

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO EM
MANAUS EM NÍVEL AMBULATORIAL: UMA ANÁLISE
CRÍTICA**

por

MARIA DA CONSOLAÇÃO QUEIROZ DA SILVA

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadores: José Luiz Telles de Almeida
David Lopes Neto*

Manaus, março de 2004

***Subprograma de Mestrado Interinstitucional da CAPES
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane
Universidade Federal do Amazonas***

Esta Dissertação, intitulada

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO EM
MANAUS EM NÍVEL AMBULATORIAL: UMA ANÁLISE
CRÍTICA**

apresentada por

MARIA DA CONSOLAÇÃO QUEIROZ DA SILVA

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a ANA LUÍZA STIEBLER VIEIRA –

Prof. Dr. JOSÉ LUÍS TELLES DE ALMEIDA - Orientador principal

Prof.^a Dr.^a RITA MARIA DOS SANTOS PUGA BARBOSA.

Prof. Dr. DAVID LOPES NETO - 2º Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 30 de março de 2004.

EXAME DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Programa de Assistência à Saúde do Idoso em Manaus em Nível Ambulatorial:
Uma Análise Crítica**

por

Maria da Consolação Queiroz da Silva

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor José Luis Telles de Almeida (ENSP/FIOCRUZ)
Orientador

Professora Doutora Ana Luiza Stiebler Vieira (ENSP/FIOCRUZ)
Titular

Professora Doutora Rita Maria dos Santos Puga Barbosa (FEF /UFAM)
Titular

Professor Doutor David Lopes Neto (EEM/UFAM)
2º Orientador

Professora Doutora Maria Eliana Labra Gonzalez (ENSP/FIOCRUZ)
Suplente

Professora Doutora Maria das Dôres de Jesus Machado(EEM/UFAM)
Suplente

Dissertação defendida e aprovada em: 30 / 03 / 04

DEDICATÓRIAS

Ao meu marido Ademir e aos meus filhos Ademir Jr.
e Érica, pela compreensão demonstrada durante a
trajetória do Curso de Mestrado

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido alcançar esta etapa acadêmica. Somente Ele sabe o que representa profissionalmente.

Ao reitor e demais dirigentes da Universidade Federal do Amazonas, por valorizarem o desenvolvimento profissional de seus servidores.

À direção, à chefia e professores do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas, pela consideração e respeito à minha pessoa.

Ao secretário, aos diretores das Unidades Básicas de Saúde, à diretora do Departamento de Planejamento e à responsável na sede pelo Programa de Atenção à Saúde do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde, por permitirem a realização desta pesquisa e não se furtaram em fornecer os dados necessários.

Aos usuários idosos, sujeitos desta pesquisa, pela convivência de momentos prazerosos e de descoberta de dados importantes para o crescimento do PASI.

Aos meus dois orientadores, Dr. José Luiz Telles de Almeida e prof. Dr. David Lopes Neto, aos quais eu tenho a máxima consideração como seres humanos e educadores: são fantásticos.

Aos meus professores do Curso de Mestrado, pelos conhecimentos transmitidos.

Aos meus colegas de sala de aula, pelo convívio e compartilhamento de preocupações.

A todos os que deram suas parcelas de contribuição para o enriquecimento deste trabalho.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE QUADROS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
RESUMO	
ABSTRAT	
ABORDANDO VELHICE E ENVELHECIMENTO	11
CONTEXTUALIZANDO O PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO EM MANAUS	18
OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
DIRETRIZES METODOLÓGICAS	24
Abordagem	
Cenário da pesquisa	
Sujeitos da pesquisa	
Coleta dos dados	
Considerações éticas	
Organização dos dados para análise	
PERCEPÇÕES SUBJETIVAS DOS USUÁRIOS RELACIONADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: DESVELANDO RESULTADOS	35
CONHECENDO O PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	36
Programas assistenciais	
Atendimento prioritário	
Atividades extramuros	
Desconhecimento	
RECONHECENDO A OFERTA ORGANIZADA	43
Assistência médica	
Medicamentos	
Atividades extramuros	
Desconhecimento	

PENETRANDO NA ACESSIBILIDADE PROFISSIONAL	50
Médicos	
Enfermeiros	
Assistente Social	
Laboratorista	
Agentes Comunitários	
Dentista	
EXPRESSANDO AUTOPERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA	54
Bem atendido	
BUSCANDO A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	56
Médicos	
Remédios	
Complemento alimentar	
PERCEPÇÕES SUBJETIVAS DOS GESTORES RELACIONADAS AO PASI: DESVELANDO OS RESULTADOS	60
CONHECENDO A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE	61
Planos de saúde	
AVERIGUANDO O FUNCIONAMENTO DO PASI	63
Descrição	
EXPLORANDO A ASSISTÊNCIA INTEGRAL	65
Programas	
Parcerias	
ANALISANDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE	69
Programas	
Capacitação	
Infra-estrutura	
CORRELACIONANDO AS PERCEPÇÕES	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
APÊNDICES	83

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I – Distribuição do Programa de Atenção à Saúde do Idoso em Unidades Básicas de Saúde, por Distrito de Saúde do Município de Manaus.	25
QUADRO II – Distribuição das categorias e subcategorias do Programa de Atenção à Saúde do Idoso e dos órgãos de saúde, sob a perspectiva do usuário.	31
QUADRO III – Distribuição das categorias e subcategorias do Programa de Atenção à Saúde do Idoso, sob a perspectiva dos gestores.	32

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA I – Fluxograma de atendimento do Programa de Atenção à Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde.	22
FIGURA II – Categoria Plano de organização e análise.	34

RESUMO

Este estudo tem como propósito analisar o Programa de Atenção à Saúde do Idoso – PASI, em nível ambulatorial, no município de Manaus, com base nas políticas públicas de saúde de atenção ao idoso do Ministério da Saúde do Brasil, por intermédio da visão dos gestores e dos usuários do PASI da Secretaria Municipal de Saúde. A amostra é composta pelos 54 usuários enquadrados nos critérios de inclusão e pelos 8 gestores. Foram utilizadas as entrevistas individuais semi-estruturadas e a pesquisa documental. Os dados foram transcritos na íntegra para um editor de texto recebendo exame minucioso através da técnica análise de conteúdo. Os resultados foram extraídos das entrevistas, perfazendo um conjunto de nove grandes temáticas, sendo cinco dos usuários: conhecimento do PASI, oferta organizada, acessibilidade profissional, autopercepção da assistência e melhoria da assistência e quatro dos gestores: política municipal, funcionamento do PASI, assistência integral e análise dos serviços. O conhecimento do PASI evidenciou programas assistenciais (consultas médicas, enfermagem e serviço social; complemento alimentar e medicamentos), atendimento prioritário, atividades extramuros e desconhecimento do próprio PASI. A oferta organizada destacou-se assistência médica, medicamentos, atividades extramuros e desconhecimento de ofertas. A acessibilidade profissional a equipe compreendeu médicos, enfermeiros, assistentes sociais, laboratoristas, agentes comunitários e dentistas. A autopercepção da assistência prestada destacou-se “bem atendido”. Para melhoria da assistência os idosos anseiam por mais médicos, remédios e complemento alimentar. Na ótica dos gestores, a política municipal referiu-se aos planos de saúde de 1999-2001 e 2002-2003. O funcionamento do PASI foi feito descritivamente. A assistência integral ao idoso é efetuada por programas e estabelecimento de parcerias. A análise dos serviços enfatizou-se programas oferecidos, necessidade de capacitação e falta de infra-estrutura. Os resultados obtidos evidenciaram a importância de preparar-se qualitativa e quantitativamente para os vindouros perfis demográfico e epidemiológico da população, assim como rever ações e serviços atualmente ofertados aos idosos.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Política de Saúde e Programas de Saúde.

ABSTRACT

This study targets to analyze the Program of Attention to the Aged People's Health – PASI (PAAPH), in Manaus municipality, using outpatient clinics, based on public policies to the aged people's health attention by Health Ministry from Brazil, through the managers view point and the users of the PASI (PAAPH) from health municipality department. The sample is 8 managers and 54 users according to inclusion criteria. The research was by means of documents and individual semi-structured interviews. The data were transcribed to the text editor and analyzed through their content analysis. The results extracted from the interviews constitute nine thematic areas, such as, five from the users: the PASI (PAAPH) knowledge, organized offer, professional accessibility, self-perception of the assistance improvement; and four from the managers: municipal policy, the PASI (PAAPH) functioning, integral assistance and services analysis. The (PASI) PAAPH knowledge evidenced assistance program (doctor's, nurse's and social worker's consults, food complement and medicines), priority service, extra wall activity and ignorance about PASI (PAAPH). The organized offer emphasizes medical assistance, medicines, extra wall activities and unknown offers. The professional accessibility team is physicians, nurses, social workers, dentists, health community agents and laboratory professionals. The self-perception of the given assistance is "well assisted". To the assistance be better, the old people want more physicians, medicines and food complement. In the manager's viewpoint, the municipal policy is referred to the health plans of the 1999-2001 and 2002-2003. The PASI (PAAPH) functioning is showed descriptively. Programs and partnerships establishment accomplishes the aged integral assistance. The services analysis showed offered programs, people training needs and infrastructure lack. The results shows de importance to be prepared, or qualitatively, or quantitatively, to the coming up demographic and epidemiological population profile, as well as, revise the actual actions and services offered to the aged people.

Key words: Aging health, Health policy, Health program.

ABORDANDO VELHICE E ENVELHECIMENTO

A velhice é a última etapa do processo de desenvolvimento humano. Segundo a Organização das Nações Unidas, os anos de 1975 a 2025 corresponderão à “Era do Envelhecimento”, marcada pelo crescimento demográfico da população idosa, o que decorre, principalmente, do controle da natalidade e do aumento da expectativa de vida (LEME, 1997).

Se para os países de Primeiro Mundo o aumento de gerontes já representa um grande problema, no futuro próximo, o Brasil viverá a mesma situação. As projeções estatísticas apontam que, até o ano 2025, ocuparemos o 6º lugar do mundo no que se refere à população idosa (LEME, 1997), modificando-se, portanto, a pirâmide populacional, conduzindo a um repensar sobre as políticas de saúde (reestruturação das ações de saúde), sociais e econômicas.

Os idosos, nos seus aspectos biológico, psicológico e social apresentam transformações próprias, requerendo tipos de assistências diferenciadas, EM especial a de saúde. Voltar a atenção à saúde ao idoso é um ato político que envolve diferentes atores sociais: gestores, sociedade civil organizada e a clientela de idosos, que, em um processo democrático, participativo e consensual, articulam-se entre si e negociam as tomadas de decisões para o enfrentamento do envelhecimento populacional.

O impacto do envelhecimento da população brasileira já vem trazendo conseqüências ao perfil epidemiológico brasileiro. Atualmente, já se observa um predomínio das enfermidades crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes, artropatia, etc.), seguido de fatores de risco como quedas e suas conseqüências desfavoráveis, ocorrendo estas com maior prevalência e incidência em gerontes. Note-se que o contexto do Brasil é marcado pela sobreposição de um perfil epidemiológico característico de sociedades industrializadas, com uma alta incidência e prevalência de doenças infecto-contagiosas. Esta sobreposição traz desafios enormes ao sistema de assistência à saúde e, em particular, à assistência à população idosa, vulnerável aos agravos de doenças infecciosas (cólera, dengue, malária, doença de Chagas), ao mesmo tempo em que desenvolve doenças típicas da idade (doenças crônico-degenerativas). A maioria das doenças crônicas que acomete o idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. A idade mais avançada acarreta modificações profundas nas funções orgânicas, reduzindo as reservas funcionais e aumenta a vulnerabilidade a muitas

doenças. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é antes exceção do que regra (VERAS, 2001).

O Brasil, no que concerne à organização e estruturação da atenção à saúde dos idosos, avançou significativamente com a criação da Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto n.º 1.948, de 3 de julho de 1996, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Esta lei, em seu artigo 10, inciso II – na área de saúde, alínea “a”, garante *ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento* (BRASIL, 2001a). O Ministério da Saúde do Brasil, mediante Portaria n.º 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso, que tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999).

Para que o propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso seja alcançado, foram definidas como diretrizes essenciais: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas.

Segundo SILVESTRE & NETO (2003), todas as ações em favor da saúde do idoso, como o previsto na lei então referida, devem objetivar ao máximo a manutenção do idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível. Contudo, a integralidade de ações é um princípio do Sistema Único de Saúde que merece destaque quando pensado à luz das políticas públicas de saúde que atendam às reais necessidades dos idosos.

A assistência às necessidades de saúde do idoso compreende o âmbito ambulatorial, hospitalar e domiciliar (GORDILHO *et al.*, 2000), porém estes dois últimos fogem do escopo desta pesquisa.

Neste trabalho, analisam-se as ações de assistência à saúde do idoso, em nível ambulatorial, desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, acreditando que as particularidades do contexto urbano-rural da cidade de Manaus exigem uma atenção diferenciada à nossa população idosa.

No âmbito ambulatorial, a *consulta geriátrica* constituirá a base dessa assistência. A consulta geriátrica deverá ser fundamentada na coleta e no registro de informações que possam orientar o diagnóstico a partir de caracterização de problemas e o tratamento adequado, com a utilização rotineira de escalas de rastreamento para depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o correto encaminhamento para a equipe multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 1999).

A Organização das Nações Unidas, desde 1982, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos e, nos países em desenvolvimento, a categoria idoso se aplica aos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. No Brasil, de acordo com a Lei n.º 8.842/94, em seu capítulo I, artigo 2.º, a faixa etária para uma pessoa ser considerada idosa é a de 60 anos ou mais (BRASIL, 1999. Portaria n.º 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, do ministro de Estado da Saúde).

O idoso se encontra em uma fase existencial mais vulnerável a ter problemas de saúde, em virtude do declínio das dimensões fisiológica, morfológica e bioquímica, embora os avanços da medicina proporcionem o retardamento desses declínios. Se o acesso aos serviços de saúde ajuda a prevenir determinadas doenças, é certo também que o meio ambiente e as condições de vida de que o idoso dispõe favorecem em muito a sua saúde, como destacam DUARTE *et al.* (2002) ao afirmarem que existe grande consenso de que pessoas expostas a condições sociais e econômicas desfavoráveis apresentam piores condições de saúde. De fato é um consenso entre os estudiosos que a saúde apresenta um forte gradiente social que tende a ser desfavorável aos indivíduos pertencentes aos grupos menos favorecidos (TRAVASSOS, 1997).

