, os idosos. Na particularidade dos idosos, estes fazem ou fizeram parte da classe trabalhadora, que agora estão necessitando de seus direitos, mas que estão sendo negados pelos governantes e que se tornaram considerados improdutivos para empresas.

considerados inúteis na lógica do capital, por se constituírem indivíduos improdutivos. A lógica passa pela sua condição de pessoas não produtivas, logo devem ser colocadas em um lugar da inutilidade, da improdutividade, posto que não contribuem na criação da riqueza na sociedade capitalista.

Se tratandorestruturação da força produtiva o trabalhador envelhecido, que deixou de vender a sua força de trabalho, se vê obrigado a retornar ao mundo do trabalho que tem passado por profundas modificações. Muitos idosos como observam que os empregos formais estão mais difíceis, acabam indo para a informalidade, mas não acontecem só com os idosos mais com todos que querem adentrar no mundo do trabalho novamente , por este motivo muitas vezes a minoria que é uma pequena parte da população idosa não voltam para o mercado de trabalho, e vivem apenas de sua aposentadoria, pois muitas vezes não querem enfrentar a burocratização do mundo do capital. Concordamos com Tavares (2004, p. 27), quando afirma que:

A reestruturação produtiva do capital é portadora de mudanças na economia cujas consequências são fundamentais para toda a organização da sociedade. Dentre essas, no mundo do trabalho, devem ser consideradas as relações informais de trabalho, não porque se trate de uma novidade, mas pela tendência à expansão, pelo modo como o trabalho informal vem se relacionando com o capital, e pelo caráter que contemporaneamente é atribuído ao 'setor informal' por organizações financeiras internacionais da estatura do Banco Mundial e do FMI.(2004)

Porém, mesmo na condição de improdutivo, muitas vezes estes idosos que ainda querem continuar trabalhando, terão que passar pela burocratização de algumas empresas ainda existentes , um exemplo desta burocratização é que a muitas empresas que não aceitam o trabalhador devido a idade , pois um jovem produzirá mais que uma pessoa que esta na terceira idade, pois já trabalhou muito esta cansado ,adoecem constantemente, por este motivo os idosos são chamados de improdutivos na ordem do capital que visa produção em pouco tempo, em massa , e experiência muitas vezes não conta muito para algumas empresas, mas já tem empresas que contam com a experiência de muitos idosos e que estão ativos e produtivos no mercado de trabalho.

O número absorvido pelo mercado não é maior, em razão das exigências impostas pela modernização tecnológica no contexto globalização que torna as

empresas mais seletivas e criteriosas quando contratam os seus funcionários. Aliado a isso, os jovens que estão entrando no mercado de trabalho e não tem nenhuma experiência, se comparado com as pessoas acima de 60 anos, temos a ideia de que os idosos não irão produzir como uma pessoa mais jovem. No entanto, se esses idosos estiverem com boa saúde e com mais longevidade, eles preferem estar na condição de trabalhador ativo, produtivo, do que aposentado em casa, sem ocupação nenhuma, ocupando o lugar da inutilidade.

Esses idosos, muitas das vezes, são a principal fonte de renda da família, os grandes pagadores de impostos e os consumidores mais exigentes. Na visão de alguns empresários, temos a crença de que eles contribuem para a economia, pois eles vão muito além do contracheque, visto que são trabalhadores como qualquer um. Logo, se tornam importantes para a sociedade produtiva e não um peso como muitos costumam dizer e pensar. Temos como exemplo disso, a contratação de idosos em supermercados, no campo turístico como guias, entre outras funções. Infelizmente, são poucas as empresas que visualizam esses idosos na condição de trabalhador produtivo. Por esse motivo, muitos idosos acabam se desestimulando, e, dependendo do caso, terminam em asilos, uma vez que os empresários preferem contratar pessoa mais jovem, com experiência na carteira, e estagiária, pela questão dos encargos dos direitos trabalhistas. O Brasil terá que avançar muito em relação à empregabilidade de idosos a partir de 60 anos. Considerando que está aumentando o número de idoso no país, os governantes precisam pensar em formular políticas públicas para atender as demandas da população idosa. A propósito Vargas afirma o seguinte:

Os idosos, dentro desta atual conjuntura da sociedade, têm lugares próprios destinados ao seu atendimento, entretenimento e manutenção da "identidade". Esses lugares são os centros de convivência para os idosos, grupos de terceira idade e ainda programas institucionais de atendimento ao idoso. (VARGAS ,p.35 ,1983).

Vale salientar que são poucas as instituições brasileiras que atendem os idosos. 71% dos municípios do Brasil não dispõem de instituições para idosos, a grande parte é filantrópica com 62,2%, privadas 28, 2%, e apenas 6,6% são públicas. Sendo assim, as instituições só dispõem de 218(duzentos e vinte e oito) asilos públicos. E em conjunto, as instituições publicas e privadas abrigam 83(oitenta

e três) mil idosos, e a grande maioria é formada por mulheres. O governo federal tem apenas uma instituição para idosos, localizado no Rio de Janeiro, a qual abriga 298(duzentos e noventa e oito) pessoas. Essas instituições para os idosos estão concentradas na região sudeste (dois terços), apenas em São Paulo concentra-se 34,3%, com mais de 20 milhões de idosos atendidos.

Notemos que de forma concreta, vem ocorrendo à negação dos direitos da população idosa no cenário da saúde, na segurança pública, no lazer e nas demais instancias necessárias para garantir a qualidade de vida dessa população. Pois qualidade de vida não é só a pratica de exercícios físicos como uma parte da sociedade pensa,mais, para que uma pessoa tenha uma qualidade de vida tem que tero básico que é seus direitos garantidos com :habitação , segurança , transporte , educação , lazer uma alimentação saudável e a prática de exercícios físicos ,mas da forma que os governantes estão fazendo reduzindoas políticas públicas voltada para o idoso. Além do mais, os investimentos não estão proporcionais ao crescimento populacional de idosos no país.

Conforme dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado no ano de 2010, temos que o número da população idosa alcança a casa dos 20(vinte) milhões, com estimativa de que, no ano de 2025 teremos aproximadamente 34(trinta e quatro) milhões de pessoas formadas por idosos. No Município de Natal, capital do Rio Grande do Norte (RN), o envelhecimento apresenta o mesmo percentual das demais capitais brasileiras. Além disso, os mesmos dados do IBGE de 2010 apontam que a população idosa passou de 10% na população total, para cerca de 83(oitenta e três) milhões de idosos, de um contingente populacional de 785.722(setecentos e oitenta e cinco e setecentos e vinte e dois) em 2013 e 2014.

Tenhamos presente que os investimentos voltados para a população idosa nas áreas da saúde, do lazer, da cultura, do esporte, da segurança não são suficientes e não acompanha o crescimento populacional dos idosos, pois sabemos que o envelhecimento aumenta, e uma das causas têm sido as novas configurações na constituíçãoda família brasileira como, por exemplo, a entrada da mulher no mercado de trabalho, cada vez mais cedo e com isso reduz o número de filhos, e o avanço tecnológico na área da saúde ao longo dos séculos. Esses aspectos têm favorecido que a população viva mais e proporcione a diminuição na taxa de

fecundidade e de mortalidade.

Assim, para os idosos que estão na condição de pobreza, de subalternidade e de vulnerabilidade social¹¹ carecem de implementação de políticas públicas que promovam o atendimento básico de acordo com suas demandas. Nesse sentido, o governo federal vem tomando medidas para ampliar políticas para atender melhor os idosos e assim garantir uma melhor qualidade de vida para esses cidadãos. Uma dessas medidas foi o surgimento do pacto pela vida¹², em 2006, que se volta para trabalhar o ciclo do envelhecimento; o estatuto do idoso, em 2003, que assegura o tratamento na saúde dos idosos, por meio de visitas domiciliares, entre outras orientações de igual importância. Ademais, existem investimentos na capacitação dos profissionais para melhor atender aos idosos nos municípios e nos estados brasileiros; na assistência de um número maior de idosos que estão assegurados com um salário mínimo, em razão do seu estado de saúde.

No âmbito familiar, os idosos, na maioria das vezes, são vistos como um peso pela sua inutilidade, portanto atrapalham a vida dos que são úteis e produtivos, considerando o trabalho que é exigido para quem cuida; seja o filho, a filha, a nora, netos e demais pessoas para quem se destina a responsabilidade do papel de cuidador. O peso se torna ainda maior para os responsáveis, quando assumir este papel de cuidador interrompe a rotina do lazer da família nos passeios, festas e confraternizações. Desta forma o estado ele transfere sua responsabilidade para a família, instituições não governamentais, pois no momento em que houvesse investimento nas políticas públicas para idosos a família não teria um gasto para poder pagar um cuidador, pagar consultas, exames, medicamentos que deveriam ser gratuitos para a população oferecidos pelo estado, mas de certa forma isso não acontece, para eles o idoso é um ser improdutivo, pois em vez dele contribuir para com o estado, o estado é que tem que oferecer estes serviços, mesmo sabendo que foram direitos conquistados, e devidos os anos de contribuição, e os filhos tem

¹¹Subalternidade e Vulnerabilidade acontece com pessoas que estão expostas a exclusão social, são indivíduos sozinhos, e o termo é geralmente ligado a pobreza, dependem de favores dos outros, sempre estão impossibilitados de partilhar dos bens e recursos oferecidos pela sociedade, fazendo com que esta pessoa seja abandonada e expulsa dos espaços da sociedade, pois são pessoas frágeis, de uma certa dependência, e se sentem inferiores dependendo do problema.

¹² Pacto Pela Vida é um programa do estado criado pela lei nº12.357 de 26/09/2011 no âmbito do sistema de defesa social-SDS, cujo objetivo principal é a promoção da paz social. Trata-se de uma nova política pública de segurança, construída de forma pactuada com a sociedade e articulada com todos os poderes, poder judiciário, assembleia legislativa, ministério público, defensoria pública, e os municípios da união.

que vender sua força de trabalho para poder pagar todos os gastos que tem com idosos, pois só a aposentadoria muitas vezes não dá conta.

Por outro lado, para os idosos estar junto de sua família é um momento maravilhoso pela companhia, ao mesmo tempo pelo preenchimento do vazio e da solidão que a velhice traz. Quando o idoso se torna um peso para os responsáveis, o significado e importância da pessoa idosa para a família ocorre, na maioria das vezes, pela via da administração dos recursos que dispõe o idoso para pagar as suas contas e de sua família. A propósito, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011) afirmou que, 64% dos domicílios são sustentados pelos idosos. Por sua vez, existem muitos idosos abandonados em asilos que morrem até mais rápido. Para essas pessoas (familiares), o que vale é a sua aposentadoria e não o ser em si que foi mãe, pai, tia, avó ou avô e teve grande utilidade quando na juventude e saudável, porque os criou e os preparou para a vida.

No que tange a questão da aposentadoria, identificamos na pesquisa que 20% dos entrevistados dependem de algum benefício, como por exemplo, o Benefício de Prestação Continuada (BPC)¹³, uma das referências na política de assistência social, voltada para os idosos e pessoas com deficiência. No Brasil, em 2010, no mês de agosto existia 3,32 mil idosos que dependiam desse benefício. Registramos que houve no tempo de concessão do benefício uma diminuição em 2010, mesmo que tenha ultrapassado o número 10,9 mil e o número total de idosos e deficientes que recebem o benefício (idosos 1,59 mil e deficientes com 1,73 mil). Outros vivem da pensão deixada pela mulher, outros do salário da sua aposentadoria resultante de anos de trabalho. É através desse benefício, da pensão ou da aposentadoria, que os idosos administram (ou alguém o faz) e propiciam a sua qualidade de vida durante sua velhice, suprindo o que o estado deveria oferecer com mais agilidade, e na criação de programas e melhorando os serviços já existentes. porque um salário não é suficiente para tanto gasto, mais que tem um poder aquisitivo maior, não tem com o que se preocupar muito.