Uma outra variável que tem grande influência no estado de saúde é o analfabetismo, que, além de refletir o *status* socioeconômico atual do idoso, dá conta de desvantagens acumuladas durante seu ciclo vital, sendo outro fator de risco para o idoso declarar-se doente (ROMERO, 2002).

O estigma da velhice, por sua vez, leva as pessoas a associarem o envelhecimento a um período propício a doenças. No entanto, tal fato não se constitui numa verdade absoluta. HAYFLICK (1997) ressalta que se torna necessário distinguir as mudanças resultantes do envelhecimento das mudanças resultantes de doenças. Portanto, não necessariamente se está doente quanto se vivenciam transformações pertinentes à idade. Essas transformações são consideradas normais no processo de envelhecer. Algumas são óbvias, tais como problemas de visão, força e vigor físicos, diminuição e comprometimento da memória em curto prazo, perda de massa óssea, enfim, a lista pode ser perfeitamente ampliada, porém não mal interpretada.

As mudanças normais associadas à idade nos tornam mais vulneráveis a doenças que, na juventude, seriam combatidas com maior facilidade (HAYFLICK, 1997). Doenças como o mal de Alzheimer, câncer, problemas cardíacos e derrames predominam mais na velhice, devido à perda contínua da função de órgãos e sistemas biológicos. Nos dias atuais, conta-se com a alta tecnologia no setor saúde que contribui para a longevidade da vida do ser idoso.

De acordo com FRANÇA & SOARES (1997), a saúde é um estado de equilíbrio geral psicofisiológico: o social, o cultural, o trabalho, a efetividade e a participação política são ingredientes intervenientes à saúde. Assim, ao longo dos anos, os estereótipos e mitos sobre a velhice sofreram alterações para um lado menos preconceituoso. Termos utilizados com conotação negativa em relação aos idosos – “decrepitude”, “incapacidade”, “decadência”, “improdutividade”, entre outros, – vão sendo cada vez menos utilizados devido ao processo de conquistas sociais dos idosos, muito embora ainda se observe resistência a estas mudanças de atitudes. A expressão “idoso” vem assumindo, nos últimos anos, uma conotação mais respeitada e valorizada, sendo reforçada pela criação do termo “terceira idade”. Conforme a afirmação do Dr. Renato Veras, coordenador da Universidade da Terceira Idade (UNATI), a invenção da Terceira Idade surge a partir dos anos 60 para atribuir aos aposentados jovens e dinâmicos uma identidade positiva (VERAS, 1997).

Falar de idoso nos remete ao processo de envelhecimento e da velhice. Processos estes dinâmicos e que comportam as dimensões biológica, psicológica, sociológica, econômica, cultural, espiritual, etc. Consoante BEAUVOIR (1990), a velhice, como todas as situações humanas, tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história, como um ser-no-mundo independente da idade.

Cada indivíduo vivencia a sua velhice de maneira particular, já que fatores internos e externos fazem parte de sua trajetória existencial. Em termos biológicos, o envelhecimento se caracteriza por ser um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que se instala em cada indivíduo desde o nascimento e o acompanha por todo o tempo de vida possível para a espécie humana, culminando com o fim da vida. Nesse transcurso, provocam no organismo modificações morfológicas (alterações na forma do corpo), fisiológicas (modificações nas funções orgânicas) e bioquímicas (transformações nas reações químicas presentes no organismo) JORDÃO NETTO (1997). Por mais que do ponto de vista biológico a velhice possa dar um impacto não favorável – se comparada a outras fases do desenvolvimento humano –, é uma realidade

a ser enfrentada por todos aqueles que terão o privilégio de chegar a essa etapa da vida. Quanto maior for o acesso aos bens e serviços da sociedade, maior será a qualidade de vida no processo de envelhecimento. E sob esta ótica, os serviços de saúde têm papel fundamental na atenção à saúde, para que a população idosa possa usufruir a vida com tudo aquilo que construiu ao longo de sua existência.

Ressalta-se que o ser humano não deve ser reduzido à sua dimensão biológica, na medida em que outras dimensões compõem o seu todo. Neste sentido é que aqui se propõe uma visão holística para entendermos os processos vitais, pelos quais os seres humanos passam. Por exemplo: os fenômenos psicológicos vão influir no comportamento e conduta da pessoa idosa, manifestados de forma consciente e/ou inconsciente. Assim, o idoso não comprometido psicologicamente é aquele que ainda “vive” e quer continuar vivendo a vida em toda a sua plenitude, usufruindo daquilo que ela pode oferecer-lhe e para a qual ele pode responder. O idoso que não vive à sombra das perdas ou à sombra do que não pode mais atingir, em razão de sua idade, ainda tem, mesmo com medo, desejos de realização pessoal (COSTA, 1998). O idoso que preserva sua identidade psicológica tem condições de ampliar a capacidade de adaptação e aceitar a realidade que o cerca e, desta forma, mantém o seu equilíbrio, tão importante para a qualidade de vida; enfrenta as adversidades peculiares e as limitações da velhice através de um viés menos conflituoso.

A natureza gregária do homem faz com que as relações sociais representem o seu vínculo com o meio ambiente. E numa sociedade atual, dita globalizante, esse vínculo torna-se cada vez mais imprescindível. A identidade social do idoso mantém-se ao longo da vida, independentemente de ter uma ocupação ativa ou não no meio de produção. O contato social ressignifica-lhe a vida e, por conseguinte, produzirá reflexo em seu estado de saúde. Desta maneira, concordamos que o envelhecimento não significa apenas um espaço de tempo, mas uma categoria, uma atividade socioeconômica, modo diferente de vida, características pessoais, objetivos e conflitos de natureza variável, sentimentos positivos e negativos, ou seja, a soma de todos os processos de viver dentro do contexto sociocultural humano (VARGAS, 1994).

Retomemos, entretanto, ao nosso tema central que é a assistência à saúde. Existe uma constatação de que a saúde é de fundamental importância tanto para a população de outras faixas etárias como especialmente para os cidadãos idosos, a fim de que possam contribuir de forma ativa e positiva, respeitadas as limitações biopsicossociais, na construção de uma sociedade mais justa. Para KLIKSBERG (2000), a saúde é ainda, por suas características, um campo privilegiado para melhorar a desigualdade em geral. E

este mesmo autor ainda acrescenta que é possível em saúde conquistar avanços importantes em cobertura, acesso, informação e outros aspectos. Daí a importância de a população idosa ter acesso a programa de assistência à saúde que possa corresponder às suas necessidades. Percebe-se que o próprio acesso aos serviços de saúde se dá de forma desigual, apesar de na Constituição Federal brasileira constar que este deve acontecer com equidade, esta entendida como um princípio de justiça social (TRAVASSOS, 1997).

Um dos motivos que nos levou a escolher este tema assistência à saúde foi a elaboração de dois trabalhos científicos (graduação e especialização) com a temática sobre o idoso e o acompanhamento, por mais de dois anos, de um grupo de idosos, em que alguns deles compartilharam que o importante da vida é ter saúde, mas nem sempre é possível usufruí-la. As queixas eram multifatoriais. Entretanto, um desses fatores nos chamou muito a atenção: as críticas às instituições públicas de saúde eram significativas. Havia indícios de que as ações de saúde não estavam correspondendo às suas expectativas. Estes contrastes presenciados no cotidiano das pessoas idosas nos impulsionaram para que, mediante um processo de pesquisa mais sistematizado, possamos descortinar, ainda que parcialmente, o fazer da saúde pública no município de Manaus, investigando quais são as ações de saúde que se destinam aos idosos.

Os novos conhecimentos adequados a uma sociedade em constante processo de transformação darão mais segurança aos gestores para formularem políticas públicas que atendam às demandas sociais emergentes e que os respectivos planos de saúde sejam realmente no sentido de promover, prevenir e recuperar a saúde da população e, em particular, a do idoso.

Acompanhando a tendência nacional, o município de Manaus também poderá vivenciar o envelhecimento da população formulando ações integrais à saúde do idoso. Dados do INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICA (2002) expressam que nesta cidade, no ano de 2000, residiam 1.405.835 pessoas, das quais 65.178 são idosos, pessoas com idade a partir de 60 anos, equivalentes a 4,6% da população manauense, o que nos remete a uma preocupação com o cuidar do idoso, haja vista o aumento do conglomerado populacional que se presencia na cidade. Por outro lado, há de ter-se também ações preventivas em saúde destinadas à população prestes a entrar na faixa etária de idosos a fim de que os danos orgânicos sejam menos incapacitantes, e dessa forma possam ter autonomia e independência, usufruindo qualidade de vida.

Entendo que este trabalho, produzido com dados reais da assistência à saúde prestada ao idoso no município de Manaus, pode ser um instrumento para reflexão, contribuindo com a reorganização das ações e serviços de saúde, beneficiando a sociedade, em especial os idosos, que são os principais agentes de transformação das políticas assistenciais que não estão compatíveis com suas necessidades de saúde.

CONTEXTUALIZANDO O PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO EM MANAUS

O município de Manaus foi criado em 31 de dezembro de 1669. Atualmente possui uma extensão territorial de 11.458,50 km² e a população estimada em 2001 fora de 1.451.959 habitantes (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2001).

A Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA foi criada nos termos da Lei n.º 1.246, de 16 de dezembro de 1975, e constitui-se em um órgão da Administração Direta da Prefeitura Municipal de Manaus. O vigente Regimento Interno da SEMSA foi aprovado pela Portaria n.º 311/96 – GSEMSA, de 22 de novembro de 1996.

De acordo com o regimento, a finalidade da SEMSA é formular e executar a Política Municipal de Saúde em consonância com as prioridades, diretrizes e estratégias aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde, bem como executar ações e serviços de saúde nas áreas ambulatorial, hospitalar, auxílio diagnóstico e terapêutico e defesa sanitária da população, além de, dentre outros, desenvolver programas e ações de saúde pública rural e urbana no município, através de atividades ambulatoriais, laboratoriais e hospitalares, executadas pelas Unidades de Saúde.

Desde abril de 1998, por atender o que dispõe a NOB-01/96, o município de Manaus se encontra habilitado junto ao Ministério da Saúde, na Gestão Plena de Atenção Básica, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA. Neste tipo de gestão, o município assume a responsabilidade para gerir e executar a assistência ambulatorial básica (procedimentos incluídos no PAB), as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, gestão de todas as unidades básicas de saúde (públicas e privadas) vinculadas ao SUS, elaboração da programação pactuada e integrada, autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados, controle e avaliação da assistência básica (CARVALHO *et al.*, 2001).

Através do Decreto n.º 6.008, de 26 de dezembro de 2001, a estrutura organizacional da SEMSA sofreu alteração para atender ao que dispõe a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde – NOAS-01/2001, que definiu novas responsabilidades aos gestores municipais no que concerne à ampliação da assistência, à estruturação do sistema de informação em saúde, à organização e aperfeiçoamento do Serviço de Controle e Avaliação e à Assistência Farmacêutica; e a Lei n.º 590, de 13 de

março de 2001, que criou os Distritos de Saúde e Educação, atendendo a concepção de descentralização, estabelecendo uma base territorial para ambos.

Inserido neste modelo o Programa de Atenção à Saúde do Idoso – PASI, criado em agosto de 1997, teve seu início em 1998 e está vinculado ao Núcleo de Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto, da Coordenação de Assistência à Saúde, cuja finalidade é a de planejar junto às Unidades de Saúde, as atividades referentes ao programa.

O PASI vem se firmando gradativamente, desde 1998, quando foi implantado, inicialmente, em 10 Unidades Básicas de Saúde dessa Secretaria. Para isso, contou com a colaboração de várias entidades, entre elas, o Fórum Permanente do Idoso, Fundação Dr. Thomas, Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Secretaria Municipal de Educação – SEMED, Pastoral da Saúde e Programa de Combate às Carências Nutricionais – PCCN, que contribuíram com propostas substanciais para assistência ao idoso e troca de experiência em saúde.

Por meio de um conjunto de ações definidas pelo Fórum Permanente do Idoso, com base na Política Nacional do Idoso (Lei n.º 8.842, de 4.1.95, e Decreto n.º 1.948, de 3.7.96), foram definidas as diretrizes para a garantia da assistência à saúde nos diversos níveis de atendimento de modo a promover, prevenir, proteger e recuperar a saúde desta clientela.

No período em que o PASI foi implantado, os técnicos envolvidos definiram que a população atendida seria a partir de 55 anos, por entenderem que as especificidades socioeconômicas da referida clientela necessitavam de atenção à saúde, tendo um olhar preventivo. Hoje já se pensa em rever essa decisão adequando a faixa etária à Política Nacional do Idoso. Até o ano 2000, o total de inscritos no PASI era de 2.108 idosos. Nas oito Unidades Básicas de Saúde, cenários desta pesquisa, foi contabilizado um total de 1.593 cadastros. Estima-se que em 2003 haja mais de 4.000 idosos inscritos.

A Secretaria Municipal de Saúde possui na área urbana 206 Unidades de Saúde: 28 Centros de Saúde (CS), 6 Ambulatórios de Alta Resolutividade (AAR), 7 Centros de Referência (CR), 1 Ambulatório dos Serviços de Pronto Atendimento (SPA) e 164 Casas de Saúde do Programa Médico da Família. Todas são Unidades Básicas de Saúde (UBS). A UBS é uma unidade para realização de atendimentos de atenção básica integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas (clínica geral, pediatria, obstetrícia, etc.), podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (SADT) e Pronto Atendimento 24 horas

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003b). Destaca-se que, em Manaus, o CR presta Pronto Atendimento 24 horas e trabalha nos moldes de policlínica – unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda oferecer outras especialidades não médicas.

O PASI está implantado em 21 Unidades Básicas de Saúde (CS e AAR) com a meta de até o final de ano de 2003 estar implantado em todas as Unidades, dos tipos CS e AAR, exceto as que estiverem em reforma.

Como uma “estratégia política”, por intermédio da Lei n.º 531, de 3 de maio de 2000, do Poder Executivo da Prefeitura Municipal de Manaus, o governo municipal renomeia para “Programa Médico da Família – PMF” o “Programa Saúde da Família”, referido na Lei n.º 470, de 21 de janeiro de 1999. O PMF fica instituído na estrutura da SEMSA para atender os Distritos de Saúde Leste, Norte, Oeste e Sul, com suas equipes de médicos, auxiliares de Enfermagem e agentes comunitários de saúde, posteriormente incluídos outros profissionais: enfermeiros, técnicos de Enfermagem. Dentre a clientela do PMF está a população idosa que também é atendida nas 164 casas do Médico da Família; cumpre salientar que oficialmente o PASI nunca foi implantado no PMF; entretanto, a demanda de idoso existe e é regularmente atendida, o que proporcionou a oportunidade do PASI/SEMSA iniciar o trabalho junto à equipe do PMF através de cursos de capacitação dos técnicos no atendimento ao idoso.

O atendimento ao idoso nas Unidades Básicas de Saúde se efetiva em 3 (três) fases, o qual pode ser mais bem visualizado na (Figura I – Fluxograma de Atendimento do PASI na Unidade Básica de Saúde).

Primeiro atendimento:

- Recepção (Registro e entrega do Cartão do Idoso (Apêndice VII) com respectivas informações).
- Consulta de enfermagem (com entrevistas, observação e registro de sinais e sintomas), solicitação de exames de laboratório e encaminhamento à Imunização.
- Consulta de Serviço Social.
- Encaminhamento (caso necessário) aos serviços de: Odontologia e/ou outros profissionais com respectivas orientações e agendamentos.

Segundo comparecimento:

- Após 8 dias do primeiro atendimento, o idoso deverá retornar à unidade de saúde, conforme agendamento antecipado, para consulta médica e entrega de resultados de exames laboratoriais.

- Na recepção, o idoso apresentará o cartão de identificação, sendo encaminhado ao preparo.

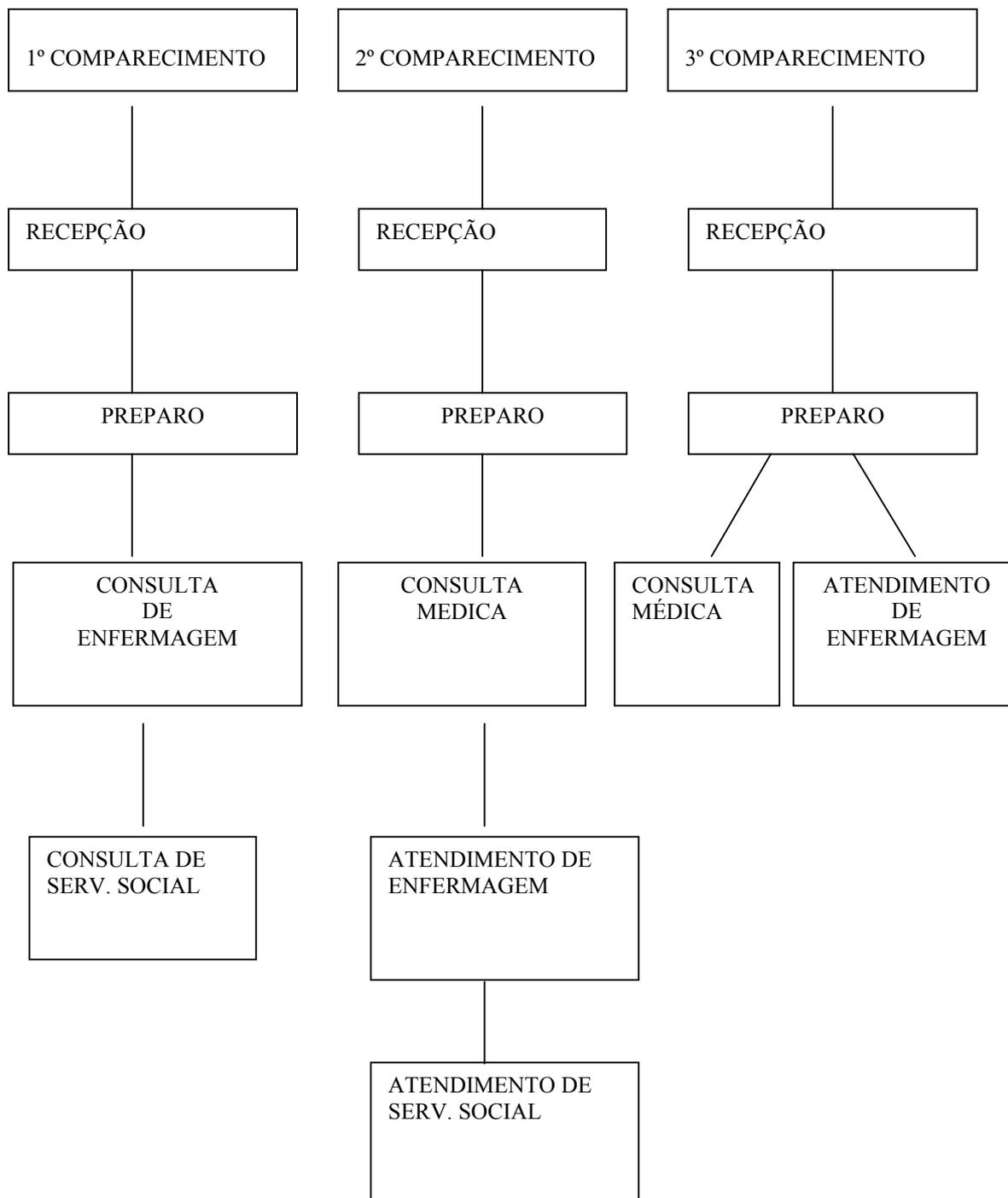
- No preparo, será submetido aos exames de rotinas, logo após encaminhado ao Serviço de Enfermagem.

- O serviço de enfermagem receberá o usuário, conferirá a ficha e resultados de exames, encaminhando, em seguida, ao médico e serviço social.

Retorno (recepção/preparo e atendimento de enfermagem).

O retorno do idoso à Unidade de Saúde será de acordo com indicação médica e, eventualmente, para exames de rotina (conforme agendamento em seu cartão).

FIGURA I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DO PASI NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE



OBJETIVO GERAL

Analisar o Programa de Atenção à Saúde do Idoso, em nível ambulatorial, no município de Manaus, com base nas políticas públicas de saúde de atenção ao idoso, preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, através da visão dos idosos usuários e gestores do PASI implantado na Secretaria Municipal de Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a política do idoso traçada em Manaus pelo PASI/SEMSA em relação aos dados quantitativos disponibilizados.
- Identificar as ações de saúde, ofertadas aos idosos nos serviços de saúde em nível ambulatorial, à luz das diretrizes nacionais do PASI.
- Correlacionar as informações dos gestores e idosos quanto às ações de saúde oferecidas do PASI.
- Verificar como gestores e usuários analisam o PASI em Manaus.

DIRETRIZES METODOLÓGICAS

Abordagem

É uma investigação com abordagem qualitativa, do tipo descritiva, de caráter exploratória, com a finalidade de analisar documentos, descrever, identificar, correlacionar e verificar as ações de saúde voltadas à população idosa em nível ambulatorial, no município de Manaus, tendo por referência as políticas públicas emanadas do Ministério da Saúde do Brasil, que preconizam a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento (BRASIL, 1999).

Cenário da pesquisa

Apesar da atenção básica à saúde, em Manaus, capital do Estado do Amazonas, ser prestada tanto na rede municipal como na rede estadual, neste estudo, o cenário foi a rede municipal de saúde. As Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde são subordinadas às Gerências Distritais, compreendendo: Distrito de Saúde Norte, Leste, Sul e Oeste, dentre as quais o PASI está implantado em 21 Unidades de Saúde (Quadro I).

Um distrito de saúde é a unidade mais periférica da administração sanitária, que detém responsabilidades e poder decisório decorrente da política local de saúde (VAUGHAN & MORROW, 1992), sendo também o nível-chave no gerenciamento dos cuidados de Atenção Primária à Saúde (APS). Esta atenção primária é executada, em Manaus, pelas Unidades Básicas de Saúde, representadas pelos Centros de Saúde (CS), Ambulatórios de Alta Resolutividade (AAR), Ambulatórios dos Serviços de Pronto Atendimento (SPA), Centro de Referência (CR) e casas de saúde do Programa Médico da Família, nestas três últimas não têm PASI implantado.

A pesquisa foi realizada em 8 (oito) Unidades de Saúde (38%), dos tipos Centro de Saúde (CS) e Ambulatório de Alta Resolutividade (AAR) da SEMSA, usando como critério de seleção a técnica de amostragem aleatória simples, sendo escolhidas 2 (duas) Unidades, por Distrito de Saúde.

QUADRO I – Distribuição do Programa de Atenção à Saúde do Idoso em Unidades Básicas de Saúde, por Distrito de Saúde, do município de Manaus.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	DISTRITO DE SAÚDE
1) AAR Frei Valério de Carli 2) AAR Arthur Virgílio Filho 3) AAR Major Sálvio Belota 4) AAR Balbina Mestrinho	Norte
1) C.S. José Amazonas Palhano 2) C.S. Leonor Brilhante 3) C.S. Lago do Aleixo 4) AAR Gebes Medeiros	Leste
1) C.S. Luiz Montenegro 2) C.S. Frank Calderon 3) C.S. Lúcio Flávio 4) C.S. Lorenço Borghi 5) C.S. Theodomiro Garrido 6) C.S. Vicente Pallotti	Sul
1) C.S. Mansour Bulbol 2) C.S. Leonor de Freitas 3) C.S. Dom Milton Corrêa 4) C.S. Rayol dos Santos 5) C.S. Vicente de Paula 6) C.S. Vila da Prata 7) C.S. Lindalva Damasceno (em reforma)	Oeste

FONTE: SEMSA/CAS/PASI, jul., 2003.

Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram 83 usuários (idosos) do Programa, que, após visita da pesquisadora, consentiram, de forma livre, esclarecida e de espontânea vontade, em participar da pesquisa (Apêndices I) e 8 pessoas responsáveis pelo Programa de Atenção à Saúde do Idoso nas Unidades de Saúde – doravante denominados de *gestores*, por serem os que estão à frente da execução das ações desenvolvidas diariamente no serviço, responsabilizando-se pela aplicação das políticas públicas de saúde, tendo equivalência com a proposição da 11.^a Conferência Nacional de Saúde, que considerou gestores de saúde os dirigentes estaduais, municipais e de serviços de saúde, estes no que tange aos processos de planejamento local e gerenciamento participativo com trabalhadores e usuários, à luz do controle da sociedade sobre o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) (Apêndices II). Dos 83 usuários idosos foram selecionados 54 depoimentos em função da congruência dos dados estarem de acordo com os objetivos do estudo e com as regras de exaustividade, representatividade e homogeneidade constituintes do *corpus*.

A amostra foi composta pelos 54 usuários (65%) selecionados pertencentes ao Programa nos referidos Centros/Ambulatórios e pelos 8 gestores (100%) do Programa de Atenção à Saúde do Idoso nos Centros de Saúde e Ambulatórios de Alta Resolutividade.

A autorização para entrevistar os gestores do PASI foi fornecida pelo secretário municipal de Saúde, gestor do Sistema Municipal de Saúde, de Manaus. Os usuários que participaram da pesquisa foram aqueles idosos que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos e estar cadastrado no Programa há mais de seis meses, sendo critério de exclusão idade inferior a 60 anos e estar cadastrado no PASI menos de 6 meses. Todos os sujeitos receberam pseudônimos, objetivando a preservação do anonimato.

Com a finalidade de caracterizar os sujeitos da pesquisa e nortear as questões das entrevistas, foram utilizados instrumentos do tipo roteiro de entrevista para o idoso usuário do Programa de Atenção à Saúde do Idoso na Unidade de Saúde (Apêndice III) e roteiro de entrevista para o gestor do Programa de Atenção à Saúde do Idoso da Unidade de Saúde (Apêndice IV). O agendamento de entrevista com os usuários (Apêndice V) foi acordado com os gestores. Os gestores firmaram uma ficha de agendamento (Apêndice VI).

Coleta dos dados

A coleta dos dados foi procedida pela própria pesquisadora e com terminalidade de acordo com a congruência das informações em relação ao objeto de estudo, no período de junho e julho de 2003. Foram utilizadas as entrevistas individuais semi-estruturadas mediante a aplicação de um roteiro e a pesquisa documental, através da análise dos documentos que proporciona a complementação das interpretações dos materiais examinados, considerando que esta corrobora com a técnica de análise de conteúdo.

As informações das entrevistas com os usuários foram gravadas em fitas cassetes com o consentimento dos mesmos e transcritas na íntegra para um editor de texto. Todavia, com os gestores do PASI optou-se por deixar o roteiro de entrevista (Apêndice IV) para ser respondido por eles de acordo com a disponibilidade de tempo de cada um, com prazo para devolução, uma vez que se observou que a gravação da entrevista no horário de expediente poderia comprometer a precisão das informações, haja vista a demanda intensa de usuários ao serviço.

Segundo CONTANDRIOPOULOS *et al.* (1994), uma das vantagens de informações fornecidas oralmente é que elas permitem obter índices de resposta muito elevados, implicando uma interação entre o pesquisador e o pesquisado, porém a flexibilização quanto ao meio de coleta é uma situação a ser levada em consideração.

Considerações éticas

No desenvolvimento da pesquisa foi observado o disposto na Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (VIEIRA & HOSSNE, 2001).

Todos os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e a que ela se propunha e sua possibilidade de relevância social na área de assistência integral à saúde do idoso. Coube a cada um ficar livre e autônomo para incluir-se nela, assim como dela poder ausentar-se no instante em que se sentissem prejudicados ou por outros fatores julgados convenientes. Clarificou-se a relação risco-benefício, o risco não estava presente e os possíveis benefícios seriam individuais (atendimento das necessidades subjetivas, respeito às limitações pessoais) e coletivos (revisão das ações e serviços e melhoria da assistência prestada). Cada sujeito assinou um termo de consentimento livre

e esclarecido (Apêndices I e II), recebendo uma cópia. VIEIRA & HOSSNE (1998) definem consentimento livre e esclarecido ou informado como o consentimento que transforma o que seria simples uso da pessoa em participação consciente dessa pessoa num empreendimento científico. Ainda, segundo esses mesmos autores (2001), o termo de consentimento tem como finalidade principal proteger o participante; mas, também, o pesquisador e a instituição.