Qualidade de vida é o método utilizado para medir as condições de vida de um ser humano ou é o conjunto de condições que contribuem para o bem físico e espiritual dos indivíduos em sociedade. E para que o idoso tenha qualidade de vida

¹³ O decreto nº 1.744, de 05 de dezembro de 1995, regulamenta esta Lei, com referência ao benefício de prestação continuada, (BPC), devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso.

implica que ele tenha: saúde com assistência, segurança alimentar, boa moradia, segurança pública. Porém, essa é a situação e os problemas enfrentados pela maioria dos idosos. E mesmo que muitos deles recebem e administram seu dinheiro, chega o momento que eles necessitam de alguém, para acompanhá-lo ao médico, ao mercado e até mesmo ao banco para retirar o seu benefício.

Em face dessa realidade, sobretudo, para garantir os seus direitos foi criada a Política Nacional do idoso, no dia 04 de janeiro de 1994. A lei nº 8.842 tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso criando condições dignas para o seu bem-estar como cidadão na sociedade. Em 2003, com muita luta também foi criada o estatuto do idoso, lei 10.741, no dia 1 de outubro desse ano.

Esse Estatuto foi criado com o intuito de fortalecer e assegurar os direitos a pessoa igual ou superior a 60 anos de idade. Nos artigos 8º e 9º, respectivamente, o Estatuto do Idoso traz a luz que o “envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta lei e nos da legislação vigente” e que é obrigação do Estado, garantir a pessoa idosa a proteção á vida e a saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições dignas (SILVA, p.142 ,2010).

Assim sendo, de acordo com Neri (2011), para poder envelhecer bem é necessário o investimento, no ponto de vista ético, biodemográfico, sociopolítico, econômico, e que nunca é tarde para recomeçar algo durante esta fase da vida.

Vale ressaltar que, esses idosos, ao longo de sua vida acumularam diversas experiências e conhecimentos que podem ser aproveitados como por exemplo, participando na promoção e realização de cursos para jovens que acabaram de ingressar no mercado de trabalho, trabalhando as dificuldades e demarcando os pontos positivos para o sucesso profissional. São contribuições de grande importância, considerando que os mais jovens ganham com a experiência. São experiências que podem ser vivenciadas, por exemplo, em supermercado, empresas têxtis, empresas de transporte público, em instituições públicos, entre outros espaços. Os jovens se inserem no mercado com orientações sobre a área de atuação da parte dos mais experientes, e os idosos passam se sentir ativos e incluídos socialmente. Lembrando que, a inserção produtiva dos indivíduos não incide apenas na atividade material, objetiva, mas afeta, positivamente, o aspecto subjetivo na medida em que atende o bem-estar físico, mental, intelectual e espiritual do idoso.

Indubitavelmente, entendemos que mesmo que os idosos não estando inseridos no mercado de trabalho, eles contribuem para a economia do país de certa forma. Isto é, eles contribuem para a longevidade que, segundo estudiosos (Neri, 2011) é o retorno dos esforços e investimento social na manutenção pessoal, como a alimentação, ao vestuário, moradia educação e principalmente os serviços médicos. Desse modo, para se alcançar uma velhice bem-sucedida, o processo pessoal e social da pessoa humana deverá ter uma condição de dignidade vivida com saúde física e mental, para que este indivíduo se sinta incluído, acolhido pela sociedade produtiva e política, para que o idoso tenha qualidade de vida.

Outro ponto já referendado anteriormente é o fato de que grande parte da população idosa é quem sustenta a casa, e muitos apenas recebem um salário mínimo ou cuja fonte de renda é a BPC. Por esse motivo, na maioria das vezes, não há condições de investimentos em algumas providencias que ajudem os idosos nos seus problemas de saúde, na sua qualidade de vida adequada a sua idade, como compra de medicamentos, realização dos exames, acesso a alimentos saudáveis, entre outras necessidades. Em não tendo esses recursos, sobretudo para exames e medicamentos, o idoso terá que esperar pelos órgãos públicos que não dão a assistência necessária, considerando a escassez dos recursos públicos e a burocracia para poder ser atendido.

Existem algumas razões para investir na velhice bem-sucedida: como por exemplo, mais gente vive mais, em melhores condições, com mais anos livres de deficiência. Somos mais idosos e menos jovens; o capital humano acumulado de esforços, conhecimentos, experiências, participação social e sabedoria têm um valor econômico importante; idosos produzem e consomem bens e serviços, e muitos são chefes de família; intervir é barato e não intervir é caro. (NERI, p.84,2011).

Infelizmente, só se investem em saúde privada, porque os governantes acham que pagar uma consulta encaminhada pelo SUS, para um hospital privado sai mais em conta do que eles comprarem equipamentos novos para estas unidades de saúde publica, mas na verdade sairia mais em conta se eles investissem no publico, e enquanto isso se vê as unidades básicas da rede pública de saúde com seus serviços precários e sucateados. Dessa forma, os idosos de classe baixa, que estão em situação de pobreza e vulnerabilidade, muitas vezes, passam meses aguardando por uma consulta ou exame. Enquanto isso, o seu estado de saúde já se encontra bem avançada e não aguentam esperar, considerando que eles

dependem de um salário mínimo por mês, que é o valor da aposentadoria.

Nessas condições, portanto, os idosos não têm condições de ir ao médico particular ou pagar um exame. Assim, Neri (2011) afirma que os idosos que têm uma boa condição socioeconômica, os quais tiveram uma formação educacional, vivem bem mais e não têm o mesmo número de doenças na velhice, pois foi possível o cuidado e a prevenção de doenças. Enquanto que, os idosos de nível de escolaridade baixa e que dependem da aposentadoria adoecem mais rápido, uma vez que não têm o hábito de ir ao médico, preferem remédios caseiros, e não cumprem com o que os médicos costumam prescrever, segundo as observações feitas através do questionário aplicado na unidade básica de saúde. Além disso, quando procuram o médico já se encontra bem avançado seu quadro de adoecimento. Sem falar que também há grande deficiência no sistema de saúde que tem dificultado a prevenção da saúde da população que depende da saúde pública, em razão das políticas seletivas e focalistas, bem como dos baixos investimentos na área da saúde, sobretudo quando se trata da atenção a pessoa em situação de envelhecimento.

Em face deste cenário, o envelhecimento é entendido como um processo natural da vida e, em razão disso, a velhice não pode ser considerada uma doença, e sim, mas uma etapa da vida. “Velhice é um fenômeno biológico com reflexos profundos na psique do homem, perceptíveis pelas atitudes típicas da idade não mais jovem nem adulta, da idade avançada” (BEAUVOIR, 1990, p.19). E, além disso, faz parte da população que contribuiu e contribuirá para a história do país, mesmo que não contribua mais para a economia. Porém, de certa forma, servirá para repassar os seus conhecimentos adquiridos ao longo do tempo à população mais jovem. Velhice é uma fase natural da vida: nascimento, crescimento, amadurecimento, envelhecimento e morte” (MASCARO, 2004, p. 17).

O envelhecimento é uma problemática social que requer agilidade do governo no atendimento e cuidados, sobretudo na prevenção da saúde para atender os idosos conforme a lei. Mas, vale frisar que a responsabilidade sobre o idoso não é só do Estado, implica o envolvimento também da sociedade e da família, que faz o que pode para cuidar deste idoso, pois como está bem claro os recursos advindos do estado é muito pouco para garantir a assistência necessária para os idosos, por este motivo a família e instituições não governamentais se tornam os responsáveis

por estes idosos de certa forma. A implantação de políticas públicas voltadas para assistência a saúde seria o mínimo paraidoso, e para poder responder suas necessidades, que são transformadas em demandas, em razão do crescimento desta população, e reduziria o processo de adoecimento, propiciando uma maior expectativa de vida.

Com relação as unidades básicas de saúde na realidade brasileira, e particularmente no Nordeste, por ter uma assistência ampla na clientela, suas ações não são restritas aos idosos, mas toda a população, porquanto não existem investimentos em prevenções e promoções a saúde nessas unidades e nem equipes multiprofissionais completas para atender especificamente o idoso. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) não desenvolve um acompanhamento necessário aos idosos como deveria ser feito, uma vez que falta, não só profissionais, mais também recursos materiais e financeiros suficientes (desde ambiente, equipamentos, transportes, gasolina, entre outros recursos) que propiciem condições no ambiente de trabalho e deslocamento dos profissionais. São dificuldades que inviabilizam a qualidade do atendimento feito nessas unidades, que inviabilizam a garantia do direito a saúde a população atendida com qualidade.

De acordo com Lobato (2007), seremos em breve a sexta população do mundo em idosos. Por um lado, positivamente, significa que estamos com um aumento na expectativa de vida, e negativamente indica que a desigualdade social tende a aumentar em nosso país, principalmente com o surgimento das políticas neoliberais, nos últimos governos, que vem reduzindo os gastos públicos, gerando grandes cortes no financiamento das políticas sociais e taxas de desemprego alarmantes.

Nesse contexto, a assistência básica de saúde, efetivamente, torna-se comprometida. Ou seja, os serviços ofertados são de má qualidade, em razão do sucateamento do serviço público de saúde. Enfim todo esse problema é causado pela carência geral de recursos e investimentos que garantam programas e políticas públicas de qualidade para o idoso. Outro ponto que deve ser ressaltando é que não basta apenas criar políticas públicas, mais sim permitir o acesso a essas políticas, facilitar o acesso a esse serviço, pois como sabemos, o envelhecimento é uma responsabilidade coletiva e não individual.

A respeito da dependência na velhice, estudos de vários autores demonstram que as desigualdades sociais em nosso país têm

gerado um número crescente de idosos incapacitados funcionalmente e com saúde precária. Os idosos sofrem de doenças crônico-degenerativas, o que implica redefinições nas políticas de saúde voltadas para este segmento. (LOBATO, p.138,2007).

Na particularidade da população idosa que carece desses serviços, observamos o aumento do número de idosos que chegam aos hospitais e não desfrutam de um atendimento humanizado que lhe garanta dignidade no tratamento como ser humano. É rotina, principalmente nos hospitais públicos, um atendimento desumanizante da parte dos profissionais, os quais necessitam de uma qualificação/capacitação para um atendimento aos idosos com qualidade e humanizado.

Segundo Costa (2006), as unidades básicas de saúde têm o dever de oferecer programas voltados para a população, como forma de promoção e prevenção a saúde, bem como de uma equipe especializada para melhor atender e passar informações relacionadas à saúde para a população.

Porém, não é só dessa atenção que os idosos dependem, eles necessitam praticar exercícios físicos, ter uma alimentação saudável e serem acompanhados por médicos especializados visando minimizar os problemas de saúde que são normais durante essa fase da vida. Exemplo disso são: depressão, diabetes, problemas cardíacos e na estrutura óssea (osteoporose).

Em razão dessa realidade, no que se refere à qualidade de vida dos idosos, foi elaborada a política nacional do idoso, para que eles tenham os seus direitos garantidos, ou assegurados, no contexto da sociedade brasileira. No artigo 2º diz que: “garante oportunidades para a preservação da sua saúde física e mental, bem como seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade” (MENDES, 2005).

No Brasil, um dos avanços, quanto a esses direitos básicos garantidos ao idoso, só passaram a ser garantidos mesmo com a criação do estatuto do idoso, porém perpassado por muitos desafios, uma vez que o idoso ainda não tem disponível uma assistência necessária, como pessoas de direitos, principalmente, na saúde básica. Pois, como bem sabemos, existem muitos idosos quando veem seu direito violado se sentem excluídos e afetados na sua condição de cidadão. Logo, muitos adoecem e se sentem inúteis porque não contribuem mais para o mercado. E, a própria sociedade faz questão de mostrar que quando chega à terceira idade, não tem serventia, não serve para nada, principalmente quando são aposentados.

Embora almejada a aposentadoria, contraditoriamente, ela os coloca em uma condição de inutilidade, de desocupado, e se torna um momento doloroso para alguns dos idosos. Porém, existem outros idosos que pensam de outra maneira, isto é, se sentem felizes por ter chegado à velhice, já fizeram a sua parte contribuindo para o mercado e agora é hora de aproveitar essa fase da vida com sua família e procurar uma melhor forma para viver com qualidade de vida sua velhice, disfrutar do tempo livre, inclusive realizando atividades que lhes propiciem prazer. E se a sociedade fizer sua parte respeitando e lutando juntos com os idosos, sobre todos os aspectos, eles terão uma velhice mais saudável, garantida através dos direitos postos, e dessa forma acaba sendo um estímulo para estas pessoas.

Muitos idosos dizem que o tempo ou a obtenção da aposentadoria está vinculado a ideia da velhice e da morte que os próprios beneficiários desse abono no Brasil, apelidavam-no, em indisfarçáveis de “sorrisos amarelos”, de: PÉ NA COVA”. (NUNES, p.18,1994)

Segundo Lins (1981), que fez um estudo sobre a velhice no Brasil nos diz que, o estudo sobre a velhice foi desenvolvido no campo da antropologia, mas hoje ela diz que a questão da velhice esta se desenvolvendo em outras áreas do conhecimento, ela retrata também a trajetória do indivíduo na sociedade e fala um pouco sobre o nascimento e a morte. A autora relata outro ponto que ela diz ser um dos principais do seu estudo que é sobre a forma de pensar da sociedade, eles acham que os idosos não precisam se preocupar em fazer planos para o futuro, pois é de muita ingenuidade pensar desta forma, pois a terceira idade é uma fase da vida, muito bonita, pois tem que ser aproveitada com tudo que tem direito, é feita para descansar depois de anos de contribuição, a idosos que aproveitam continuando trabalhando, aproveitam da maneira que quiser, e continuando fazer planos sim.

Como podemos visualizar, nos dias de hoje, os idosos estão sendo muito desrespeitados, principalmente quando são negligenciados ao se dirigirem a uma instituição pública e tem lá seus direitos negados. Outro ponto a ser destacado é o aumento da violência contra o idoso como, por exemplo, a violência física, psicológica e, principalmente, financeira, quando se aproveitam da vulnerabilidade dessas pessoas, situação normal na velhice, desta forma o direito tem que ser igual para todos independente de idade sexo ou cor.

Além disso, não há respeito com os idosos quando se trata de acessibilidade no transporte coletivo, nas causadas, filas para atendimento preferencial, mais é lamentável que ainda não um ponto importante para a sociedade ser discutido e pensado por todos , as filas de preferencias é que existem e ainda são alvos de critica , as calçadas não são arquitetadas para idosos ,poucas a que são acessíveis para idosos e deficientes , no transporte é outro problema enfrentado pelos idosos que não são respeitados ,e tem suas vagas garantidas violadas, pois com o crescimento da população e das cidades, não existem projetos bem planejados, para que os idosos possam se locomover pelas ruas. Posto que, como sabemos o porte físico de um idoso é bastante frágil, e muitas das vezes as calçadas são altas, mal adaptadas e acaba dificultando a locomoção desses cidadãos. E da mesma forma, os espaços residenciais que na maioria das vezes, não são planejados, pois é onde eles acabam passando a maior parte de sua vida. “Pensar no envelhecimento desde a juventude é saber criar expectativa positiva para vivenciar o processo, com dignidade” (Skinner).

Assim como a juventude é o amadurecimento físico, a adolescência é o amadurecimento psicossocial, a idade adulta é o amadurecimento pessoal e cultural, esta a velhice que é a complementação das maturidades e a própria maturidade espiritual, (NUNES, p.15,1994).

Em fim, estes são alguns dos problemas enfrentados pelos idosos na sociedade contemporânea nas diversas áreas, mais especificamente na saúde.

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE À PESSOA IDOSA E A QUESTÃO DA GARANTIA DA SUA QUALIDADE DE VIDA

Em um contexto de democratização política na década de 80, após 21 anos de ditadura, a sociedade brasileira vivenciou um contexto político de avanços e retrocessos, que gerou uma crise econômica que se prolonga e persiste até os dias atuais. Naquela conjuntura o governo responde com uma ampla política social de caráter assistencial e pela rearticulação dos movimentos sociais. Em relação à política social, o governo institui ações voltadas para os setores sociais nas áreas da educação, da saúde, da habitação, da previdência social, do saneamento e desenvolvimento comunitário. Medidas articuladas a uma progressiva redistribuição de renda (SEPLAN - II PND), porem viabilizadas por um projeto conservador; estas

políticas por sua vez não foram traduzidas em ganhos materiais para a massa da população (BRAVO, 2012).

Neste contexto, na particularidade da política de saúde, registramos a construção do projeto da Reforma Sanitária. Segundo Bravo (2012,p135),

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil

Um dos marcos importantes na construção da Reforma Sanitária na saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. Teve como temática principal I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial.

Nesse evento, cerca de quatro (quatro mil e quinhentas) pessoas, dentre elas, mil delegados, participaram e colocaram em discussão a questão da saúde na sociedade brasileira. Os debates foram trazidos dos fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e exposto nesses debates, através da apresentação de trabalhos e de mesas-redondas sobre os temas expostos acima. Foram registrados a participação de representantes da sociedade civil como, por exemplo, os presidentes dos conselhos comunitário, os quais representavam os moradores, os sindicatos, os partidos políticos e as associações de profissionais.

As discussões sobre Saúde, nessa conferência, foram muito além de uma análise setorial, uma vez que serviu de base para implementação dos cinco artigos que envolvem a política de saúde na constituição Federal de 1988. A partir disso resultou na proposta e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como da Reforma Sanitária, no intuito de melhor organizar o sistema e, sobretudo, atender as diversas demandas sociais, mediante a oferta de serviços básicos essenciais como, por exemplo, a alimentação, a habitação, a educação, os serviços de saúde, dentre outros. Nesse interim, Bravo (2012) afirma que a saúde apareceu como uma das expressões da “questão social”, por ter gerado grandes desigualdades entre a classe trabalhadora e a classe dominante, uma vez que só quem podia ter acesso a saúde era a classe dominante, por ter o poder de compra pelo serviço. A classe

trabalhadora, por sua vez, só tinha acesso os que contribuíam para a previdência, e os que não ficavam sendo atendidos através da caridade.

A promulgação da Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 significou, na esfera jurídica, o comprometimento de afirmação e ampliação dos direitos sociais no país, considerando que a sociedade brasileira (extremamente desigual) se ressentia da falta de políticas públicas que respondessem a um conjunto de necessidades expressas pela classe trabalhadora pauperizada pelo não acesso ao trabalho formal com proteção social, bem como aos direitos sociais básicos. Dessa forma, a constituição veio consolidar a proposta de saúde como política de seguridade social¹⁴, articulada a assistência e previdência. A propósito Bravo afirma

Com a efetivação da CFB de 1988, a qual inaugurou um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado. (BRAVO, p.2, 2012).

Dessa forma, grandes foram as conquistas com a constituição de 1988, primordialmente, na área da saúde e da assistência ao idoso. Em outras palavras, foi uma década promissora, visto que foram criados os programas governamentais direcionados para idosos, bem como grupos de convivência e grupos não governamentais organizados por associações e por empresas.

Segundo Lobato (2007), com a formulação da constituição e a participação de toda a sociedade, pode-se dizer que foi um momento muito importante depois de tantas lutas e reivindicações, para poder concretizar as políticas sociais, no intuito de toda a população ser assistida.

Os idosos organizados em grupos foram à luta para que suas reivindicações fossem atendidas em relação aos seus direitos. Segundo Lobato

Em 1984, houve a criação do primeiro conselho Estadual do idoso em São Paulo, e em 1988 mais dois foram criados nos estados do Rio grande do Sul e Santa Catarina. Tais conselhos são compostos partidariamente por instituições governamentais e não governamentais que implicam uma organização coletiva dos idosos para participarem daqueles espaços. (LOBATO, p.140 ,2007).

¹⁴ A Seguridade Social, através do conceito de Sérgio Pinto Martins (2003): "É um conjunto de princípios, de regras e de instituições destinado a estabelecer um sistema de proteção social aos indivíduos contra contingências que os impeçam de prover as suas necessidades pessoais básicas e de suas famílias, integrado por ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, visando assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social".

No mesmo ano houve a criação pelo Ministério da Saúde das normas de funcionamento de casas geriátricas e Asilos de longa permanência. Em razão disso, o governo se interessou em fiscalizar o funcionamento e o trabalho realizado por essas instituições em favor, ou em prol, do idoso. Houve também a criação da Associação Nacional de Geriatria (ANG), que viabilizou a questão do idoso no Brasil fosse mais discutido e visível, através de seminários regionais, que contou com a participação de pessoas interessadas no assunto e que queriam contribuir através da criação de mais políticas sociais.

Ainda de acordo com Lobato (2007), através desses seminários, foi criado um documento com o nome de “Política para a Terceira Idade nos anos 90”. Documento elaborado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, os quais encaminharam para o Presidente Collor, no intuito de beneficiar mais uma vez o idoso com mais uma política.

Logo, a partir as discussões nos seminários e da construção do documento da “Política para a Terceira Idade nos anos 90”, foi criada a Política Nacional do Idoso (PNI) (Lei de N°8.842/1994). Concomitantemente, foram realizados mais encontros e fóruns para discutir como seria implantado esta política e o seu processo do financiamento.

A propósito de sistematizar e encaminhar a política do idoso, em 1998, reuniu-se um grupo de profissionais de diversas áreas organizados em comissões, os quais foram convocados para a elaboração de mais uma política voltada para o idoso. E, dessa vez, foi elaborado a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), que garante e assegura os direitos sociais á pessoa idosa e busca promover a autonomia, integração e a sua participação na sociedade e, sobretudo, promover a saúde nos diversos níveis de atenção do SUS.

Segundo Bravo (2012), foi uma política promulgada pelo então Ministro da Saúde, presidido, na época por José Serra, com o objetivo de proporcionar um envelhecimento saudável, buscando garantir a qualidade de vida do idoso.

Tenhamos presente que, em 1999, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu o ano internacional do idoso. Dessa forma, percebe-se que o tema se tornou mais visível, sendo-o divulgado até na mídia, através de campanhas, mutirões para cirurgia e atendimentos médicos, campanhas de vacina, grupos de convivência e até no turismo e, em diversas áreas. Neste sentido

O cuidado a saúde no Brasil vem passando por ressignificações, na perspectiva da garantia a saúde como direito universal. A atenção básica abrange a promoção, proteção e a prevenção de agravos, resolver mais rápido o tratamento e diagnósticos, pois assim tendo uma garantida atenção básica a saúde, ainda se constata fenômenos que reclamam de sua efetiva aplicação. (ARAÚJO BRITO, BARBOSA, p. 122,2008).

Outro avanço singular, no mesmo ano, foi na educação, com a criação da Universidade para a Terceira Idade, do Programa Nacional de cuidadores de idosos envolvendo os ministérios da saúde, de previdência e de assistência social. São programas criados para o bem-estar do idoso e sua inclusão na sociedade. Mas, infelizmente, até hoje, nada disso foi implementado. Além disso, o Ministério da Saúde criou as redes estaduais de assistência ao idoso, porém no Rio e em São Paulo não teve sucesso, visto que não saiu do papel por falta de equipes multiprofissionais, e também por falta de financiamento por parte dos governantes.

Outro agravante, nesse cenário, foi à consolidação da hegemonia neoliberal¹⁵ no Brasil, a qual proporcionou o enxugamento dos direitos sociais e trabalhistas e trouxe o desemprego estrutural, a precarização do trabalho, o sucateamento da previdência pública, da saúde e da educação. Outro aspecto importante revela-se pela desconstrução da “proposta de Política de Saúde construída na década de 1980”. (PEREIRA,1995, p 35). Nesse processo de desconstrução, a saúde vinculou-se ao mercado e estabeleceu parcerias com a sociedade civil, e essa passa a ser convocada e “responsabilizada para assumir os custos da crise”. (PEREIRA, 1995, p.35).

Em se tratando do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com a oficialidade do próprio, foi observado o descumprimento dos preceitos constitucionais, assim como a falta do governo federal na fiscalização das ações de saúde. (BRAVO, p.43,2012).

No entender de Bravo, existem questões que dificultam o avanço do SUS como política social, por exemplo, o descaso quanto ao princípio da equidade na designação dos recursos públicos devido a não unificação dos orçamentos federal,

¹⁵Conceito de hegemonia: É a supremacia de um povo sobre outros, ou seja, através da introdução de sua cultura ou por meios militares. Na área da política, o conceito foi formulado por Antonio Gramsci para descrever o tipo de dominação ideológica de uma classe social sobre outra, particularmente da burguesia sobre o proletariado e outras classes de trabalhadores.

estadual e municipal. Igualmente, tem-se o desvio do princípio da integralidade, no que se refere à indissolubilidade entre a atenção curativa e de prevenção.