Foi solicitada autorização prévia do dirigente da Secretaria Municipal de Saúde, ao qual foi entregue uma carta de apresentação da pesquisadora, constando a finalidade da pesquisa. Na audiência com o dirigente oficial, a pesquisadora falou sobre a confidência, o sigilo e privacidade no decorrer da pesquisa, sua possibilidade de relevância social para a instituição e para a sociedade amazonense, devido à atual e vindoura conjuntura de aumento de idosos, recebendo parecer favorável (Apêndice VIII). Ficou compromissado que após a defesa do relatório da pesquisa perante a banca examinadora, o resultado desta será apresentado aos dirigentes da SEMSA, equipe de saúde, sujeitos da pesquisa e sociedade como forma de estimular uma análise crítica das ações desenvolvidas. Em observância as regras, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, recebendo parecer favorável à sua realização.

Organização dos dados para análise

O exame analítico minucioso das informações foi procedido mediante a técnica de análise de conteúdo. BARDIN (1977) afirma que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas das comunicações, visando à obtenção, por procedimentos sistemáticos e objetivos, da descrição do conteúdo das mensagens, no tocante às condições de emissão e recepção de mensagens. MINAYO (1993), ao abordar a análise de conteúdo, do ponto de vista operacional, diz que ela parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. BERELSON (1952), um dos pioneiros teóricos da análise de conteúdo, define-a como uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los.

As fases técnico-metodológicas da análise de conteúdo propostas por BARDIN (1977) foram seqüenciadas em três pólos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

PÓLO I – FASE DE PRÉ-ANÁLISE – Etapa de organização do material a ser analisado. Consistiu na leitura flutuante dos documentos coletados nas entrevistas sob a orientação das regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, para a constituição do *corpus* que é formado por todos os documentos selecionados para análise, buscados durante o período de tempo estabelecido para a coleta dos dados, como as falas dos sujeitos, os documentos oficiais – federal e municipal – relacionados com as políticas públicas de saúde que dispõem sobre a atenção integral à saúde do idoso e os referenciais teóricos.

REGRA DE EXAUSTIVIDADE: Referiu-se à contemplação de todos os documentos constitutivos do *corpus*. Nesta regra, BARDIN destaca que é preciso levar em conta todos os elementos que formam esse *corpus*, não se desprezando nenhum dos elementos, sejam quais forem as razões apresentadas. Assim, foram considerados todos os elementos coletados, abstraindo-se deles todos os significados relacionados com o objeto de estudo.

REGRA DA REPRESENTATIVIDADE: De acordo com essa regra, as amostras de usuários (65%) e de gestores (100%) foram partes representativas dos universos iniciais; assim sendo, os resultados obtidos para a amostra foram generalizados ao todo. Este todo tem como inferência a realidade empírica pesquisada.

REGRA DE HOMOGENEIDADE: Na conformidade dessa regra, os documentos retidos obedeceram a critérios precisos de escolha, não fugindo ao tema, assim como as técnicas e sujeitos da pesquisa, como consta na coleta dos dados.

REGRA DA PERTINÊNCIA: Para essa etapa, o acervo de documentos pesquisados adequou-se aos objetivos prescritos pela análise, ou seja, diz respeito à proposta da pesquisa, que foi analisar o Programa de Atenção à Saúde do Idoso, em nível ambulatorial, no município de Manaus, além de descrever, identificar, correlacionar e verificar as ações de saúde, com base nas políticas públicas de saúde de atenção ao idoso, preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, através da visão dos gestores e dos idosos usuários do PASI implantado na SEMSA.

PÓLO II – FASE DE EXPLORAÇÃO DO MATERIAL – Essa fase consistiu, essencialmente, da elaboração das operações de codificação, trabalhando-se os recortes dos textos em unidades de registro (nível semântico: tema; nível lingüístico: palavra e frase), a escolha das regras de contagem, a classificação e a agregação dos dados em categorias empíricas. A codificação refere-se a uma transformação dos dados brutos do texto, por meio de recorte, agregação e enumeração, que permite alcançar uma

representação do conteúdo. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos.

Nesta pesquisa, preferiu-se trabalhar com unidades temáticas, por serem estas compreendidas de segmentos mais longos de conteúdos e permitirem decomposições desses conteúdos em temas semânticos mais simples.

POLO III – TRATAMENTOS DOS RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO –

Nessa etapa, os resultados foram submetidos a um tratamento analítico para que se tornassem significantes e válidos. Com base nas diretrizes da política nacional de saúde do idoso e dos objetivos deste estudo, os dados foram organizados em forma de categorias de análises empíricas, abstraídas das falas dos sujeitos. Em seguimento da análise, as categorias foram agrupadas às subcategorias, conforme transcrição no Quadro II – Distribuição das Categorias e Subcategorias do Programa de Atenção à Saúde do Idoso e dos Órgãos de Saúde, sob a perspectiva do usuário e no Quadro III – Distribuição das Categorias e Subcategorias do Programa de Atenção à Saúde do Idoso, sob a Perspectiva dos Gestores.

QUADRO II – Distribuição das Categorias e Subcategorias do Programa de Atenção à Saúde do Idoso e dos Órgãos de Saúde, sob a Perspectiva do Usuário.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. CONHECIMENTO SOBRE O PASI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programas Assistenciais ➤ Atendimento Prioritário ➤ Atividades Extramuros ➤ Desconhecimento
2. OFERTA ORGANIZADA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assistência Médica ➤ Medicamentos ➤ Atividades Extramuros ➤ Desconhecimento
3. ACESSIBILIDADE PROFISSIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico(a) ➤ Enfermeiro(a) ➤ Assistente Social ➤ Laboratorista ➤ Agentes Comunitários ➤ Dentista
4. AUTOPERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bem Atendido
5. MELHORIA DA ASSISTÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médicos ➤ Remédios ➤ Complemento Alimentar

O ato de agrupar as categorias e subcategorias formou cinco conjuntos categoriais com suas respectivas definições.

CATEGORIA 1 – Conhecimento sobre o PASI. Refere-se à categoria que aborda o conhecimento que o usuário tem sobre o Programa de Atenção à Saúde do Idoso resultando em um conjunto de quatro subcategorias, cujas unidades temáticas se referem a programas assistenciais (consultas: médicas, enfermagem e serviço social; complemento alimentar e medicamentos), atendimento prioritário, atividades extramuros e desconhecimento.

CATEGORIA 2 – Oferta Organizada. Trata do conjunto de ofertas de ações e serviços destinados aos idosos pelos órgãos de saúde de Manaus. Suas subcategorias são assistência médica, medicamentos, atividades extramuros e desconhecimento.

CATEGORIA 3 – Acessibilidade Profissional. Corresponde ao tipo de assistência acessível pela equipe de profissionais de saúde. Compreende o conjunto de seis subcategorias médico(a), enfermeiro(a), assistente social, laboratorista, agentes comunitários e dentista.

CATEGORIA 4 – Autopercepção da Assistência. Engloba a categoria que explica a percepção que o idoso tem da assistência oferecida pela unidade de saúde, cuja unidade temática resultou de forma quase que unânime *bem atendido*.

CATEGORIA 5 – Melhoria da Assistência. Aborda o que o idoso considera que falta para uma melhor assistência à saúde. Compreende o conjunto de três subcategorias, nas quais as unidades temáticas se referem a médicos, remédios e complemento alimentar.

QUADRO III – Distribuição das Categorias e Subcategorias do Programa de Atenção à Saúde do Idoso, sob a Perspectiva dos Gestores.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. POLÍTICA MUNICIPAL	➤ Planos de Saúde
2. FUNCIONAMENTO DO PASI	➤ Descrição
3. ASSISTÊNCIA INTEGRAL	➤ Programas ➤ Parcerias
4. ANÁLISE DOS SERVIÇOS	➤ Programas ➤ Capacitação ➤ Infra-estrutura

O agrupamento das categorias e subcategorias deu origem a quatro conjuntos categoriais, com suas respectivas definições.

CATEGORIA 1 – Política Municipal. Diz respeito à categoria que busca saber o conhecimento que os gestores têm da Política Municipal de Saúde para Manaus para o quinquênio 2000/2005, que resultou em uma subcategoria, cuja unidade temática se refere aos planos de saúde de 1999-2001 e 2002-2003.

CATEGORIA 2 – Funcionamento do PASI. Refere-se à categoria que aborda o funcionamento do Programa de Atenção à Saúde do Idoso de cada Unidade de Saúde, em relação à execução de ação e serviços de saúde ofertados, em nível ambulatorial, resultando em uma subcategoria, tendo como unidade temática *descrição*.

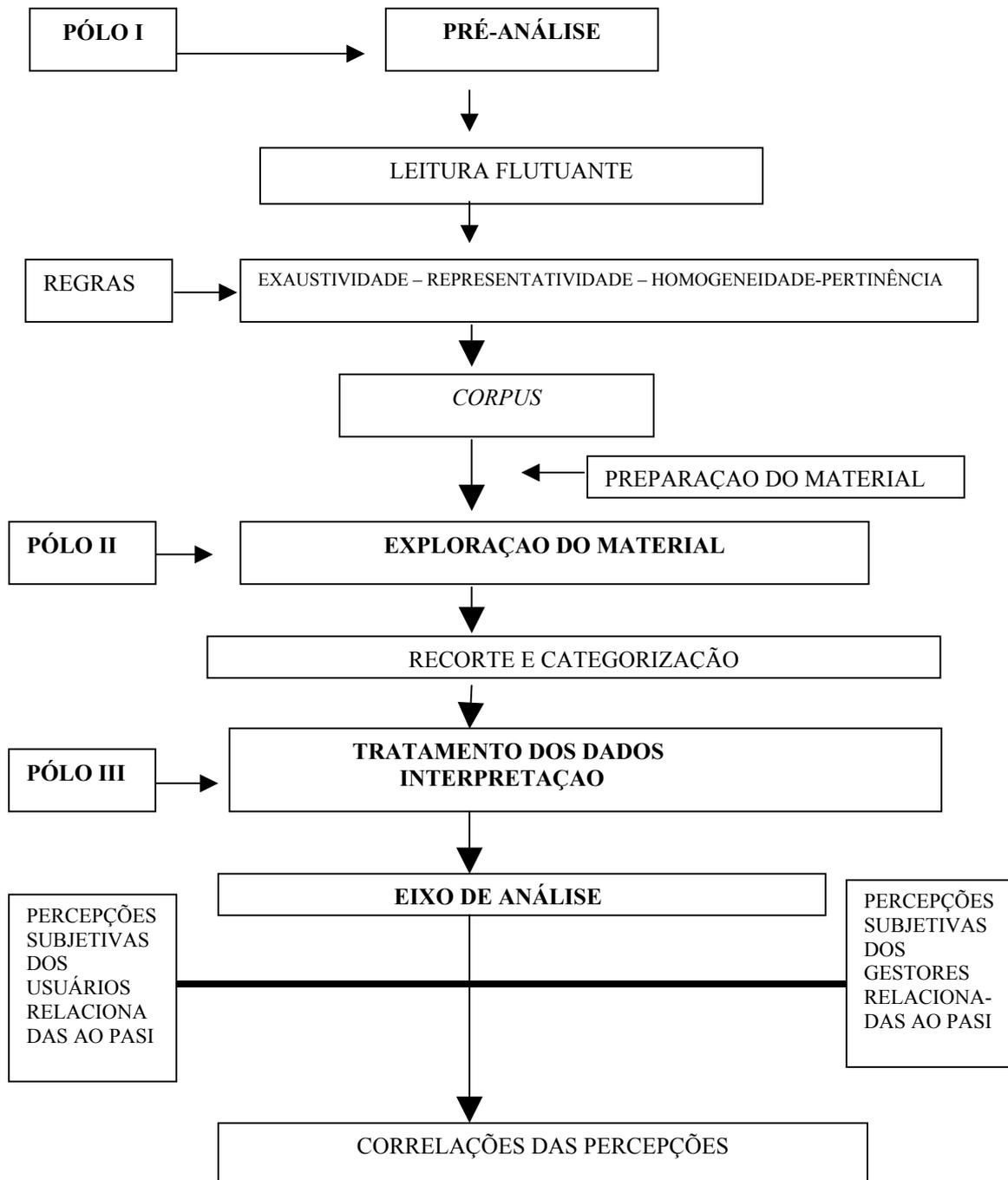
CATEGORIA 3 – Assistência Integral. Corresponde a forma como no nível ambulatorial é realizada a assistência integral (bio – psico – sócio – cultural – espiritual) do idoso. Abrange o conjunto de duas subcategorias programas e parcerias.

CATEGORIA 4 – Análises dos Serviços. Aborda como o gestor analisa os serviços oferecidos pelo Programa de Atenção à Saúde do Idoso na própria unidade de saúde. Compreende o conjunto de três subcategorias, nas quais as unidades temáticas se referem a programas, capacitação e infra-estrutura.

MINAYO (1993), ao apresentar a proposta teórico-metodológica para abordagem qualitativa das relações sociais no campo da saúde, cita, principalmente BARDIN (1979), e diz que a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é *Análise de Conteúdo*. Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.

Na utilização da análise de conteúdo, as entrevistas foram agrupadas em conjuntos categoriais, sendo as informações dos dados submetidas ao seguinte plano de organização e análise (Figura II).

FIGURA II – PLANO DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE



PERCEPÇÕES SUBJETIVAS DOS USUÁRIOS RELACIONADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: DESVELANDO OS RESULTADOS.

A pesquisa foi realizada com cinquenta e quatro sujeitos, de ambos os sexos, sendo quarenta e um do sexo feminino (76%) e treze do sexo masculino (24%), nas faixas etárias de sessenta a sessenta e nove anos (57,4%), de setenta a setenta e nove anos (35,2%) e oitenta a oitenta e nove anos (7,4%). Em relação ao estado civil, vinte e três são casado(a)s (42,6%), quinze são viúvo(a)s (27,8%), doze são solteiro(a)s (22,2%), três são separado(a)s (5,6%) e uma é desquitada (1,8%). O nível de escolaridade variou de analfabeto(a)s (27,8%), alfabetizado(a)s (20,4%), ensino fundamental incompleto (40,7%), ensino fundamental completo (3,7%), ensino médio completo (5,6%) e ensino superior completo (1,8%).