Vale ressaltar que, na gestão do presidente Lula (no período de seu mandato 2003 a 2008), as políticas sociais permaneceram fragmentadas e submetidas à lógica da economia, como no antigo governo (de Fernando Henrique Cardoso).¹⁶ Diante disso, a seguridade social foi uma das conquistas, no governo de (FHC) com a criação do tripé ,da seguridade : Saúde, assistência e previdência, Bravo (2012) ,que foi desvalorizada, esmo diante desta conquista manteve-se a divisão das políticas de saúde, assistência social e previdência social. No âmbito da saúde se esperava que o governo Lula confirmasse o projeto de reforma sanitária

¹⁶O governo Lula em matéria de política social, adotou uma definição de política social um pouco mais abrangente que a usual na literatura. Não se trata nem do entendimento restrito, que vigorou no texto constitucional e deu origem à seguridade social, nem de seu sentido mais amplo, que contempla a educação e a moradia, tal como é o entendimento em alguns países europeus (MARQUES, 1997) um e outro, contudo, emanando do reconhecimento de direitos, sejam eles concedidos por mérito ou derivados da cidadania. A definição aqui adotada compreende tanto a proteção garantida por direito como o conjunto de ações governamentais voltados para diminuir a pobreza absoluta, a desigualdade de renda e para propiciar a inclusão. Quanto ao fato de a política econômica do governo Lula ter favorecido o grande capital, em especial o financeiro.

No primeiro ano do mandato de Lula (2003), durante as negociações de sua proposta de reforma tributária, representantes do governo defenderam a aplicação de mecanismos semelhantes à Desvinculação das Receitas da União (DRU) para os estados e municípios, o que, segundo estimativa da Comissão de Orçamento e Finanças do CNS, implicaria uma redução de recursos para a saúde de R\$ 3 bilhões em nível dos estados e de R\$ 2,5 bilhões em nível dos municípios, caso a desvinculação de 20% fosse aplicada à arrecadação prevista para 2003 (MARQUES; MENDES, 2005). Frente à oposição manifestada, essa proposta foi retirada do âmbito do projeto do executivo. No governo FHC e, especialmente, ao longo da sua segunda gestão, foram lançados ou aprimorados diversos programas, que aumentaram o gasto público e criaram uma rede de proteção social relativamente desenvolvida para os padrões de um país latino-americano de renda média, como é o nosso. Entre essas ações, algumas das quais corresponderam a desdobramentos de programas já existentes, como:

- A expansão das medidas previstas na **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)**, que garante um salário mínimo a idosos e deficientes, independentemente de contribuição prévia e, no final de 2002, atendia diretamente a aproximadamente 1,4 milhão de pessoas;
- O **Bolsa-Escola**, do Ministério de Educação, que em 2002 garantia benefícios às famílias com crianças na escola, na época correspondentes a R\$15 mensais por criança, até o limite de três crianças (R\$45 por mês) e que no final do governo beneficiava 5 milhões de famílias;
- O **Bolsa-Renda**, do Ministério da Integração, dirigido a aproximadamente 2 milhões de famílias pobres das regiões que enfrentavam o problema da seca;
- O **Bolsa-Alimentação**, a cargo do Ministério da Saúde, que atendia a 1 milhão de gestantes/ano na fase de amamentação;
- O **Auxílio Gás**, do Ministério das Minas e Energia, que previa a doação, em 2002, de R\$8 mensais, beneficiando 9 milhões de famílias para subsidiar o custo do botijão, e
- O **Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)**, da Secretaria de Assistência Social, para retirar 1 milhão de crianças do trabalho, dando a elas bolsas para estudar.

questionado na década de 90 do século XX, acontecendo, na época, o fortalecimento de um projeto de saúde de caráter privado vinculado ao mercado.

De acordo com Lobato (2012), as desigualdades sociais no Brasil têm proporcionado um número crescente de idosos com a saúde precária, que convivem com doenças crônico-degenerativas, como hipertensão, diabetes, problemas cardiovasculares, respiratórias, entre outras.

Nesse contexto, sabe-se que as doenças crônicas são as mais presentes no período de velhice, e afetam diretamente a área financeira, social e até emocional do idoso. As principais doenças em destaque são: demência diabetes. As duas doenças comprometem muito a qualidade de vida do idoso, uma vez que terão de mudar de hábitos. Tenha-se presente que, mesmo com tantas pessoas idosas doentes não existem investimentos em políticas públicas para a prevenção e diminuição do número da população idosa doente. Para ofertar uma atenção em saúde mais específica e adequada foi criado os níveis de atenção à saúde, para assim poder desafogar as unidades de alta complexidade e centros especializados e melhor resolutividade nos atendimentos.

Desta forma foram criados os níveis, primário as Unidades Básicas de Saúde, ou Postos de Saúde, onde se configura a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, são marcados exames e consultas, procedimentos básicos. Nível Secundário estão as Clínicas e Unidades de Pronto Atendimento, bem como Hospitais Escolas. Nesses são realizados procedimentos de intervenção bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças. níveis Terciários, como os Hospitais de Grande Porte, sejam mantidos pelo estado seja pela rede privada, são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida.

Assim, para que a Atenção Básica de Saúde possa atender as demandas que surgem na instituição, como 50% é idoso para atendimento, torna-se necessário que os gestores firmem compromissos com essas pessoas (cidadãos que tem direito e deveres perante a sociedade), através da promoção, prevenção e recuperação a saúde. E, não basta só isto, tem que qualificar os profissionais para trabalharem com a população idosa na área da saúde municipal Brasileira. A atenção básica para muitos cidadãos é entendida como se fosse diretamente voltada para os indivíduos em maior vulnerabilidade social, mas não é bem assim é um direito para toda a sociedade que precezar.

Fazendo um destaque sobre o gênero feminino, Neri (2011), diz que o maior crescimento da população idosa é de mulheres, e esse crescimento é uma ocorrência comum em muitos países, inclusive no Brasil, que chega a 55% de mulheres, e o destaque maior é a área urbana. Já na área rural, os homens são mais numerosos, motivo pelo qual estão mais expostos ao abandono, se comparado ao isolamento dos idosos urbanos. Neri enfatiza que

No Brasil, existem cinco vezes mais idosas sem nenhuma fonte de renda do que os homens, numa proporção de 18,6% para 3,5%. Os homens, em média ganham o dobro que as mulheres. (NERI, p.22, 2011).

Entretanto, o processo de envelhecimento populacional não é determinado, ou contabilizado, somente pelos dados demográficos, e sim por uma gama de fatores, como por exemplo, a ampliação de políticas sociais voltadas para o idoso, que determinam as condições básicas de vida dessa população, e lhes proporcionaria uma melhor qualidade de vida, se houvesse pelo menos os serviços básicos. Por isso, esse segmento demanda a criação de políticas públicas específicas para melhorar as condições de saúde, de habitação, de renda, de assistência social, tendo em vista um envelhecimento de qualidade.

Lobato afirma que essa situação traz consigo a necessidade de redefinições das políticas de saúde direcionadas para o idoso, lembrando que houve muitos avanços como o processo de municipalização, das ações de saúde, pois em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família PSF, que se transformou no Estratégia Saúde da Família ESF em 2006, esta transformação foi uma forma de ampliar mais os serviços oferecidos a população como um todo, deixou de ser um programa, onde visa a reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao doente, houve também a criação do programa de agentes de saúde (PACS); todos esses investimentos na atenção básica. (LOBATO, 2012).

Note-se que a maioria dos idosos só procura o atendimento médico quando a doença já está avançada. Ou seja, não existe uma cultura de prevenção como, por exemplo, ir ao médico, fazer exames anualmente, receber orientações quanto alimentação e demais áreas da vida do idoso. Por sua vez, o acesso para ir até a Unidade de Saúde é grande a dificuldade, e, esse fato, precariza ainda mais o trabalho de prevenção. Além do mais, boa parte desses usuários tem vida também sedentária. Ademais, muito deles preferem fazer tratamento com ervas medicinais e usam outros tratamentos advindos de crenças populares.

Outro aspecto importante a destacar, é que as mulheres procuram e utilizam os serviços oferecidos pela Atenção Básica na Saúde mais do que os homens. No caso dos homens, eles só procuram a ajuda de um profissional quando passa a sentir algum sintoma que não conseguem controlar com o automedicamento. Em razão disso, estatisticamente, ou numericamente, as mulheres vivem mais do que os homens, em média a expectativa de vida é de 78 anos, e os homens 76 anos na zona Urbana e Rural.

Em se tratando de pessoas de idade a partir de 65 anos, em ambos os sexos, as principais causas de morte têm sido o câncer, as doenças cardíacas e as doenças no cérebro. Além disso, sabe-se que, quando a velhice e as doenças chegam, elas não escolhem classe, cor e gênero. Porém, a diferença está para quem tem uma situação socioeconômica melhor, por ter condições de prolongar seus anos de vida, em razão dos cuidados mediante um tratamento contínuo em tempo da prevenção e atendimento básico a saúde com assistência médica. Enquanto os que têm condições socioeconômica inferiores terão que esperar pelos serviços públicos oferecidos, dificultando e /ou retardando um tratamento preventivo e assistência médica de qualidade.

Não obstante, é preponderante enfatizar que a saúde é um direito universal, segundo a proposta do SUS. No entanto, em razão das diversas transformações societárias na contemporaneidade, em um contexto de crise em suas dimensões econômicas, sociais e culturais, mecanismos de enfrentamento desta crise, como a reestruturação produtiva, que tem propiciado desemprego estrutural, precarização nas relações e condições de trabalho; e as políticas neoliberais, que tem acarretado parte dos investimentos nas políticas sociais, sobretudo na saúde pública, revelados pelo sucateamento dos hospitais, a falta de leitos, medicamentos, pessoal qualificado e infraestrutura básica de funcionamento.

A classe trabalhadora é a que mais sofre o embate na redução da oferta de emprego causada pelo desemprego, o trabalho precarizado associado à minimização do estado no financiamento das políticas sociais, em contexto de crise.

Destaca-se neste contexto, a política de assistência ao idoso na área da saúde, uma vez que eles têm seu direito garantido por lei, devendo, pois, serem atendidos e prevenirem contra as diversas doenças.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que a qualidade de vida do idoso depende paritariamente da posição social do indivíduo e do contexto em que ele está inserido como, por exemplo: no contexto cultural, dos sistemas de valores em que vivem, considerando as metas, as expectativas, os padrões e as preocupações. Por este motivo, e dependendo de sua condição socioeconômica essa situação pode afetar também a saúde, o estado mental e a espiritualidade. Neste sentido

No Estatuto do idoso é assegurada atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado incontinuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção e proteção à saúde, incluindo a atenção especial as doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, p.12 ,2003).

Portanto, para que os idosos possam gozar melhor as fases da velhice e tenham uma qualidade de vida digna, o estatuto assegura que as unidades de saúde devem investir mais em programas voltados para os idosos, não só no atendimento à saúde, mas também, em ações sociais e culturais e esportivos. Trata-se da oferta de condições adequadas para a promoção da qualidade de vida do idoso, por meio da implantação de programas que contemplem ações como passeios culturais, exercícios físicos, festas e palestras, dentre outras atividades que possam levar os idosos a se sentirem incluídos/participativos na sociedade novamente como cidadãos com qualidade de vida.

Posto que, é através de tais programas que a grande parte deles fazem planos para viver esta fase da vida, que é muito relevante para todos eles, mostrando que na terceira idade, mesmo com tantas dificuldades e transformações que acabam surgindo ao longo do tempo, eles não se deixaram abater, pois querem viver cada minuto e a cada instante de sua vida uma situação de bem-estar.

Segundo Neri (2011), o bem-estar é vinculado a qualidade da experiência emocional positiva ou negativa que os idosos fazem da qualidade de sua vida, baseados também em expectativas sociais. As pessoas quando chegam à velhice passam a demonstrar emoções com menos intensidade e passam a ter a menor capacidade para poder passar sua experiência para os mais jovens, e quanto mais velho, aumenta a frequência das emoções positivas durante a recuperação das lembranças.

Em se tratando do contexto familiar do idoso, é uma realidade que hoje existem muitas pessoas do próprio convívio familiar que não contribuem para que muitos desses idosos possam gozar a terceira idade com qualidade de vida. O apoio é primordial neste momento, porquanto eles precisam sanar suas dificuldades. Muitos deles que já foram afastados de suas funções de trabalho, e não conseguem ver a vida de outra forma, pois em razão da sua sensação de inutilidade, eles ficam desestimulados, até porque seus direitos também são negados depois de tantos anos de contribuição para o país.

Além do mais, no próprio contexto da própria família seus direitos não são respeitados, isto é, são negados, pelo abandono, pelos maus-tratos, pelo subtração e/ou uso indevido dos proventos. São situações recorrentes que prejudicam bastante a saúde dos idosos, uma vez que eles já passaram por muitos momentos na vida, ou seja, por situações boas e felizes, mas também por situações ruins e difíceis. Com isso, quando eles chegam à terceira idade, já estão cansadas e precisam ser ouvidos, assistidos, notados, cuidados com uma atenção e acolhimento especial. No entanto, muitos dos familiares e até mesmo uma parte da sociedade se posiciona alheia e indiferente, portanto não percebe, e nada faz para mudar ou denunciar.

Medeiros (2010), na perspectiva de encontrar as respostas que precisava para seu estudo teve que se tornar uma nativa em campo, como uma única forma para seu estudo¹⁷. Afirmo a autora que não é porque você está na terceira idade que você tem que se limitar e deixar de viver sua vida, pelo contrário tem que aproveitar esse momento que é único e que faz parte do fim da vida.

O que determina uma boa qualidade de vida são os diversos tipos de atividades vividas pelo idoso que, muitas vezes, depende de cada indivíduo, e também das condições que esse indivíduo teve durante sua trajetória de vida e tem no seu atual momento. Entendemos que se uma pessoa não teve ou não tiver uma qualidade de vida pautada em uma situação de bem-estar é considerada uma pessoa sem saúde ou perda de saúde. Nesse propósito,

¹⁷A autora teve interesse pelo estudo das questões relativas ao envelhecimento, que surgiu durante sua graduação em Ciências Sociais. Ela própria uma “acadêmica tardia”. Experimentou as dores e as delícias de transitar em um ambiente destinado prioritariamente aos mais jovens. E seu objetivo era mostrar para aqueles jovens que não é porque chegou a terceira idade que não teria capacidade de estar em uma universidade, e que poderia ser uma mera colega como qualquer um daqueles jovens, e não apenas uma senhora.

As pesquisas que descrevem o impacto de uma doença na qualidade de vida de um indivíduo ou de uma população são de grande importância para nortear a distribuição do dinheiro público aplicado em saúde, bem como para proporcionar subsídios para a eleição de metas de políticas públicas condizentes com a atual visão sobre saúde. (ARAÚJO, BRITO, BARBOSA ,2008).

Apesar de tantos avanços, como: a criação de uma lei específica para os idosos e de políticas para estabelecer os seus direitos, ainda não tem sido suficiente para responder as diversas demandas na área da saúde, da assistência, entre outras, pois nem sempre dar para atender a todos os idosos, devido as muitas falhas do próprio sistema de gestão.

Questiona-se essas diversas falhas no sistema como, por exemplo, a falta de profissionais adequados e capacitados, as condições de locais de trabalho, de indisponibilidade de material para que os profissionais possam trabalhar, entre outros. E também podemos destacar ainda que é pequeno o número de trabalhos/ações sobre a atenção básica para o idoso. Neste sentido tenha-se presente que

As diferentes propostas de atenção à saúde convivem e divergem entre si. A atenção básica de saúde, dentro da integralidade e equidade rumo à universalidade, deve construir-se com ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde exercida por equipes multiprofissionais. Entretanto, a prática profissional dirigida ao idoso é questionada a sua eficiência dentro da integralidade, com visão ampliada do processo saúde-doença. (ARAÚJO, BRITO, BARBOSA, p. 124,2008)

Como podemos perceber as dificuldades só tendem a crescer uma vez que o número de idosos no país só tende de aumentar, e daqui a 10(dez) anos (em 2025) a maioria da população será idosa, contando aproximadamente 34 milhões de idosos. Se não houver vontade política dos governantes para tomarem providências com relação à ampliação e disseminação das políticas sociais voltadas para os idosos, o problema vai ficar incontrolável, uma vez que o país terá uma sociedade envelhecida, principalmente, nas regiões mais pobres como no norte e nordeste. Por sua vez, o país terá que se organizar, ou se reestruturar, diante desse cenário.

3 A POLITICA DE ASSISTENCIA A SAÚDE DO IDOSO NO AMBITO DA ATENÇÃO PRIMARIA: QUALIDADE DE VIDA GARANTIDA OU VIOLADA?

3.1 ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO IDOSO NA UNIDADE BÁSICA NOVO HORIZONTE ZONA OESTE DE NATAL

A unidade básica de saúde do Novo Horizonte¹⁸, instituição de natureza pública, faz parte da rede dos serviços de atenção básica de Saúde na zona Oeste do município de Natal. Desenvolve suas atividades segundo as prerrogativas instituídas pela Portaria GM/MS nº2.488 de 2011, em que

A atenção básica se consolida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção, proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Desenvolvida através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, a partir do trabalho em equipe e de um território delimitado, na qual se assume a responsabilidade sanitária, considerando-se a dinamicidade e a singularidade desse território vivo (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, p.6,2014)

Neste direcionamento, a unidade atende grande parte da população da zona Oeste, através do planejamento familiar, de programas de promoção a saúde do atendimento pré-natal a geriatria, do Programa Saúde da Família (PSF), que atualmente é (ESF), de campanhas envolvendo diversos temas relacionados à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, orientados “pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (SMS,2007,p.6). Dentre esses programas, a unidade pretende ampliar a assistência voltada aos idosos do bairro onde se situa esta unidade, além da população do território vivo, onde geograficamente esta unidade está situada.

Nesse sentido, vale destacar, que uma das particularidades desta unidade é o atendimento ao idoso visando promover a qualidade de vida na terceira idade. Ressaltamos que anos atrás havia maior empenho e ações no programa voltado para a terceira idade, como oficinas de artesanato, palestras sobre temas relacionados à

¹⁸Unidade situada na zona Oeste da cidade de Natal, na rua dos Paíatis, no bairro das Quintas.

saúde, passeios, a prática de exercícios físicos, festas em determinadas datas comemorativas. Pois como este posto na PNAB “a atenção básica é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção á saúde”.No entanto, em razão da falta do aumento de recursos e, sobretudo, da falta de envolvimento e gerencia da própria esfera publica da saúde, este programa não logrou êxito, isto é, fora desativada grande parte das ações voltadas para o idoso, tornando os serviços mais precarizações em todos níveis , mais o nível que esta necessitando de mais investimento é a atenção primaria, que esta mais próximas da população através de visitas domiciliares, um atendimento mais assistencial, e é também a porta de entrada , para poder chegar aos outros níveis de complexidade. Nesse gerenciamento, é uma realidade que as implicações de inspiração neoliberal têm viabilizado a redução das “despesas (e, em especial, os gastos sociais), diminuição de atendimentos, restrição de recursos financeiros, materiais e humanos para implementação dos projetos” (IAMAMOTO,2012,p 53)

Embora enfrentado obstáculos em razão da falta demais recursos para a implementação da programação, inferimos a partir da pesquisa de campo que o objetivo dessa unidade é trabalhar na perspectiva da garantia da assistência ao idoso, de acordo com as orientações contidas no estatuto do idoso, na política nacional de saúde á pessoa idosa, com vistas a um melhor atendimento aos idosos que procuram serviços oferecidos nessa instituição.

Neste sentido, a unidade de saúde do Novo Horizonte, no âmbito da Atenção Básica, dispõe em sua programação de um atendimento primário compreendido como

Um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

Na particularidade da prevenção, a Unidade básica trabalha com a prevenção visando garantir uma melhor qualidade de vida aos idosos. Recentemente, a unidade

básica, mesmo com algumas dificuldades, passou por uma reforma melhorando o ambiente de trabalho, tanto para os profissionais como para atender os usuários. As salas de atendimentos foram ampliadas; equipamentos novos foram adquiridos; foram construídas uma sala para dentista que não havia na unidade e uma sala de espera para os usuários; todos os ambientes foram climatizados; a parte elétrica foi substituída. Porém, o prédio é alugado, há falta de medicamentos; a água muitas vezes é cortada por falta de pagamento das faturas; há carência de profissionais, pois os que fazem parte da equipe multiprofissional são poucos e/ou insuficientes para dar conta de todas as demandas que chegam a unidade, e para atender as áreas de risco no bairro.

Embora as ações se orientem pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL,2006), são poucos investimentos destinados a ampliação da infraestrutura e sua manutenção que proporcionem uma assistência de qualidade na unidade básica do novo horizonte, até porque os idosos contam apenas com o ESF (Estratégia de Saúde da Família)¹⁹. Programa criado em 2006 pelo Ministério da Saúde, com

O objetivo de reorganizar a prática assistencial (...) tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersectorialidade (Brasil, 2006), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Não obstante, a unidade Novo Horizonte é um programa recente, e observamos que não tem uma equipe médica multiprofissional, isto é, faltam profissionais para a prestação dos serviços de saúde propostos no programa em

¹⁹A implementação do ESF tornou-se crucial, já que considera a enorme diversidade de contextos em que o programa é implantado. A complexidade que envolve o processo de implementação de qualquer política se associam as características do federalismo brasileiro, as novas responsabilidades no âmbito da saúde, assumidas pela quase totalidade dos municípios e as profundas diferenças sociais, econômicas, culturais e regionais que marcam o território nacional. (SOUZA,2007p.113)

função da concretização dos princípios do SUS, ao mesmo tempo imprimir uma reorganização da prática assistencial humanizada como estratégia saúde da família. Atualmente, por exemplo, essa unidade, conta com 03(três) clínicos gerais, , 01 (um) ginecologista, 01(um) enfermeira, 03(três) técnicas de enfermagem e 06 (seis) agentes de saúde.

Considerando as condições objetivas da unidade básica, sobretudo relacionadas ao déficit de profissionais para realização das visitas domiciliares e atendimentos, tem dificultado o processo de atendimento dos idosos em suas residências, associadas ao fato de muitos idosos não terem condições de se deslocarem até a unidade para consultas por falta de acompanhantes. São situações que comprometem e deterioram a qualidade do serviço, bem como comprometem a prevenção da saúde dos idosos daquele território assistido, que têm extensão métrica razoável. Tenha-se presente que, conforme Gil

A organização dos serviços não acontece ao acaso e que as práticas profissionais, no seu interior, ocorrem articuladas a um corpo de ideias, a um conjunto de ações coordenadas que configuram um determinado processo de trabalho em saúde estruturado pela forma como os serviços são organizados, geridos e financiados(GIL, p.3, 2006).

A realidade de atendimento precário desta unidade para toda população, através dos vários programas, e, em particular para os idosos gerido e implementado por uma equipe de profissionais reduzida e sem condições efetivas de trabalho, contraditoriamente coloca de frente as prerrogativas do Estatuto do Idoso (promulgado em setembro de 2003), bem como a Política Nacional de Assistência à Saúde do Idoso(1994), sob a orientação da Constituição Federal de 1988, e a Lei Orgânica da Saúde. Nesses documentos oficiais, os idosos são compreendidos como sujeitos de direitos, e os serviços de assistência social (incluindo a saúde e demais direitos sociais) são concebidos como medida protetiva que devem primar pelo bem-estar do idoso, com pretensões de romper com a cultura do preconceito de grande parte da sociedade com a terceira idade.