Em face desses resultados sociodemográficos, não se pode deixar de tecer algumas considerações: em relação a variável estado civil, observou-se que há predomínio do(a)s casado(a)s em receber assistência pelo PASI. As pessoas casadas estão adoecendo mais? Quais os fatores que levam os casados a procurarem assistência no PASI? Quanto ao item escolarização, os achados de 27,8% de analfabetos corroboram com os estudos de ROMERO (2002) que diz que o analfabetismo é um fator de risco para o idoso declarar-se doente. Enfim, poderíamos questionar cada dado sociodemográfico, chegando à conclusão de que esses resultados são fatores importantes para verificar-se a associação destes com o estado de saúde, assim como sua relação com as políticas públicas do nosso país, por exemplo a de educação, pois ainda se percebe um percentual elevado de analfabetismo na população brasileira.

CONHECENDO O PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Para uma melhor compreensão do conhecimento que os usuários têm do Programa de Atenção à Saúde do Idoso, em nível ambulatorial, destacaram-se as quatro subcategorias: *programas assistenciais*, *atendimento prioritário*, *atividades extramuros* e *desconhecimento*.

PROGRAMAS ASSISTENCIAIS

Uma das primeiras preocupações para atingirmos os objetivos do presente estudo foi saber junto aos idosos usuários quais os seus conhecimentos sobre o PASI, por entendermos que é fundamental para eles conhecerem o programa assistencial em que estão inscritos e poderem usufruir os benefícios oferecidos. Esta temática retrata esse conhecimento que correspondeu ao oferecimento de consultas (médica, enfermagem e serviço social), complemento alimentar e dispensação de medicamentos.

As políticas públicas de saúde destinadas aos idosos, preconizadas pelo Ministério da Saúde, estabelecem princípios e diretrizes que asseguram seus direitos sociais. Em nível municipal, garantir a assistência à saúde do idoso nos vários níveis de atendimento, no sentido de promover, prevenir e recuperar a saúde é de competência da Secretaria Municipal de Saúde, que por intermédio de suas Unidades de Saúde ampliam e fortalecem os programas destinados aos idosos (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2001).

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso, a consulta *geriátrica* fundamenta-se na coleta e no registro de informações que possam orientar o diagnóstico a partir de caracterização de problemas e o tratamento adequado, com a utilização rotineira de escalas de rastreamento para depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o correto encaminhamento para a equipe multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 1999).

O oferecimento de consultas médicas, enfermagem e serviço social constituem a base de atendimento ao idoso nas Unidades Básicas de Saúde (Figura I) onde está implantado o PASI, verificando-se, dessa forma, que o Programa possui uma equipe nuclear. Em algumas unidades pesquisadas essa equipe é ampliada contando com o

serviço de odontologia e psicologia, esse na forma de voluntariado e exames laboratoriais.

A oferta de consultas médicas, de enfermagem e serviço social pelas Unidades Básicas de Saúde para atender suas necessidades de saúde foi comunicada pelos usuários *Ivanisa*, *Taty* e *Ernesto*, respectivamente, começando pelas consultas médicas:

“...eu consulto com a Dra. ..., e sempre ela me ajuda, me dá o remédio daqui e eu me sinto bem, graças a Deus”.

“...nós temos médicos, quando a gente tá doente, somos bem atendidos, eu não tenho queixa nesta parte”.

“...e atendimento médico, os médicos são bons, já são tudo amigos, porque eu já sou conhecido”.

As falas dos idosos sinalizam que a consulta médica extrapola uma relação mais que terapêutica, ou seja, transprofissional, de ajuda, de reconhecimento do trabalho profissional do médico, de amizade.

No tocante à enfermagem, a categoria conhecida em relação ao PASI e seus recursos humanos traduz nas falas dos idosos usuários uma relação proxêmica, de cuidado humanizado, interação idoso-profissional, como tão bem relatam:

“...as enfermeiras daqui atendem todo mundo bem, onde a gente é atendido bem mesmo” (*Eduardo*)

“...quando chego lá, sou até conhecida, as enfermeiras de lá tudo já me conhecem, elas às vezes não permitem que eu fique sentada, já me levam logo para uma cama” (*Francisca*)

“as enfermeiras atendem bem a gente, facilitam tudo de bom para gente, porque antes era de madrugada, esperando ficha, agora não” (*Inocência*).

Ao expressarem o que conhecem do trabalho da assistente social junto ao PASI, a relação de ajuda e confiança extrapola o âmbito da unidade de saúde para envolver membros da família, ao falarem “atende bem a gente”, “ajudando a gente”, como nas palavras de:

“...porque a assistente social aqui atende a gente bem” (*Domingos*),

“...a assistente social tem sido muito boa pra mim e pra meu marido” (*Jacira*),

“...este programa que tem ajudado a gente bastante, este posto é muito bom, sou bem atendido, a assistente social é muito boa com a gente” (*Zuldenor*).

Das falas uma a uma podemos inferir que a Rede Básica de Saúde constitui-se na porta de entrada do sistema de saúde para consultas, pronto atendimento e urgência/emergência, na qual são ofertadas ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, mas, também, de uma relação mútua entre idoso e equipe de saúde.

O recebimento de complemento alimentar foi evidenciado nas de falas de *Jacira*, *Eliene* e *Ivanisa*, respectivamente:

“...que eu recebi rancho e é tudo bom”

“...porque eu sou até programada no mantimento de lá, sempre nós pegamos o ranchinho, esse mês nós ainda não pegamos porque parece que ainda não chegou”

“...tem agora aquela complementação de alimentos que eles dão, hoje vou ver se tem ou não”.

Os idosos inscritos no PASI quando detectados estados de desnutrição são orientados para se cadastrarem no Programa de Combate às Carências Nutricionais – PCCN, a fim de receberem a Complementação Alimentar (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002b). Segundo PEREIRA & CERVATO (1996), o envelhecimento produz mudanças fisiológicas importantes que afetam as necessidades de certos nutrientes.

A necessidade do uso de medicamentos é transmitida pelos idosos usuários:

“a gente vai ao médico todos os meses; é marcada a consulta e dão o remédio para a gente, só não dão quando não tem mesmo” (*Clarinda*)

“...eu sou bem atendida, remédio que tem mais é para minha pressão, eu sofro de pressão alta” (*Nancy*)

“...pelo menos para mim, para minha saúde, pelo menos eu deixei de comprar meu remédio que tava 35 reais a caixa, agradeço muito a Deus, o remédio que eu tiro e os médicos, tudo de graça, pra mim foi ótimo, minha saúde melhorou muito, graças a Deus, até agora não tenho o que dizer” (*Marta*).

Esses depoimentos retratam a amplitude dos fatores que envolvem para ter-se boas condições de saúde. Fica patente que os fatores socioeconômicos desfavoráveis têm peso negativo no estado de saúde das pessoas. Grande parcela de idosos recebe uma aposentadoria com menos de dois salários mínimos, o que dificulta atender de forma satisfatória suas necessidades básicas. A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios – PNAD/98 relacionada à população idosa espelha essa triste realidade (IBGE, 2000).

Não podemos esquecer que uma parcela significativa de idosos desenvolve, ao longo da vida, doenças crônicas, necessitando, portanto, de uso contínuo de remédio, o que implica longos períodos de utilização de serviços de saúde (SIQUEIRA *et al.*, 2002).

O Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde trabalha com a vertente de cesta básica de medicamentos, para garantia de medicamentos adequados de uso contínuo para situações comuns na terceira idade (diabetes, hipertensão arterial, Parkinson). Na atenção básica de Controle da Hipertensão e Controle da Diabetes Mellitus o tratamento dos casos tem assegurado o fornecimento de medicamentos (Brasil, 2001b).

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO

Esta manifestação pelos usuários foi marcante. As expressões dos próprios usuários retratam o vivenciado:

“Eu acho que é isso, o idoso sempre tem esse direito de ter a prioridade de passar na frente, tem mais direito que os jovens, os jovens têm direito de esperar, o idoso não” (*Antonietta*),

“...precisava sair de madrugada, agora não, agora a hora que a gente chega lá o idoso é bem atendido, qualquer repartição; nós tamos tendo esse privilégio em qualquer repartição que a gente vai, nós somos as primeiras” (*Lindalva*),

“tudo de bom, sou bem atendida, olha os idosos: são os primeiros a ser atendidos, tem a fila de jovem, mas os idosos são os primeiros atendidos e bem atendido” (*Inocência*).

Os idosos têm prioridade de serem os primeiros da fila, embora se tenha observado que alguns chegam muito cedo nas unidades – as fichas são distribuídas às 8 horas, mas a partir das 6:30 horas começam a chegar. Esse comportamento constitui um hábito cultural? Ou os idosos ainda não internalizaram esse direito? O art. 1.º, item VIII do Decreto n.º 5.482/2001, relata: priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços e o art. 5.º, item II, do referido decreto reforça: assegurar que as atividades desenvolvidas pela Política Municipal do Idoso garantam à pessoa idosa o atendimento priorizado nas redes de serviços público e privado, por meio de articulação e sensibilização dos órgãos afins (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2001).

Porém, esta prioridade não é usufruída por todos os usuários, conforme as falas de *Gláucio*, *Eliene* e *Domingos*, respectivamente:

“Bom! sobre a atenção, tem horas que o idoso sofre, fica horas e horas nessa fila, diz que vem pegar uma consulta, uma ficha e não pega, aí deixa de manhã, e de manhã fica para tarde, da tarde fica para amanhã, e a gente passando até mal e sofre um pouco”

“...não é muito bom, nem muito ruim, porque pelo menos eu chego lá é difícil pegar ficha”

“...às vezes a gente é até barrado na porta porque não querem atender, eu pelo menos me sinto muito doente”.

Diante desse paradoxo torna-se premente reforçar as articulações intersetoriais para que os princípios de universalidade e igualdade do SUS sejam respeitados. Por outro lado, entende-se que os usuários conviveram durante anos com uma rotina administrativa muito burocrática, que embora tenha havido mudanças de atendimento com o SUS, ainda continuam mantendo hábitos arraigados e quiçá subumanos.

ATIVIDADES EXTRAMUROS

Os fatores que envolvem o processo de envelhecimento têm sua magnitude que somente as instituições públicas não dariam conta de atendê-los. Para *Sandra*, pertencer a um grupo de terceira idade reflete qualitativamente em sua vida e ela se manifesta de maneira contagiante:

“eu to aqui freqüentando há 5 anos, eu acho que o nosso clube aqui são uns dos melhores, porque nós somos bem tratados, somos bem cuidados, todas elas dão bem atenção para nós, principalmente a nossa professora....., que é muito boa, que dá muito atenção para nós, todas nós gostamos muito dela, uma pessoa ótima, a é uma pessoa que também nos dá muito bem, dá atenção para gente, e nós gostamos muito dela, a é uma pessoa maravilhosa, uma pessoa muito boa, muito atenciosa para todas nós, eu falo por mim e pelas minhas colegas, elas todas foram muito boas para nós, elas dão atenção, nós temos nossos direitos de passear, nós temos direito de viajar, nós vamos a banho, eu me sinto muito bem onde estou e tendo minha saúde eu vou ficar aqui até quando Deus quiser”.

Além das atividades internas do PASI, este Programa mantém atividades externas (extramuros) em parcerias com outras instituições e grupos de terceira idade da comunidade, área adstrita à unidade. Ressalta-se que há grupos de terceira idade que funcionam na própria unidade, apesar das limitações das instalações físicas – o que

confunde o próprio gestor que atrela o PASI ao grupo de terceira idade, quando na realidade os objetivos destes são diferenciados, – para estimular as atividades socioculturais ou recreativas, tais como caminhada, natação, hidroginástica, prática de exercício físico, dança, festas temáticas e de confraternizações (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002).

Essas estratégias de ação não são um procedimento uniforme a todas as unidades onde o PASI está implantado e as razões são multifatoriais: equipe multiprofissional incompleta, falta de condução e material didático para as atividades que assim requerem, etc.

As atividades extramuros pelo PASI são valorizadas pelo idoso *Moisés*:

“...tem várias recreações esportivas e outros divertimentos que ajudam na saúde do idoso, porque nós não podemos ficar isolados, nós precisamos também de tá em contato com nossos irmãos, ou seja, jovens e idosos, estamos no mesmo barco”.

O depoimento de *Ida* enfatiza que a prática de alongamento é benéfica para o bem-estar, despertando sentimentos joviais:

“...eu me dei muito bem com esses alongamentos que eu tô fazendo, não vivo mais acamada, tô mais esperta, me considero mais jovem, porque esse alongamento foi muito bom acontecer isso”.

DESCONHECIMENTO

Este dado causou surpresa, uma vez que o PASI oferece ações e serviços que são necessários à saúde do idoso. O idoso que participou desta pesquisa teve como um dos critérios de inclusão estar cadastrado no Programa há mais de seis meses, tempo este considerado suficiente para ter um mínimo de conhecimento dos benefícios que está recebendo. As falas de alguns desses assim se expressaram:

“Eu não sei de nada. Toda vez que eu venho aqui sou bem atendido” (*France*)

“Eu não sei bem como é que é não” (*Dora*)

“Olha, eu não sei quase nada sobre isso” (*Carla*)

“Meu amor, eu vou te dizer uma coisa, essa parte eu não sei nem te responder como é que é essas coisas” (*Taty*)

“O que eu sei, é chato, né, que eu não tenho nem noção, eu acredito que seja muito bom” (*Carmem*)

“Eu tô por fora, tô meio por fora” (*Cleomar*)

“Eu não sei nem te dizer” (*Gabriela*).

Quais os fatores que levaram aos idosos expressarem que desconhecem o Programa destinado à sua faixa etária? Aqui se levantam algumas hipóteses: o nome? Programa de Atenção à Saúde do Idoso? A sua capacidade cognitiva? A falta de efetiva comunicação do que representa o PASI para a sua saúde? O idoso está recebendo tratamento como outras categorias de usuários? Não tem um diferencial no modelo de atenção? O PASI está cumprindo seus objetivos? Enfim, poderíamos elencar mais hipóteses porém, neste momento, são impossíveis as obtenções de respostas.

Entende-se que esse desconhecimento por parte do usuário precisa ser investigado. Por mais que a velhice traga limitações biopsicossociais, essa manifestação é muito estranha, uma vez que os sujeitos da pesquisa, até onde se observou, não apresentavam comprometimentos mentais.

RECONHECENDO A OFERTA ORGANIZADA

Esta categoria transmite por meio da ótica dos usuários o que lhes são oferecidos em termos de ações e serviços de saúde. De acordo com a Lei n.º 8.842/94, compete ao setor saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e ações direcionados à promoção, proteção e recuperação da saúde, para tanto estabelecerá os instrumentos necessários para o atingimento dessas finalidades.

A Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade, que para o seu alcance foram definidas as diretrizes essenciais para a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas.

Em Manaus, a Política Municipal do Idoso (Decreto n.º 5.482/2001) – área da Saúde, compete a SEMSA garantir a atenção integral à saúde do idoso. Como resultados desta categoria emergiram as seguintes unidades temáticas: *assistência médica, medicamentos, atividades extramuros e desconhecimento*.

ASSISTÊNCIA MÉDICA

Os dados estatísticos apontam que a população idosa utiliza-se mais dos serviços de saúde do que as outras faixas etárias, o que requer ações específicas que possam corresponder às demandas dos usuários.

Em algumas unidades de saúde, observou-se que quando os médicos que costumeiramente atendem os idosos entram de férias, há um decréscimo na frequência destes à unidade, é como que inconscientemente fosse “proibido” adoecer.

A garantia de uma assistência médica é comunicada por:

“...a programação é muito boa, tem muita assistência médica que dá prioridade aos idosos, acima de tudo os idosos estão sendo olhados com carinho” (*Moisés*)
 “Eu acho que muita coisa, porque em todo canto tem hospital, em todo canto atendem gente, só não tá podendo porque a população é enorme, mas eu acho que atendem, pelo menos eu tenho sido atendido, minha família, às vezes um medicamento, tem médico” (*Walter*)

“Eles têm oferecido oftalmologista, eu nem me lembro para citar tudo, o idoso não tem o que se queixar, é só ele procurar que encontra, nós temos o CAIMI todo dia que a gente precisar a gente vai lá” (*Ernesto*)

Tanto o município de Manaus como o Governo do Estado mantêm unidades de saúde que dão assistência médica à população idosa. Os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade – CAIMI da Colônia Oliveira Machado, da Cidade Nova e da Zona Oeste foram instituídos pelo Decreto n.º 22.740, de 20 de junho de 2002, e são Unidades Integrantes da rede de serviços da Secretaria de Estado da Saúde – SUSAM, que têm a finalidade de prestar assistência ao idoso, por meio de ações e serviços para o atendimento ambulatorial (GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS, 2002).

Como consta na Política Nacional de Saúde do Idoso, a consulta geriátrica constitui a base da assistência no âmbito ambulatorial. O oferecimento dessa consulta é confirmado por *Sandra*:

“Olha, eu não tenho o que falar porque esses postos do Educando, os médicos, as enfermeiras tratam a gente muito bem, aonde a gente vai é bem atendida, eu, principalmente, onde eu vou eu não tenho nada para falar, eu vou no CAIMI, eu sou bem recebida, aqui eu sou bem recebida, o Dr....., que é meu médico, então eu não tenho nada para falar”.

As percepções de *Rose* podem ser interpretadas pela ótica dos bons serviços de saúde prestados aos idosos:

“Muitas coisas boas órgãos de saúde dão, sobre qualquer doença que a gente tenha, vai lá que eles atendem muito bem a gente, os médicos, os funcionários também, eles dão muita atenção aos idosos, somos os primeiros a ser atendido do que os mais novos”.

Já as observações de *Zuldenor*, transmitem os múltiplos serviços ofertados:

“Rapaz, tem oferecido muita coisa boa, pelo menos é este posto que a gente precisa vir aqui se consultar, não paga, é uma grande vantagem, é bom demais pra gente, é uma grande facilidade, a gente não tem dinheiro, com uma consulta particular a gente não pode pagar, aqui é pra arrancar o dente, é pra tudo, é uma boa facilidade pra gente”.

De acordo com COSTA & PINTO (2002), a oferta de profissionais médicos com atuação na rede básica ainda é baixa no país. Se considerada a proposta do Ministério da Saúde que preconiza uma relação mínima de 0,8 médico/1.000 habitantes para médicos generalistas, entendendo-se nesse caso como “generalistas” aqueles que atuam nas quatro especialidades básicas da medicina (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia), a situação na oferta de médicos na atenção básica é precária, não importando a natureza do município.

Por outro lado, os serviços públicos voltados à população de baixa renda deverão preparar-se para atendimento especializado da população idosa, pois é no grupo de idosos de baixa renda que se concentram as pessoas de alta morbidade e de graves limitações de atividades físicas, que se não acompanhados por um trabalho preventivo das populações jovens, poderão atingir num futuro próximo dimensões surpreendentes altas (SAWYER *et al.*, 2002).

MEDICAMENTOS

Sabe-se que o idoso, devido às múltiplas queixas em relação à sua saúde, consome mais medicamentos se comparado a outras faixas etárias.

ROZENFELD (2003), citando HAAK (1989), diz que no Brasil estudos populacionais sobre o consumo de produtos farmacêuticos evidenciam o uso crescente com a idade. Nas falas dos usuários percebeu-se que os mesmos aderem sem obstáculos ao tratamento medicamentoso, o desejo de receberem medicamentos foi marcante.

O oferecimento de medicamentos nas unidades ambulatoriais pode ser percebido nas falas dos seguintes idosos usuários:

“Aqui em Manaus tem assistido muita coisa, muito mesmo, aqui quando eu tô com necessidade eles arrumam remédio para mim tomar, eles me ajudam na doença” (*Júnior*)

“...eles dão todos os remédios...” (*Yolanda*)

“...porque somos bem atendidos e nós temos remédios a hora que precisar” (*Inocência*)

“...até aqui é só esse remedinho que vem” (*Domingos*).

É notória que o quadro de morbidade característico da população idosa tem prevalência a doença crônica, o que eleva o consumo de fármacos. Parece-nos que a relação entre a idade elevada, doenças crônicas e consumo alto de medicamentos configuram-se também como um grande desafio para as autoridades de saúde pública. A questão merece ser estudada com muita atenção, visando o enfrentamento com propostas compatíveis com as reais necessidades da população idosa.

Os estudos de ROZENFELD (2003) tão bem confirmam essa realidade: o uso de medicamentos varia conforme a idade, o sexo, as condições de saúde e outros fatores de natureza social, econômica ou demográfica. Essa mesma autora reforça essa relação entre idade e uso de medicamentos citando BARDEL *et al.*, 2000: a idade é uma variável preditora do uso de medicamentos, e seu efeito se produz mesmo antes dos 60 anos, pois a chance de usar medicamentos aumenta desde a quarta década de vida.

A Norma Operacional Básica – SUS-1996, consolidada pela NOAS-2001, estabeleceu o Piso da Atenção Básica (PAB), que incentiva a adoção pelo município de programas prioritários de fortalecimento das ações básicas de saúde. O PAB possui uma parcela fixa para o financiamento de ações básicas em saúde, distribuída por base populacional, que não esgota os demais repasses para outros procedimentos ambulatoriais. A parte variável decorre da adoção pelo município de algum ou de todos os seguintes programas e ações prioritárias do Ministério da Saúde: Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários (PACS), *Assistência Farmacêutica Básica*; Incentivo às Ações de Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância Sanitária (VS) e Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (RIBEIRO *et al.*, 2001). Assim sendo, cremos que esta forma de financiamento contribui para elevar a eficiência das ações de saúde, no caso em questão a oferta de medicamentos.

ATIVIDADES EXTRAMUROS

A viabilização dos objetivos da Política Municipal do Idoso é disponibilizada pelas áreas de Promoção e Assistência Social, de Educação, Cultura, Esporte e Lazer, de Saúde e Justiça, de Trabalho, Previdência, Habilitação e Urbanismo (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2001).

Acredita-se que os idosos de Manaus contam com órgãos que garantam ações recreativas e culturais. O discurso de *Ciça* vem carregado de manifestações entusiásticas:

“é passeio, é brincadeira, é banho, é tudo que é de bom eles oferecem para nós, a gente que não quer ir é que não quer mesmo, a gente tem vontade de ir, só quando tá doente é que não vai”.

O depoimento de *Enyvar* expressa a necessidade de lazer e seu efeito positivo experienciado:

“eu preciso das brincadeiras, festas a gente vai para festa, muitas coisas por aí a gente é chamado, mas é muito bacana mesmo, desde quando começou eu tô aqui dentro dançando o tempo todo, graças a Deus”.

É de competência da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer: promover atividades culturais para idosos, na condição de público e/ou produtor; veicular informações que estimulem o acesso do idoso a eventos culturais (cinema, teatro, etc.); fomentar a continuidade e a identidade cultural dos idosos, fortalecendo a relação entre gerações, mediante a valorização do registro da memória e da transmissão de informações das atividades dos idosos à sociedade em geral; estimular a participação dos idosos em caminhadas e outras atividades físicas, visando à melhoria de sua qualidade de vida, resultando no envelhecimento com saúde e incentivar a criação de programas de lazer, esporte, turismo e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2001).

O oferecimento de atividades que extrapolam os muros das unidades recebe a confirmação por meio da fala de *Anastácia*:

“Tem oferecidos muitas coisas boas, agora tem o Parque do Idoso e tudo mais pra gente ir pra lá, tem diversão, tem piscina, tem tudo, só não vai lá quem não quer ir ou quem não pode ir, mas eu acho legal. Tá muito bom lá. Antigamente não era assim, hoje tá muito bom pro idoso, bom mesmo”.

O município de Manaus conta com o Parque Municipal do Idoso, instituído pelo Decreto n.º 6.857, de 11 de julho de 2003, vinculado à Fundação Dr. Thomas, órgão coordenador da Política Municipal do Idoso, que garante à população idosa ações que assegurem seus direitos sociais, promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Para tanto, na sua organização possui uma gerência operacional, assim estruturada: subgerência de atividades físicas: oficina de atividades de solo e oficina de atividades aquáticas, e subgerência de atividades sócio-educativas: oficina de

atividades pedagógicas, oficina de atividades artísticas, oficina do comportamento e oficina de eventos culturais e recreativos.

A oferta de atividades de lazer e culturais é reforçada por *Iracy*, *Marta* e *Iracema*, respectivamente, tendo reflexo no estado de saúde:

“Eles têm oferecido lazer para gente, muita festa, muito banho, passeio para gente, eu estou adorando esse lazer que eles tão oferecendo para gente”

“Ah! Muita coisa boa pra gente: ginástica, caminhada, banho, passeio e pelo menos a saúde melhorou 100%”

“Tem oferecido muitas coisas pra gente fazer: ginástica, passear, essas coisas todas”.

DESCONHECIMENTO

Mais uma vez este dado é surpreendente e causa inquietação. É sabido que os órgãos públicos, enfatizando o da saúde, apesar de algumas dificuldades, que são conjunturais, oferecem ações e serviços para beneficiar a saúde da população, pode não ser o idealizado – uma assistência de excelente qualidade – mas as ofertas existem.

As falas daqueles idosos que se expressaram, categoricamente, demonstram essa triste constatação:

“Até agora que eu saiba nada, não tem oferecido nada” (*Eliene*)

“Para mim até agora nada” (*Greice*)

“Para mim até agora nada, nadinha” (*France*)

“Até agora nada, aqui para mim nada, até agora nada, pode ter oferecido para alguns, mas aqui no nosso posto, não” (*Maurício*).

Entende-se que este achado merece uma investigação mais profunda para desvelar os significados e as representações simbólicas que os usuários fazem desse *desconhecimento*.

Constata-se com o depoimento de *Gláucio* atendimentos diferenciados apesar de as unidades de saúde serem todas da rede municipal. Qual é a forma de organização dos serviços que leva os usuários a perceberem essas desigualdades?

“No meu pouco pensar eu acho que quase nada, porque tudo é difícil para a gente ser atendido nesses postos de saúde, a gente tem que correr demais, tem que andar muito, sofre muito para poder pegar uma consulta”.

Os discursos que se seguem reforçam as percepções dos usuários e revelam a necessidade de reorganização dos serviços:

“Muito pouco, a saúde ainda tá muito decadente” (*Carla*)

“Eu não sei o que é” (*Carmem*)

“Pra mim nada, pra nós, quer dizer, pra nós dois nada, e tem o seguinte, nós somos até maltratados em ônibus porque tem uns que eles nem abre a porta” (*Nancy*)

“Mana, pelos menos aqui nesse posto eu acho que nada, é só isso mesmo, porque é o único posto que eu frequento mesmo é esse posto” (*Walqueline*)

“Pro idoso eu acho que nada, eles não têm oferecido nada” (*Jacira*).

Independente de uma possível investigação científica que se possa realizar no futuro sobre este resultado, acredita-se que uma intervenção em educação em saúde é eficaz para mudar o conhecimento contrário às práticas efetivas de saúde. A população idosa precisa ser informada dos fatores que envolvem o contexto das políticas públicas em saúde para que assim possa ser ativa e participante das causas que lhes dizem respeito.

Tendo um outro olhar sobre a emergência do *desconhecimento*, por ser auto-referido, pode ter sofrido influência da variável escolaridade, considerando que os usuários 27,8% são analfabetos e 20,4% são alfabetizados, representando 48,2% de baixíssima escolaridade.