Encontra-se no artigo 15 do Estatuto do idoso que “ é assegurada a atenção integral a saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em um conjunto articulado e garantindo a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, destacados nos seguintes princípios

(dada pela Lei 10.741, de 2003):

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivas por meio de:

I- Cadastramento da população idosa em base territorial;

II- Atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III- Unidades geriátricas de referência, com pessoal especializada nas áreas geriatria e gerontologia social;

IV- Atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessita e esteja impossibilitado de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com poder público, no meio urbano e rural;

V- Reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo a saúde;

§ 2º Incube ao poder público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses, e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação dos idosos nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

A unidade básica de saúde Novo Horizonte, norteadas por essas orientações do Estatuto, desenvolve seus variados programas, atendendo os usuários moradores da comunidade Novo Horizonte e, principalmente, aos idosos que estão mais vulneráveis aos mais variados tipos de problemas de saúde. Ademais seguem as orientações da Secretaria de Saúde do município que, dentro das estratégias de organização, prever que

É de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde oportunizar/facilitar o acesso do cidadão/usuário à sua equipe de saúde da família, que é a responsável por oportunizar/facilitar o acesso ao cuidado apropriado/necessário no Sistema de Saúde. Para tanto, deverão utilizar mecanismos que permitam novas possibilidades de organizar o acesso e as agendas da unidade, pautadas na abordagem do acesso avançado, mais conhecido como acesso aberto ou consultas do dia. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007).

Embora esta orientação seja uma das estratégias de organização dos serviços de saúde, a unidade através de sua equipe profissional oferece assistência à saúde dos usuários, dentre eles os idosos, de acordo com as condições e relações de trabalho de forma precarizada, em função dos poucos recursos destinados aos cuidados da saúde daqueles que vivem da assistência das políticas públicas, que, na contemporaneidade, se apresentam como "políticas pobres para a população pobre". Assiste-se o avanço e consolidação da mercantilização da política da saúde no contexto da sociabilidade capitalista brasileira, em detrimento de uma política de saúde pública, de qualidade, em consonância com o estabelecido pelo SUS.

Ressalte-se que o Brasil vive, inegavelmente, um avanço nas propostas de políticas públicas de promoção, proteção e defesa dos direitos do idoso conforme o que propõe o estatuto, reforçado pela Política Nacional de Assistência à Saúde do Idoso em consonância com o SUS. Porém, ainda há muito que ser feito e muito que avançar. Caminhos de lutas precisam ser tecidos e concretizados por mais recursos e vontade política daqueles que gerem os recursos públicos em nível nacional, estadual e municipal, tornando possível tomadas de decisões políticas para viabilizar uma atuação efetiva e comprometida com o cidadão idoso, criando um ambiente social propício e integral à afirmação dos direitos humanos voltado para o idoso.

3.2 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO IDOSO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: QUALIDADE DE VIDA GARANTIDA OU VIOLADA?

O envelhecimento é entendido como um processo natural da vida e, em razão disso, a velhice não pode ser considerada uma doença, e sim, mais uma etapa da vida. E, além disso, faz parte da população que contribuiu e ainda vem contribuindo na construção da história do país, mesmo não mais contribuindo para a economia no âmbito produtivo. Na maturidade, a experiência de vida acumulada na vida profissional e pessoal, muito pode contribuir na construção da história dos mais jovens. Em razão dessa condição da velhice, está saudável, ser cuidado, envelhecer com dignidade, e ser tratado na condição de cidadão para o exercício de sua cidadania, a assistência a sua saúde é

prioridade, sobretudo na prevenção e tratamento de média e alta complexidade, de acordo com suas necessidades e vulnerabilidades causadas pela condição da velhice - a terceira idade.

A assistência a pessoas na terceira idade é de suma importância, uma vez que a velhice mais saudável nos aspectos físico, mental e emocional, indelévelmente, faz com que reduza de forma significativa alguns sintomas que surgem nessa etapa da vida, bem como propicia aos idosos aproveitarem melhor cada momento de suas vidas nessa fase da vida em que ocorre um processo de adoecimento inerente ao processo de envelhecimento.

Tenha-se presente que o município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, situado na região nordeste, reproduz de igual forma, o oferecimento de má qualidade dos serviços de saúde na assistência básica aos idosos, como ocorre nas demais regiões do sul, sudeste e norte. Ou seja, os serviços oferecidos se apresentam precarizados em todos os aspectos (de infraestrutura, de equipamentos, de material de consumo, de pessoal e quantidade e qualificação) contribuindo para elevar o número de idosos adoecidos e sem atendimento. Segundo as informações da PNAD, de acordo com a última pesquisa pode chegar a 75% de idosos, que demandam por um atendimento hospitalar, e não são atendidos em suas demandas concretas.

Contudo, para que esta assistência se concretize efetivamente, através de programas e serviços saúde voltados para o idoso, é necessário apoio e investimentos financeiros do governo federal, intermediado pelos governos estaduais e municipais, em função de atender as necessidades dos idosos que chegam como demandas e requisições às instituições que materializam programas e projetos voltados para a qualidade de vida dessa população. Nesta perspectiva Pereira enfatiza

A política de assistência foi criada para contribuir na promoção da autonomia, integração e participação do idoso na sociedade e fortalecer seus vínculos familiares, (PEREIRA, p.4, 2002).

Segundo Costa (2006), as unidades básicas de saúde têm o dever de oferecer programas voltados para a população, como forma de promoção e prevenção à saúde, bem como de uma equipe especializada para melhor atender e passar informações relacionadas à saúde para a população. Em

razão disso, no que se refere à qualidade de vida dos idosos foi elaborada a política nacional do idoso, para que eles tenham os seus direitos garantidos, ou assegurados, na sociedade. No artigo 2º diz que: garante oportunidades para a preservação da sua saúde física e mental, bem como seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade.(MENDES ,ANO; 2005). No Brasil, um dos avanços é representado pelo estatuto do idoso, mas ainda apresentam grandes desafios, pois o idoso ainda não tem disponível a assistência necessária, como pessoas de direitos, principalmente, na saúde básica. A propósito

O cuidado a saúde no Brasil vem passando por ressignificações, na perspectiva da garantia a saúde como direito universal.A atenção básica abrange a promoção, proteção e a prevenção de agravos , resolver mais rápido o tratamento e diagnósticos, pois assim tendo uma garantida atenção básica á saúde , ainda constata-se fenômenos que reclamam de sua efetiva aplicação. (ARAÚJO BRITO, BARBOSA, p. 122, 2008.)

Para sua efetivação, é necessária uma ampliação de recursos voltados para a área da saúde com o objetivo de promover programas para a terceira idade, e precisa de um cumprimento dos compromissos ético, social e político através da participação do SUS, em função de propiciar o bem-estar para esta população. Os usuários da unidade básica do bairro Novo Horizonte, principalmente, os idosos, portadores de diabetes, hipertensos e com problemas cardíacos precisam e necessitam de um tratamento de qualidade, mesmo que as condições de trabalho e instrumentos de serviços da unidade não sejam de qualidade.

Ressalte-se que os idosos, na condição de subalternidade, usuário dos serviços públicos de saúde, portadores de varias doenças, destacando as mais diagnosticadas está à diabetes e problemas cardíacos sofrem o descaso desses serviços. São doenças que precisam ser acompanhadas continuamente, através de consultas e exames. São doenças que se não tiver um acompanhamento, não há possibilidade de ser estabilizado e controlada. Atualmente, essas doenças têm afetado o público idoso de forma intensiva, e, portanto, necessitam de cuidados especiais.

Aliado a isso, o número de pessoas com problemas de saúde está aumentando, em razão da redução dos atendimentos primários devido os poucos recursos enviados para o município. O investimento é mínimo na promoção, proteção e prevenção a saúde pública, uma vez que o investimento na saúde pública não está acompanhando o ritmo de crescimento da população(já ultrapassa 200 milhões de brasileiros). Em recente medida do governo federal a saúde teve um corte no seu orçamento mensal de R\$ 27,14 milhões. Estes são os motivos pelos quais, os níveis de atenção a saúde em baixa, média e alta complexidade se encontram e se deparam com um índice alto de demandas/pessoas acima de 60 anos com diabetes e problemas cardíacos, hipertensão, entre outras doenças crônicas. Concretamente, as demandas de público requisitando atendimento é bem maior que a oferta de vagas disponíveis, pois segundo as informações mais recentes do PNAD 71,2% são de homens e 83,4% são mulheres a procura de atendimento.

Essas doenças na população idosa, sobretudo a hipertensão e diabetes, se tratadas e acompanhadas por um programa de assistência à saúde pela via das políticas públicas(na própria Estratégias de Saúde Família), incluindo passeios culturais, viagens, prática de exercícios físicos e de esportes, orientação nutricional, todas monitoradas por uma equipe interprofissional, com certeza reduziria esta demanda pela internação, uma vez que o agravamento dessas doenças exige tratamento muito mais complexo e de alto custo. Ademais se teria a melhoria da qualidade de vida e saúde desses idosos, pois eles estariam prevenindo-se de adoecimentos mais graves, bem como aproveitando melhor sua condição de velhice.

Segundo Pereira (2002), todo este investimento na assistência à saúde é necessário, se voltado para a melhoria do bem-estar dos idosos e se oferecidos gratuitamente, garantindo seus direitos, ao mesmo tempo em que controla o processo de adoecimento, propiciando melhor qualidade de vida e expectativa de viver mais.

Compreendemos que para existir uma “qualidade de vida na Terceira Idade torna-se necessária uma assistência para a manutenção da saúde, em seu maior nível possível, em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1991 apud

OLGA, 2009). Ou seja, quanto melhor a oferta de serviços que atendam e dê a devida atenção a esse grupo, bem melhor será a expectativa de vida dos idosos.

Segundo Santos(2002), pensar a Qualidade de Vida, implica ter presente três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível sócioeconômico e satisfação. De igual forma a Qualidade de Vida encontra-se relacionada aos componentes como: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção de saúde(.....)..Qualidade de Vida é um status que todos sonham ter ao chegar à terceira idade, mas poucos a alcançam, uma vez que depende de vários elementos indicados como determinantes para se alcançar o bem-estar na velhice. Santos aponta os indicadores como

longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos(SANTOS, p.40, 2002.)

Observem que vai mais além do que a pratica de exercícios físicos, passeios, participação em oficinas de artesanato, amizades e relacionamentos,alimentação saudável, moradia, segurança, os serviços básicos. Abordada desta forma temos presente uma perspectiva multidimensional na compreensão da Qualidade de Vida, que implica, segundo Flanagan(2002) cinco dimensões da vida a saber: bem-estar físico e material; relacionamentos; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e realização pessoal e recreação.

São dimensões que para garantir qualidade de vida do idoso, precisam ser desenvolvidas de forma indissociáveis, em que o estado, a família e a sociedade tenham papeis específico e importantes. Com base nas reflexões sobre os indicadores e dimensões da Qualidade de vida, temos a construção do perfil dos usuários idosos da unidade básica de saúde do bairro Novo Horizonte. Mediante pesquisa identificamos um número considerável de mulheres a partir de 60 anos, que procuram a unidade para consultas,

realização de exames e outras demandas para se prevenir e cuidar de problema de saúde. São pessoas em estado de vulnerabilidade social, com baixo grau de escolaridade; são aposentados e recebem um salário mínimo.

Baseado na pesquisa através de um questionário socioeconômico relacionado à saúde/ doenças podemos constatar que 70% dos entrevistados é do sexo feminino, 80% são casados, 10% são divorciados, 10% são viúvos, 90% recebem um salário mínimo. 80% dos idosos entrevistados têm acima de 60 anos, 50% participam dos programas de qualidade de vida que são desenvolvidos na unidade.

A pesquisa revelou que 75% destes idosos têm muitos filhos e são assistidos pelo ESF (Estratégia Saúde da Família), através de visitas domiciliares (realizadas uma vez por mês quando o indivíduo não está doente, por falta de profissionais); apenas 20% ainda não foram assistidas pelo programa, uma vez que vão apenas para consultas na unidade. Podemos inferir, também, que todos os entrevistados têm alguma doença crônico-degenerativa. 90% realizam exames anualmente, e só uma pequena parcela, 10% não se preocupam em fazer determinados exames, além de se alto medicar, cultura muito presente na população de um modo geral.

Outro ponto muito destacado nos entrevistados foi à falta dos programas e atividades voltadas para o idoso, em função da promoção da qualidade de vida. Registramos que estes programas já fizeram parte das atividades desta Unidade, contudo por falta de profissionais e investimentos foram instintos. Este programa tinha um bom funcionamento, mesmo com uma quantidade mínima de funcionários e um local pequeno sem infraestrutura, com poucos dias da semana destinados para o atendimento. Contudo, era uma programação útil e importante para o idoso, que era incentivado e apoiado pelos agentes de saúde que saíam nas residências convidando os idosos a participarem do programa, mesmo não sendo o seu trabalho.

Ressaltamos que era um programa desenvolvido por uma equipe especializada para trabalhar com idosos, e eles se sentiam bem pela assistência recebida, pelo acolhimento humanizado baseado na atenção, no respeito, no carinho, muitas vezes não recebidos por seus parentes. Para os idosos era uma programação na unidade de saúde que propiciavam um bem-

estar físico; viabilizava relacionamentos e amizades; oportunizava atividades sociais, comunitárias e, portanto, viabilizando uma realização pessoal, ao mesmo tempo a uma diversão propiciada pelo encontro, pela recreação.

50% dos idosos entrevistados participavam e gostavam das aulas de artesanato, danças, passeios, festas em datas comemorativas, palestras educativas. Muitos deles relataram que não saíam de suas casas, ficavam sozinhos em suas residências, uma vez que seus filhos estavam sempre trabalhando, mas depois da criação destas atividades, começaram a participar das atividades que os faziam se sentir muito bem fisicamente e mentalmente, principalmente pelas amizades que estabeleceram com a equipe e demais participantes, além dos cuidados com a saúde.

O retorno do funcionamento deste programa na unidade básica de Novo Horizonte se constitui uma demanda dos idosos do bairro. Havia um consenso entre os idosos que este programa poderia contribuir para uma melhor qualidade de vida, não somente para sua saúde, mas em todas as dimensões. Ademais, o programa poderia elevar a autoestima dos idosos, melhorar os relacionamentos afetivos. Em seus relatos, encontra-se afirmativas que eles contavam os dias, horas e minutos para retornarem as atividades durante a semana, pois lhes faziam muito bem. Entretanto, depois que o programa acabou nunca mais participaram de outros eventos, permanecem em suas residências, sedentários, sem motivação para outros eventos, pois o deslocamento é um dos problemas que surgem na velhice. Na condição de idosos, eles se tornam frágeis, em razão da debilidade nas condições físicas, emocionais e mental, daí surgindo os acidentes domésticos acarretando problemas de saúde.

Para que seja reativado esta programação, não depende só dos profissionais da unidade básica de saúde, e sim da vontade política dos órgãos gestores no fomento de recursos para reativar este programa com uma infraestrutura e uma equipe qualificada para implementar a assistência aos idosos na perspectiva de garantir o direito a qualidade de vida em todas as dimensões. É necessário que os gestores estabeleçam compromisso com essas pessoas (cidadãos que tem direito e deveres no contexto da sociedade), através da promoção, prevenção e recuperação a saúde. E, não basta só isto, é

necessário qualificar os profissionais para trabalharem com a população idosa na área da saúde municipal Brasileira. Neste sentido, compreende-se

Apesar de avanços em termos de lei e políticas que regulamentam os direitos dos idosos, a realidade está aquém de tais garantias, questiona-se a atenção básica ao idoso. São poucos os estudos avaliativos sobre atenção básica ao idoso, dificultando o desenvolvimento de trabalho nesta área. (ARAÚJO, BRITO, BARBOSA, p.123, 2008)

A unidade básica de saúde do Novo Horizonte se propõe atender os usuários do bairro de acordo com a nova reestruturação do sistema de saúde primária, mediante um atendimento mais humanizado através da qualificação dos profissionais. Entretanto, o número de demandas ainda ultrapassa o número de profissionais para atender essa população através da assistência a saúde. É visível a deficiência do sistema de saúde (pela via do sucateamento dos serviços prestados nos hospitais, nas unidades de saúde e nos ambulatorios públicos em todo país). São situações que têm implicações e rebatimentos nos atendimentos de assistência à saúde primária viabilizada de forma precária pela rede de saúde na esfera do Estado.

Inferiu-se através da pesquisa que os profissionais encaminham muitos usuários para outras instituições para realização de exames. Entretanto, além de ser em unidades distantes da residência dos idosos, apresenta a questão da demora para ser marcado o exame, além da demora no recebimento dos resultados.

A SMS (Secretaria Municipal de Saúde do município) se propõe a priorizar e trabalhar na linha de cuidados que inicia na atenção básica até os níveis mais complexos voltados para a assistência ao idoso, associando ao Programa de Internação Domiciliar (PID), fazendo uma parceria com os serviços primários. Ressaltamos, também, que o CREAM (Centro de Reabilitação ao Idoso) acolhe idosos encaminhados das unidades básicas e se constitui referência no atendimento aos idosos. Nesse sentido, os idosos acompanhados pela rede básica de saúde, sempre estar sendo encaminhado para o CREAM em função de um atendimento mais especializado, pois lá desenvolve ações de promoção através de atividades de grupo, focando no envelhecimento saudável, e manutenção da qualidade de vida (NATAL, 2007).

O CREAMI, implantado em 1998, desempenha importante papel no acolhimento às demandas mais especializadas nas clínicas comumente associadas a essa faixa etária, disponibilizando além de consultas e exames de apoio diagnóstico, o adequado tratamento e 58(cinquenta) recuperações para a estes usuários. Enfatiza também atividades que fortalecem a convivência entre os idosos, fomentando momentos de integração entre os participantes dos grupos monitorados pelos profissionais que atuam no serviço. O papel dessa unidade de referência também se volta para o diagnóstico e tratamento qualificado na assistência ao portador da Doença de Alzheimer, a partir de orientações e realização de planos terapêuticos específicos de característica multiprofissional e transdisciplinar²⁰.

Enfim, diante de avanços e retrocessos para com a assistência ao idoso no município de Natal, os serviços oferecidos ainda não acompanham o crescimento desta população idosa como a exemplo da unidade básica do Novo Horizonte, que mesmo com a reforma realizada, compra de equipamentos novos, os recursos ainda são poucos e insuficientes para o enfrentamento dos problemas; além do mais o que foi feito até o momento não foi suficiente para suprir o número de demandas que surge na unidade. Assistência é garantida mais ainda deixa a desejar, com a falta de muitos instrumentos e profissionais na unidade.

²⁰O trabalho da equipe multidisciplinar visa avaliar o paciente de maneira independente e executando seus planos de tratamento como uma “camada adicional” de serviços. Logo, não há um trabalho coordenado por parte dessa equipe e uma identidade grupal, ou seja, o médico, em geral, é responsável pela decisão do tratamento, e os outros profissionais vão se adequar a demanda do paciente e as decisões do médico referente a este (BRUSCATO et al, 2004).

A necessidade da transdisciplinaridade decorre do desenvolvimento dos conhecimentos, da cultura e da complexidade humana. Essa nova complexidade exige tecer os laços entre a genética, o biológico, o psicológico, a sociedade, com a parte espiritual ou o sagrado devendo também ser reconhecidos. É uma epistemologia, uma metodologia proveniente do caminho científico contemporâneo, adaptado, portanto, aos movimentos societários atuais (PAUL, 2005). A transdisciplinaridade se preocupa com uma interação entre as disciplinas, promove um diálogo entre diferentes áreas do conhecimento e seus dispositivos visam cooperação entre as diferentes áreas, contato entre essas disciplinas (IRIBARY, 2003).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões expostas ao longo deste estudo ratificaram algumas dificuldades na questão da assistência ao idoso na unidade básica de saúde, do Novo Horizonte, por evidenciar um gama de elementos das mais variadas ordens, tais como: a falta de programas voltados para os idosos; carência de profissionais qualificados; falta de recursos.

Além disso, podemos afirmar, também, que existem outras questões relacionadas a falta de uma assistência mais completa para os idosos que utilizam e necessitam dos atendimentos nessa unidade, e que as respostas deverão ser dadas na tentativa de minimizar os problemas que existem no sistema de saúde público, para que possam ser capazes de garantir qualidade de vida aos idosos, preconizada no conceito de saúde, conforme exposto na Constituição Federal de 1988.

Outrossim, evidenciamos a falta de investimentos na implementação das políticas públicas que é de responsabilidade do Estado para este segmento, não investimento que nega a esses usuários e suas famílias os direitos conquistados com a Constituição de 88, sendo, portanto, violados, a partir da falta de um simples atendimento não só em instituições da área da saúde, mas em outras instituições públicas que é um crime grave.

Observamos também que, os poucos serviços oferecidos no município de Natal são prestados, porém, muitas vezes de forma precarizada. Além disso, as observações feitas na unidade do Novo Horizonte, constatamos que a terceira idade, realmente, é uma fase da vida que merece atenção por parte de todos. Outrossim, ficou evidente que no decorrer dos anos, os idosos estão ficando mais preocupados com a saúde. Por esse e outros motivos, chegamos à conclusão de que o bairro das Quintas não dispõe de programas de qualidade de vida voltados, exclusivamente, para os idosos, pois mediante o contato e conversas com alguns deles, veio à tona que eles não estão simplesmente preocupados com a idade, mas, e principalmente com a singularmente da saúde.

Desta forma, nessa unidade de saúde eram desenvolvidos alguns projetos direcionados aos idosos como, por exemplo, passeios, festas, palestras para eles e para os seus parentes sobre saúde, mas, infelizmente foi desativado devido à falta de recursos e, estas pessoas contam para o atendimento apenas no momento com o Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Por fim, nesse trabalho entendemos que é primordial as atividades no âmbito da saúde para os idosos, isto é, um trabalho sócio educativo com os idosos e suas famílias, pois o apoio da família também é muito importante e fundamental nesta nova fase da vida. A partir da afirmação que algumas ações da unidade deveriam ser desenvolvidas através de projetos e propostas, nelas poderão ser introduzidas um novo projeto que vise desenvolver um trabalho mais amplo, sendo utilizado para atender os idosos do bairro e seus familiares, visando oferecer um cuidado melhor para a saúde do idoso, e promover uma qualidade de vida adequada.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ARAÚJO, S. A. M.; BRITO, C.; BARBOSA, A. M. Atenção básica á saúde do idoso no Brasil: Limitações e desafios. **Geriatría & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.20-30, Nov. 2000. Disponível em: <www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume2.../artigo06.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEHRING E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda dos direitos. São Paulo: Cortez; 2003.

BRASIL. Congresso. Senado. Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Brasília, DF, 1 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 21 mar. 2015.

_____. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Estabelece a Política Nacional do Idoso. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentoqs.ufba.br/portaria-n%C2%BA-2528-de-19-de-outubro-de-2006>>. Acesso em: 27 mar. 2015.

BRAVO, M .I .S. Política de Saúde no Brasil. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 15 de out. 2014.

_____. et al. **Saúde e serviço social**. 3 ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

_____. Política de saúde no Brasil. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABnCEAE/politica-saude-no-brasil>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

BULLA, L.C; SOARES, E. S. KIST, R. B. B. Cidadania, pertencimento e participação social de idosos, grupos trocando idéias e matine das duas:cine comentado. **Revista serviço social**, Brasília, n.21, p.169-196, ano 2008.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro?In: CAMARANO, A. (org). **Os novos idosos brasileiros; muito além dos 60**. Rio de janeiro: IPEA, 2004. p.25-73.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al (Org.).**Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FERNANDEZ-BALLESTEROS , R. Calidad de vida em La vezes : condiciones diferenciales. **Anario de psicologias**, Barcelona, n.73, p.89-104, 1997. Disponível em: <[ei=deaHVZCGG4GgNuuZh_gE&usg=AFQjCNHleTSny9TVrAD-PmbMypOJuBkM8A"usg=AFQjCNHleTSny9TVrAD-PmbMypOJuBkM8A](http://www.scielo.br/psicologia/pdf/psicologia/v73n73/psicologia-v73n73-08.pdf)>. Acesso em: 3 jan. 2015.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Revista. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2004.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas,1997.