PENETRANDO NA ACESSIBILIDADE PROFISSIONAL

O Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde do Brasil propõe que a equipe geriátrica básica, também chamada de nuclear, seja composta por médico, enfermeiro e por profissional da saúde mental, usualmente um assistente social. Esta equipe pode ser ampliada (terapeuta ocupacional, técnico em educação física, odontólogo, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, educador em saúde, fisiatra, sociólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, etc.), que vai receber influência de diversos fatores, como objetivos do Programa, local, características do paciente, disponibilidade de recursos humanos e qualificação dos mesmos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Nas falas dos sujeitos são enfatizados os atendimentos médicos, os quais não se restringiram apenas a rede municipal, mas também a rede estadual:

“Aqui que me atende é o Dr....., ele me atende qualquer hora, também passo em outro médico, mas muitas vezes é com ele” (*Walter*)

“Eu sempre passo pelo clínico geral e o cardiologista” (*Sandra*)

“Aqui neste posto tem o Dr....., tem a Dra....., tem a Dra....., que eu me lembre é só esses” (*Letícia*)

“...eu consigo pro CAIMI, lá a médica que me atende é a Dra.....” (*Taty*)

“Aqui eu fui bem recebida e lá no CAIMI eu fui bem recebida, em todo local eu fui bem recebida, eu passo por tudinho, agora eu vou passar de novo” (*Bela*).

Os idosos usuários também fizeram referência ao atendimento efetuado pelos profissionais do Programa Médico da Família, aqui em Manaus mais conhecido pela população como médico da casinha:

“Mais os médicos das casinhas porque a gente procura os médicos dos postos eles atendem bastante todo mundo, mas os médicos da casinha dão mais atenção aos idosos” (*Ernesto*)

“Quem atende é o Dr....., mas eu sou atendida na casinha é o Dr.....” (*Clarinda*).

Vários fenômenos estão associados à saúde do idoso, tendo, portanto, características multidisciplinares. JACOB FILHO & SITTA (1996) entendem ser praticamente obrigatória à atenção multidisciplinar a uma grande parcela dos indivíduos considerados idosos.

Na área médica o nosso país se ressentir de especialistas em geriatria suficientes para atender a demanda de idosos; o atendimento é realizado por médico clínico independente da formação específica. Segundo VERAS (2003), é evidente que excelentes médicos atendem idosos sem serem portadores da certificação da sociedade, mas a relação de 15 milhões (idosos) para 500 (médicos geriátricos) não pode ser desconsiderada. Na cidade de Manaus se tem notícia da existência de dois profissionais com formação em geriatria atuando na rede de saúde privada. Recentemente foi contratada uma geriatra pelo município.

A enfermagem é outra área do saber que tem relevância na interdisciplinaridade dada a heterogeneidade que envolve a saúde do idoso. Desse modo a assistência de enfermagem também é parte integrante das práticas que vão atender o idoso em suas necessidades de saúde, como transmitiram *Da Paz, Carla, Eduardo e Ernesto*, respectivamente:

“Tem uma enfermeira, ela é muito atenciosa, nunca me tratou mal, elas são pessoas muito boas para mim”

“...como você sabe, eu sou analfabeta, assino meu nome muito ruim, eu não sei nem te dizer, a enfermeira que me atendeu por enquanto”

“...e tem as enfermeiras, que eu quase não conheço por nome não, eu venho aqui quando eu tô doente”

“A gente procura mais as enfermeiras que são mais dadas com a gente”.

STEVENSON *et al.* (1997) abordam que a prática do cuidado de enfermagem gerontológica dirige-se, principalmente, em função de quatro metas: promoção da saúde, compensação dos déficits e incapacidades, promoção do conforto e apoio, facilitação do diagnóstico, tratamento, cuidado e conforto. Acrescentam que o processo do cuidar se baseia na metodologia do processo de enfermagem, tradicionalmente adotado como o instrumento do enfermeiro para praticar a enfermagem.

Um outro profissional que em face da especificidade formal contribui na assistência à saúde do idoso é o assistente social. A atuação dessa categoria foi transmitida pelos seguintes idosos usuários:

“Bom, aqui quem sempre me atende é a assistente social, uma magrinha, não sei o nome dela” (*Etelma*)

“Olha, os profissionais é a assistente social, ela faz a parte do encaminhamento...” (*Otilia*)

“...eu já passei pela assistente social, para mim tem sido boa” (*Sandra*)

“...ele pegou o exame e jogou assim e olhe, vai fazer sua ficha lá com a assistente social porque a senhora tá com diabete” (*Inocência*).

Diante da concepção de que o ser humano abrange várias dimensões, o idoso também tem sua história social registrada por este profissional. Em todas as unidades de saúde pesquisadas essa categoria compõe a equipe e em cinco delas são os gestores do PASI. Tanto a Política Nacional do idoso (Lei n.º 8.842/94) como a Política Municipal do Idoso (Decreto n.º 5.482/01) constam na área da Assistência Social para implantação/implementação das ações de saúde do idoso.

A menção de outros profissionais de saúde nos discursos abaixo leva-nos a inferir que as autoridades de saúde procuram ter ações resolutivas nos problemas dos idosos, embora se saiba que essa resolutividade não corresponde à totalidade das necessidades e nem satisfaça plenamente os usuários:

“Eu chego lá, o agente de saúde da minha rua, ela é uma pessoa muito atenciosa, ela vai na minha casa se eu tiver uma receita, eu digo que não tenho, não consegui o remédio no posto e vai com a enfermeira, pega o remédio e vai levar para mim” (*Antonieta*)

“...e para fazer o exame de verme é o.....” (*Etelma*)

“A gente é atendido no CAIMI, tem médico, enfermeira, passa pelo serviço social, odontologia, também tem nutricionista, tem psicólogo” (*Moisés*)

“Agora o atendimento das moças que pesa, tira pressão” (*Iracy*)

“Olha, é o dentista no tempo que eu coloquei minha chapa....” (*Claudete*)

“Olha, pelos menos aqui clínico geral, dentista, exames de urina, fezes, sangue, muitos outros” (*José Luis*).

Dando ênfase ao papel que o agente comunitário de saúde presta na atenção básica da população, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ao ter seu objetivo ampliado, por volta de 1993, incorporou-os ao Sistema Único de Saúde, profissionalizados em auxiliares de enfermagem, com a finalidade de desenvolver ações básicas de saúde; identificar os fatores determinantes do processo saúde-doença;

desencadear ações de promoção de saúde e prevenção da doença; funcionar como elo de ligação entre a população e os serviços de saúde, contribuindo, assim, com a comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar da sua própria saúde (PAIM, 1999).

Dessa forma, oportuniza ao cidadão idoso categorizado como dependente e com dificuldade de locomoção possa ter assegurado o atendimento em domicílio. E não é sem razão que os participantes da 11.^a Conferência Nacional de Saúde – CNS, realizada em 2000, em Brasília, deliberaram a proposta de que o Programa Saúde da Família e os Agentes Comunitários da Saúde podem ser uma das estratégias adotadas para a estruturação de sistema municipais de saúde, funcionando, nestes casos, como principal porta de entrada do sistema, articulada com os demais níveis de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Enfim, cada profissional que atua no atendimento ao idoso, dentro de sua especificidade, contribui para a integralidade da assistência. Destaca-se que a equipe básica (médico, enfermeiro e assistente social) é completa em todas as unidades de saúde, apenas em algumas unidades existem outras categorias profissionais, conforme citadas pelos usuários.

EXPRESSANDO AUTOPERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA

BEM ATENDIDO

Em face das particularidades das várias dimensões do idoso, é sabido que sua assistência não pode ser de outra forma a não ser diferenciada. O acolhimento humanizado por toda a equipe de saúde, respeitando as limitações biopsicossociais do idoso, é importante para a formação de vínculos terapêuticos.

Os resultados desta categoria envolvem manifestações de excelente acolhimento, reconhecimento de serem bem atendidos pelos profissionais de saúde, apesar de todas as dificuldades enfrentadas no serviço. Esses sentimentos de *bem atendidos* foram expressos quase que de forma unânime em todas as unidades de saúde.

O discurso de *Antonieta* traz esse conteúdo:

“Eles lá atendem muito bem porque a única doutora que atende clínico geral é a Dra., ela atende muito bem, muito atenciosa com todos os idosos, tem dias que é só para o idoso que ela atende e eu acho que está ótimo lá”.

Sendo corroborado pelos seguintes depoimentos:

“...me atende bem, a gente faz reunião aqui tudo bem, eu gosto daqui, sabe, essa reunião que ela faz com a gente, a gente vai passear por aí” (*Greice*)

“Bem, eu nunca fui tratado mal, eles sempre me atendem bem” (*Moisés*)

“Olha, eu ainda acho aqui melhor, porque pelo menos aqui a gente tem vez de passar pela frente dos novos, quando é no PAM a gente não tem” (*Otilia*)

“No meu conhecimento, os idosos são recebidos com muito carinho, muita dedicação e muito respeito, e acima de tudo atenção que é mais importante no atendimento do idoso” (*Taty*)

“Para mim eles prestam atenção muito bem, dão boa atenção, quando eu vou lá eles me atendem bem, normal, com delicadeza, com atenção, são muito bom essa assistência” (*Walter*)

“Eu sou muito bem atendida, eu sempre sou mais a preferida por causa da idade, quando a gente chega, eles cuidam logo de atender o idoso” (*Cláudia*)

“eu percebo muito bem, vai indo bem graças a Deus” (*Cleomar*)

“Muito bem, eles atendem bem a gente” (*Ademir*)

“Aqui? Eles trata bem a gente. Que a gente vem, chega aqui, procura eles, eles passam remédio pra gente tomar pra saúde da gente, graças a Deus” (*Iracema*)

“Bem, aqui é muito bem tratado os idosos aqui, tem a reunião, vão no médico, as meninas passam na minha casa, sou muito bem recebida, me dou muito bem com elas, os médicos, tudo bem” (*Etelma*).

Se levarmos em conta somente este resultado, a relação que se estabeleceu entre usuário/serviço de saúde é de grande satisfação. A satisfação do usuário pode ser entendida como um precioso instrumento para avaliar-se a qualidade da assistência prestada.

COSTA & MAEDA (2001), citando CAMPOS (1997), diz que 80% dos problemas de saúde no nível de atenção primária podem ser resolvidos atribuindo-se à Rede Básica as funções de acolhimento, assistência e vigilância à saúde. Na função acolhimento, a Rede Básica atende a todas as intercorrências que chegam aos serviços, resgata a função de porta de entrada do sistema e realiza assistência com vistas a restituir a capacidade da saúde coletiva.

BUSCANDO A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A Política Municipal do Idoso (Decreto n.º 5.482/2001), na área da saúde, preconiza que a atenção integral à saúde do idoso é garantida por intermédio de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Por mais que os órgãos de saúde busquem a atenção integral, sabemos que existem limitações para alcançar a totalidade do planejamento, cujas limitações recebem influências de vários fatores, como escassez de recursos materiais e humanos.

Os usuários, ao serem questionados sobre a consideração que falta para uma melhor assistência à saúde – CATEGORIA 5, expressaram-se na necessidade de mais *médicos, remédio e complemento alimentar*.

MÉDICOS

A questão de recursos humanos especializados para atender os múltiplos fatores que envolvem o processo do envelhecimento é um dos grandes desafios a serem enfrentados pelas autoridades de saúde pública de nosso país.

As doenças crônicas que predominam nos idosos requerem acompanhamento médico contínuo, daí essa faixa etária consumir mais os serviços de saúde.

O depoimento de *Ivanisa* é permeado por uma queixa que retrata sua condição de saúde e a necessidade de mais médicos e ajuda para remédio:

“Olha, o que a gente gostaria, como eu tava falando um tempo desse sobre essas políticas, eu gostaria de ter mais médico para atender a gente e que pudesse ajudar no remédio, na medicação, eu, o único remédio que eu não compro é Poponanol, mas os outros eu compro, porque eu tenho problema de ácido úrico, eu compro o remédio e um tempo desse eu tava com problema na cabeça, tinha tontura, o médico disse que era labirintite, eu também comprei remédio caríssimo, pro colesterol eu compro remédio de 90 reais pra tomar, porque mesmo com dieta não baixa meu colesterol, é muito rebelde”.

A preocupação por mais médicos pode ser claramente percebida nas falas dos idosos. E entende-se que essas manifestações são frutos do que é vivenciado no cotidiano ao buscar ajuda para as suas mazelas, para minimização de seus problemas de saúde, retornam ao lar sem ter solucionado a sua questão de saúde. Os seguintes discursos não deixam dúvidas:

“A ampliação do ambulatório, mais médico, mais enfermeiro, mais funcionário para atender a clientela, porque geralmente a situação de profissionais, eles são carente de emprego e outro que também causa preocupação é o atendimento, porque a clientela aumentou muito em Manaus, muitos doentes estão sentindo essa falta de atendimento no posto de saúde, até mesmo nos hospitais que a gente vê, os hospitais superlotados devido não ter um conforto ideal para atender toda demanda e fica aquela fila enorme no corredor, nas macas, sem atendimento, esperando a vez, o nosso governo deve olhar com mais carinho e olhar para que nós devemos ter um atendimento melhor” (*Moises*)

“Aqui tem que vir mais outro médico, porque só é ele, às vezes ele adoece e não dá para vir, mas para mim, em primeiro lugar, é o doutor Mário. Eu sou cardíaco, então, quando eu me sinto mal, ele passa um remédio, e graças a Deus, eu tomo um tipo de uma pílula, aí eu venho com ele e é batata, quando não tem remédio eu vou em outro canto, compro, para mim vai muito bem” (*Sandra*)

“Eu acho que ter mais médicos assim para consultar as pessoas, porque às vezes é muita gente e pouco médico, aqui na cidade de Manaus, são muita gente, às vezes a gente chega no posto, são muita gente, se chegar tarde não pega mais” (*Rose*)

“Tá faltando médico, vir outro, sempre assim e a pessoa chega aqui e eles atenderam muito bem a gente, até agora eles têm atendido sempre quando eu preciso, eles têm me atendido muito bem” (*Nancy*)

“Eu acho que para melhorar a assistência médica era mais médico ver quando a gente chega e às vezes não tem médico, mas sempre que a Dra. está, eles atendem, às vezes quando não tem a gente volta sem ser atendido. Sei que às vezes que venho aqui não é bem atendida por causa de médico, marca pra vim outro dia e a gente vem, que eu vem” (*Marta*).

De acordo com VERAS (2002), com o aumento na expectativa de vida, sobretudo para as mulheres, a população está vivendo mais; no entanto, devido às carências de serviços e instalações adequados ao cuidado de idosos, não é apenas a vida que se prolonga, mas, também, o período de incapacidade e dependência.