Gil, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

Harvey, D. **A condição pós-moderna. Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. Parte II. São Paulo, Loyola. 1993.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 22. Edição, São Paulo: Cortez, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA ESTATÍSTICA. **Estados@**: Rio Grande do Norte 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=rn> >. Acesso em: 13 jan. 2015.

_____. **Sistema IBGE de Recuperação Automática –SIDRA**. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/pns/default.asp>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Instituições para idosos no Brasil. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: www.ipea.gov.br/portal/index.php. Acesso em: 25 fev. 2015.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a Transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, v.16, n.3, p.483-490, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a07.pdf>>. Acesso: 20 Abril. 2012.

LINS, M. M. B. Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. **Perspectiva Antropológicas da Mulher**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 11-70, 1981. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR> **HYPERLINK** >. Acesso em: 2 jan. 2015.

_____. Serviço Social e Envelhecimento: perspectiva de trabalho do assistente social na área da saúde. In:_____. **Saúde e serviço social**. 5.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

LOBATO, A. T. G. Serviço Social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do Assistente Social na área da saúde. In: BRAVO, M. I. S. et al. (org.). **Saúde e Serviço Social**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

MARQUES, R. M. A Proteção Social e o mundo do trabalho. **RAE**, São Paulo, v. 38, n. 1, Jan./Mar. 1997. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t> **HYPERLINK** >. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____.; MENDES, A. O governo lula e a contra-reforma previdenciária. **Perspectiva**, São Paulo v.18, n. 3, Jul./Set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext **HYPERLINK** >. Acesso em: 29 Mar. 2015.

MASCARO, S. de A. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 2004 (Coleção Primeiros Passos).

MEDEIROS, M. R. V. **Corpo e envelhecimento**: um estudo antropológico. (Trabalho de conclusão do curso de graduação em ciências sociais). Rio de Janeiro: UFSM, 2010.

MENDES, M. R. S. S B. et al. A situação do idoso no Brasil: um breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, Out./Dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000400011> HYPERLINK >. Acesso em: 12 fev. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME - MDS. Números de beneficiados pelo BPC no Brasil. Brasília: MDS, 2010. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelBPC/>>. Acesso em: 2 jan. 2015.

_____. Número de instituições de longa permanência para idosos. Brasília: MDS, 2010. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelBPC/>>. Acesso em: 2 jan. 2015.

NERI, A. **Qualidade de vida na velhice, enfoque multidisciplinar**. 2 ed. São Paulo: Editora Alínea, 2001. (Coleção velhice e sociedade).

NUNES, C. E. P. **Vamosque já entardecer!**. São Paulo: Consultor, 1994, p.72.

OLGA, I. T. Qualidade de vida na terceira idade. Revista Caminhar, Ano 1, n. 1, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.riototal.com.br/feliz-idade/>>. Acesso em: 12 out. 2013.

PAUL, P. Transdisciplinaridade e antropofomação: sua importância nas pesquisas em saúde. Saúde e Sociedade, V. 14, n. 3, p. 72-92, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300005&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: Abril 08, 2012.

_____. **A Construção do Conceito de Assistência Social: Aproximações e Divergências na produção do Serviço Social. Assistência Social: Polêmicas e Perspectivas** Cadernos do Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUC/SP. São Paulo. n. 2, abr. 1995, p. 28-50.

PEREIRA, P. A. P. **Política de assistência social para a pessoa idosa.** [S.l]:[s.n], 2002. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t> HYPERLINK >. Acesso em: 24 jun. 2015.

_____. **A Nova Concepção de Assistência Social no Brasil (Bases para Revisão dos Conceitos de Filantropia e Beneficência). Assistência Social: Polêmicas e Perspectivas.** Cadernos do Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUC/SP. São Paulo. n. 2, abr. 1995, p. 99-101.

PORTAL EDUCAÇÃO - Cursos Online: Mais de 1000 cursos online com certificado Disponível: <<http://www.portaleducacao.com.br/fisioterapia/artigos/33011/niveis-de-atencao-a-saude-no-brasil#ixzz3fCrxqQRA>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Brasília: ABEPSS, 2014-. ISSN: 2238-1856. Semestral. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/issue/view/514>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

_____. Brasília: ABEPSS, 2004. Semestral. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/issue/view/323>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

SANTOS, S. R. dos et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, Nov./Dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext HYPERLINK >. Acesso em: 22 Mai. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS. **(Re) desenhando a Rede Saúde na Cidade do Natal.** Natal: SMS, 2007. Disponível em:

<www.natal.rn.gov.br/SMS/paginas/ctd.297.html>. Acesso em: 3 jan. 2015.

SIGNIFICADOS de vulnerabilidade social. Brasil: [s.n], [20--?]. Disponível em:

<<http://www.significadosbr.com.br/vulnerabilidade-social>>. Acesso em: 29 mai. 2015.

SILVA, V. Qualidade de vida do idoso: cuidado do idoso, dever de quem?. **Revista Espaço Acadêmico**, Paraná, v. 10, n. 110, p. 138-146, Jul. 2010. ISSN1519-6186. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/issue/view/433>>. Acesso em: 1 jan. 2015.

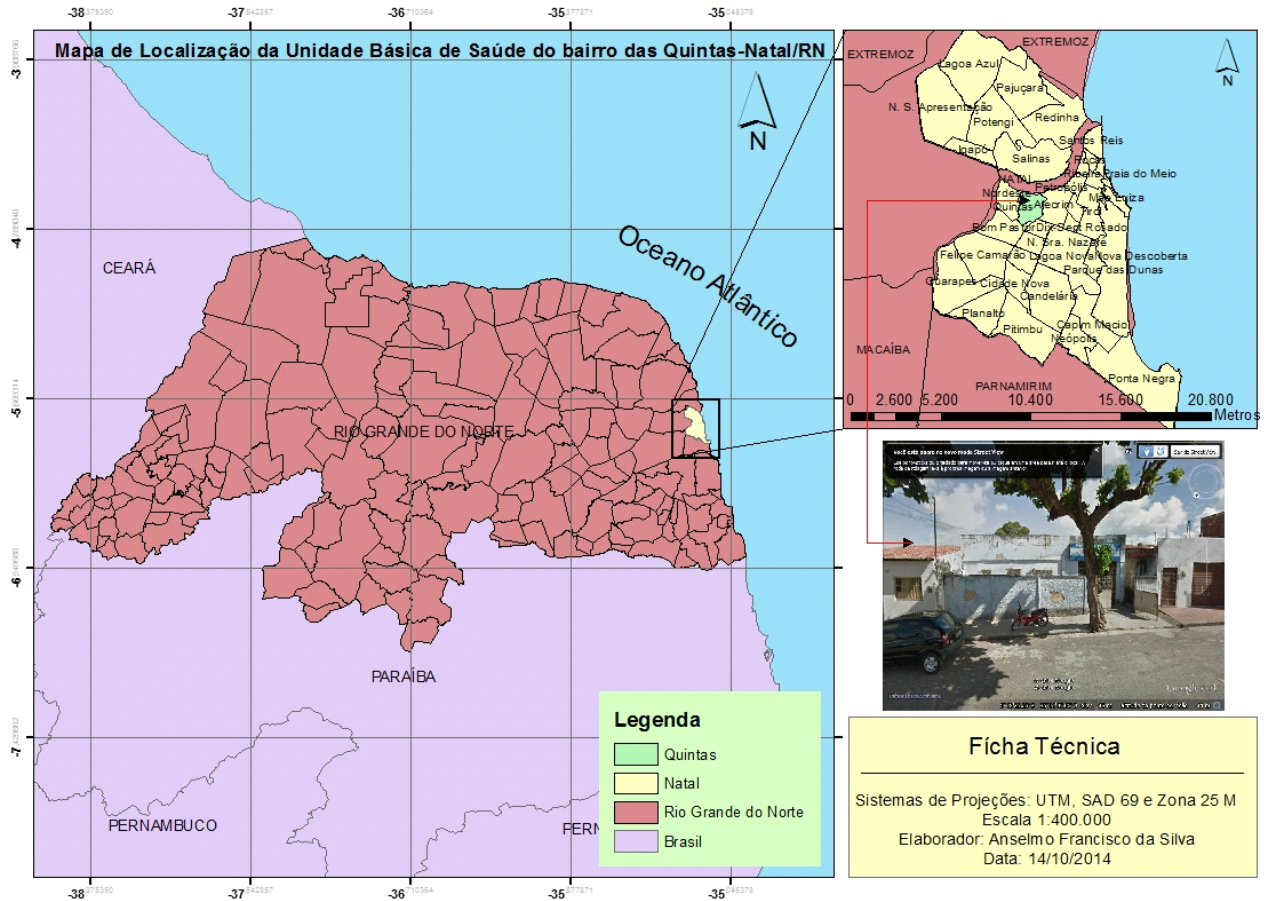
TAVARES, Maria Augusta, A questão social e suas expressões no nordeste in Prêdes, Rosa et al (org) Serviço Social: Temas em Debates. Maceió. EDUFAL, 2002.

_____. Os Fios (In) Visíveis da produção Capitalista - Informalidade e precarização do trabalho. Cortez Editora, São Paulo, 2004.

VARGAS, H. S. **Psicologia do envelhecimento**. São Paulo: Fundo editorial Byk, 1983.

ANEXO A

Figura 1 - Mapa de localização da unidade básica de saúde do bairro das Quintas-Natal/RN



Fonte: Silva (2014)

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Título da Pesquisa: A Assistência ao idoso na unidade básica de saúde na comunidade Nova Horizonte bairro das quintas, Natal/RN: qualidade de vida garantida ou violada no âmbito da saúde?

Pesquisadora responsável: Patrícia Catarina de Paiva

1-Nome:

2-Qual a idade? _____

3-Estado civil:

Solteiro (a) () casado () união estável () separado () divorciado () viúvo()

4-Número de filhos: _____

5-Qual o nível de instrução:

Analfabeto ()

Ensino fundamental: completo () incompleto () cursando ()

Ensino médio: completo () incompleto () cursando ()

Ensino superior : completo () incompleto () cursando ()

6-Sobre a renda:

Aposentado () pensionista ()

Recebe benefício () qual ? _____

Não possui renda ()

7-Tipo de moradia: Própria () alugada () cedida ()

8-Qual a sua religião: Católico () Evangélico () Espírita () Religião afrodescendente () Budista () não é adepto de religião alguma ()

outros () quais : _____

9-Faz exames de rotina anualmente?

Hemograma ()

Glicose ()

Colesterol ()

Triglicerídeos ()

Outros ()

10-É hipertenso? Sim () Não ()

11-Tem problemas cardíacos? Sim () Não ()

12-Teve assistência na Atenção básica? Sim () Não ()

13-Na localidade onde reside há ESF (Estratégia de Saúde da Família)?

Sim () Não ()

14-Faz ou já fez uso de remédios naturais? Sim () Não ()

15-Já cumpriu alguma dieta passada pelo nutricionista? Sim () Não ()

16-A família lhe ajuda a cumprir a dieta mudando junto com o sr. (a) os hábitos alimentares?

Sim () Não ()

17-É sedentário?

Sim ()

Não () pratica qual tipo de atividade física? _____

18- Participa ou já participou de algum programa voltado para a terceira idade?

Sim () Não ()

19. Quais atividades lazer o sr. (a) tem participado?

Programas de televisão () Passeios() Festas de aniversários() Festas juninas()
) Festas natalinas() Passeios na praia() Ir ao shopping() Joga dominó()
Joga Cartas() Joga dama ()

Outros_____

20. Desenvolve alguma atividade ocupacional?

Bordados() Tricô () Crochê () Renda() Artesanato() carpintaria()
reciclagem()Outras?

21. A família tem sido presente na vida do sr. (a)?

Visitas diárias () Visitas no final de semana() Telefonemas() Conversas()
Acompanhado ao médico () Acompanhado nas internações () Festa Natalina () ,
Aniversario () Providencias nos medicamentos () Acompanhado no lazer()
Providencias de na compra de alimentos() Providencias de Objetos de limpeza e
higiene() Outras
providencias_____

22- O que o sr (a) acham dos programas de qualidade de vida para os idosos terem
acabado? E o que deveriam ser feito pelos governantes para trazê-lo de volta para a
comunidade?_____