REMÉDIOS

A necessidade de receber medicamentos foi transmitida por *Antonieta*:

“Remédios, que às vezes a gente está doente, procura um remédio e não encontra, porque agora no posto, a Dra..... passou um remédio para mim, para o problema de sinusite para mim colocar no nariz e não tinha esse remédio; então só consegui o remédio da pressão com a agente de saúde...”

Se o idoso crê que o uso de medicação alopática é benéfico para sua saúde, por que não reeducá-lo para a utilização também de medicação homeopática ou fitoterápica, hoje, reconhecidamente válidas suas eficácias, ampliando-se assim as alternativas de cura, com custo menos elevado?

A dependência de buscar remédios das unidades de saúde é evidenciada nos depoimentos a seguir:

“Eu acho que é medicamento que às vezes a gente vai atrás e nunca tem, se tem um falta outro, nunca a gente recebe aquele medicamento completo, acho que o que tá faltando é isso, medicamento, porque sempre falta e a gente não tem dinheiro para comprar, aí a gente fica sem tomar o remédio porque não tem condições, é isso que preciso, só” (*Da Paz*)

“Tem às vezes, a gente anda atrás de remédio que eles passam, não tem, se a pessoa puder comprar, porque senão fica, corre para um lado, corre para outro, a coisa é mais assim difícil que tá ocorrendo, não todas às vezes, mas sempre falta remédio...” (*Taty*)

“Remédio, remédio, falta, falta, falta, a gente procura aqui não tem, ali não tem, a gente corre, fica sem tomar o remédio” (*Milena*)

“Eu acho que falta mais remédio para os idosos, a gente vai não tem, sei que eu ando com meu pé todo lascado, partido e não tem, é preciso comprar e eu não tenho dinheiro” (*Cláudia*).

COMPLEMENTO ALIMENTAR

O Complemento Alimentar faz parte do Programa de Incentivo às Ações de Combate às Carências Nutricionais.

Como o próprio nome, trata-se de um complemento alimentar, mas nos discursos dos idosos ecoa como se fosse uma cesta básica de alimentação. As falas de *Eliene* causam indignação ao constatar-se que o idoso, após anos de existência, passa por essa situação deplorável:

“Maninha, é a alimentação para gente, porque o medicamento a hora que nós precisa tem, aí o negócio é alimento, porque a alimentação que dão aí é só aquele feijão duro que passa 2 dias para amolecer, o arroz tem mais bicho do que outra coisa, todo quebradinho, não presta nem para a gente comer, só o que é bom daí é o fubá e o açúcar”.

O clamor por esse benefício espelha a triste realidade socioeconômica vivida pela população de baixa renda. Até quando vamos presenciar tanto sofrimento? Urge que medidas sejam tomadas; as autoridades das diversas áreas precisam somar esforços para amenizar essa situação com características subumanas.

Os depoimentos de *Yolanda e Claudete*, reivindicam complemento alimentar:

“Mana, eu não sei nem o que falta. Eu acho que só alimentação que eu falei, eu acho que é a alimentação pros idosos, porque o atendimento médico é bom, a medição do peso, da pressão são muito bom, muito especial, pra mim não tenho que dizer não, só mesmo a alimentação, leite, uma vitamina, uma coisa pros idosos, eu acho que só isso”

“Acho que falta mais médico, mais alimentação que o Dr. dá para gente, a gente vem para cá sem tomar nada, a gente fica até tarde do dia”.

Se a melhoria da assistência se voltasse exclusivamente para estes três pontos – médicos, remédios e complemento alimentar, as demais ações oferecidas estão satisfazendo plenamente? Quais as razões de esquecerem, por exemplo, a promoção da saúde e a prevenção? Foram reducionistas em suas prioridades de saúde? O conhecimento das ações de promoção da saúde e prevenção ainda não foram internalizados? Estão presos ao modelo biomédico e a medicalização? O nível de escolarização exerceu influência para que reivindiquem apenas esses três componentes? Infelizmente não se têm respostas para essas indagações, neste momento.

Enfatizando um pouco a promoção da saúde e apesar dos diversos conceitos a ela relacionada, BUSS (2003) cita SUTHERLAND & FULTON (1992), falando que, modernamente, o que vem caracterizar a promoção da saúde é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro coletivo de cuidados de saúde.

Pelas declarações dos idosos, tem-se a impressão de que para melhorar a assistência à saúde é somente de inteira responsabilidade dos órgãos públicos, quando na realidade o usuário também tem enorme contribuição a dar. Um dos princípios da Política Nacional do Idoso é que o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através da referida política, então creio que cabe uma difusão mais eficaz das políticas públicas destinadas aos idosos para que assim possam ficar vigilantes e ajudar na sua aplicabilidade.

PERCEPÇÕES SUBJETIVAS DOS GESTORES RELACIONADAS AO PASI: DESVELANDO OS RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com oito gestores (100%), todos do sexo feminino, com idade entre 35 a 55 anos, com tempo de serviço variando entre 9 a 27 anos, assim distribuídos: dois enfermeiros, cinco assistentes sociais e um odontólogo, pertencentes às Unidades dos Distritos de Saúde Norte, Sul, Leste e Oeste.

Para proceder à análise crítica do Programa de Atenção à Saúde do Idoso, em nível ambulatorial, no município de Manaus, buscou-se também as percepções dos gestores, por serem estes os responsáveis diretos pela aplicação das políticas, tomando como base às políticas públicas de atenção ao idoso preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil e autores que se debruçam na temática em questão.

Na análise dos dados obtidos utilizaram-se os mesmos procedimentos empregados com os usuários, ou seja, a análise de conteúdo proposta por BARDIN (1977), por entender que esta obra dá o suporte teórico para sistematizar as percepções dos sujeitos da pesquisa.

Para um melhor entendimento do conhecimento que os gestores têm do Programa de Atenção à Saúde do Idoso, em nível ambulatorial, analisaram-se as falas sob a técnica da análise temática que, segundo MINAYO (1993), consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Com a finalidade de preservar o anonimato os gestores também receberam um pseudônimo.

CONHECENDO A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANOS DE SAÚDE

O Plano de Saúde – base das programações e atividades que serão desenvolvidas por nível de direção do Sistema Único de Saúde – é um dos requisitos que Estados e municípios devem apresentar como condição para o recebimento de recursos (gestão descentralizada de recursos), conforme estabelece a Lei n.º 8.142/90 (CARVALHO *et al.*, 2001).

A Secretaria Municipal de Saúde, no período de 1999 a 2003, elaborou 2 (dois) Planos Municipais de Saúde: triênio 1999-2001 e 2002-2003. Estes planos norteiam as programações anuais, contemplando a Caracterização Geral do Município, Análise da Situação de Saúde – onde são apresentados os indicadores epidemiológicos do Município, e Prioridades, Objetivos, Estratégias e Metas dos Parâmetros: Modelo de Gestão, Modelo de Atenção, Recursos Estratégicos e Financiamento (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 1999, 2002a).

Segundo o gestor *Armindá*, quando questionado sobre qual o conhecimento da política municipal de saúde para Manaus, quinquênio 2000-2005, respondeu:

“ampliação da rede municipal, criação do médico da família, implementação dos Conselhos Tutelares por zona, política voltada para o atendimento ao idoso, criação do Parque Municipal do Idoso e a municipalização que finalmente vai acontecer”.

Quando o gestor *Armindá* fala da “criação do médico da família”. Este programa foi instituído na estrutura da SEMSA, por força da Lei n.º 531, de 3 de maio de 2000, com suas equipes de médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

No Plano Municipal de Saúde 2002-2003, consta que na assistência à saúde é prioridade ampliar e intensificar as ações de promoção e proteção à saúde na rede básica, tendo como estratégia principal o Programa Médico da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde na área urbana e rural. Neste mesmo plano consta a prioridade de implantação e implementação da assistência à saúde do idoso nas unidades de saúde do município de Manaus, utilizando a estratégia de promover, prevenir, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante medidas profiláticas, através do monitoramento das doenças degenerativas, decorrentes do envelhecimento, nos

aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ecológicos, bem como seus fatores de risco, para atingir metas de implementar ações em 16 Centros de Saúde, 06 AARs, 6 Centros de Referências e implantar ações em 35 Centros de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002b).

Para o gestor *Iraildes*, o conhecimento resumiu-se a:

“O município de Manaus promoveu em 99 uma oficina de trabalho que elaborou o Plano Integrado de Ação para desenvolver a Política do Idoso em Manaus. Apesar de ter participado nesta elaboração, infelizmente o material nunca chegou ao Centro de Saúde onde trabalho. Também participei da criação do Fórum e do Conselho Municipal do Idoso; o 1.º criado em 14/5/96 com objetivo de ser um órgão de articulação de organizações governamentais e não-governamentais empenhados na implementação da Política Municipal do Idoso, tratada até então amadoristicamente. Foi graças ao Fórum que o poder Executivo – Estadual e Municipal – formularam suas políticas em cumprimento da lei e foi criado o Programa de Atenção à Saúde do Idoso na rede básica tanto do Estado como do município. A criação do Parque do Idoso é outra exigência da Lei – Criação de Centros de Convivência – local destinado à permanência diurna do idoso, que terá atividades físicas, laboratoriais, recreativas, culturais e de educação e cidadania”.

Os gestores *Armanda* e *Iraildes* citam a criação do Parque Municipal do Idoso. Este parque foi instituído pelo Decreto n.º 6.857, de 11 de julho de 2003, subscrito pelo prefeito de Manaus, que tem a finalidade de atender as pessoas maiores de 60 anos de idade, oferecendo ações que asseguram seus direitos sociais, promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Outros gestores como *Carmelita*, *Josephina* e *Georgina* assim se manifestaram, respectivamente:

“...o que se lê na lei é muito bonito, a prática é muito diferente, podemos citar como exemplo o Programa que está sendo lançado pelo Ministério: “O Hiperdia”. A lei recomenda a atenção integrada à Saúde do Cidadão, o referido programa não inclui o nutricionista, peça fundamental para incentivar um balanceamento alimentar, como também o psicólogo que irá preparar esse pessoal para as diferentes fases da vida que está passando”.

“Pelo que tenho conhecimento, é um Programa que envolve todos os aspectos sociais, inserindo o idoso em todas as atividades dos projetos da Prefeitura. O idoso já tem um Centro próprio onde são desenvolvidas várias atividades lúdicas, de convivência social, atividade física, assistência médica, aposentadoria”.

“As políticas estão voltadas à atenção primária, diretamente *in locus*”.

Nesta categoria houve uma perda de não-respostas (37,5%), o que sugere uma reflexão por parte dos gestores, a fim de questionarem-se sobre o conhecimento das políticas públicas de saúde para que o planejamento e o gerenciamento das ações respondam com qualidade, integralidade e humanização.

AVERIGUANDO O FUNCIONAMENTO DO PASI

DESCRIÇÃO

Oportunizou-se a cada gestor fazer a descrição do funcionamento do PASI em sua Unidade de Saúde, relacionada à execução de ação e serviços de saúde, em nível ambulatorial.

O Programa de Atenção à Saúde do Idoso está referenciado à Coordenação de Assistência à Saúde, Núcleo de Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto, da Secretaria Municipal de Saúde.

O gestor *Arminda* descreveu:

“Iniciou um pequeno grupo (50 pessoas) no Centro de Saúde; numa segunda fase, passamos a utilizar a quadra da comunidade (liga desportiva); utilizamos para algumas atividades físicas a Escola ... (Hidroginástica); atividades físicas com supervisão de uma aluna do curso de Educação Física, de uma instituição de ensino particular, que é auxiliar de Enfermagem do Centro de Saúde; palestras com temas escolhidos: Idoso na família, hipertensão, diabetes e outras doenças, etc.; utilizamos a medicação da rede básica, para exames, o laboratório da Unidade de Saúde, os mais sofisticados (eletrocardiograma, raios X, etc.) são viabilizados pelo SUS; avaliação física quanto ao desenvolvimento das atividades; são feitos exames bimestrais, para condições físicas do idoso”.

Já o gestor *Iraildes* assim se pronunciou:

“O Centro de Saúde presta assistência e faz controle da saúde de 1.º nível como: atendimento médico, odontológico, laboratorial, assistência social, de enfermagem e todos os outros serviços auxiliares. O idoso usufrui todos os serviços oferecidos; tem prioridade no atendimento, participa das atividades desenvolvidas pelo Projeto Saúde na Terceira Idade – criado em 99 – que oferece: pré-agendamento para as consultas médicas; controle da hipertensão e diabetes com distribuição dos remédios; visitas domiciliares e acompanhamento dos idosos acamados, encaminhamentos internos e externos, orientações para aposentadoria e o benefício da prestação continuada, palestras educativas – educação e saúde com a equipe multiprofissional; reuniões mensais, distribuição de complemento alimentar para idosos desnutridos (10 produtos), eventos e passeios; parceria com o Clube de Mãe da comunidade onde os idosos praticam atividades físicas e são alfabetizados”.

A Política Municipal do Idoso tem por objetivo definir não só ações e estratégias, mas mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações que garantam os direitos sociais da população idosa do município de Manaus e assegurem a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, além de

outras definições explícitas para a garantia de seu objetivo. Para tanto, estabelece competências às áreas de Promoção e Assistência Social, de Educação, Cultura, Esporte e Lazer, de Saúde e Justiça, de Trabalho, Previdência, Habilitação e Urbanismo para garantir qualidade de vida às pessoas idosas (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2001).

Dando prosseguimento as descrições do PASI, o gestor *Emiliana* escreveu:

“Foi elaborado pela equipe de assistentes sociais desta Unidade o projeto de atendimento aos idosos, não só visando sua saúde, mas também estimulando-os em atividades socioculturais ou recreativas. Este projeto divide-se em duas partes: 1. Atividades Externas (à Unidade): visitas das assistentes sociais às instituições afins; atividades socioculturais e recreativas são realizadas com o SEST/SENAT, com a participação de 100 idosos inscritos no Grupo Bom Viver, os quais participam das seguintes atividades: caminhada, natação, hidroginástica, recreação (dança); participação na festa de confraternização realizada no SEST/SENAT e participação na festa em comemoração à Semana do Idoso. 2. Atividades Internas (na Unidade): abertura do Cartão do Idoso, agendamento de consultas médicas para todos aos sábados; agendamento de consultas odontológicas, acompanhamento de casos sociais, reunião mensal em grupo com o Serviço Social e direção da Unidade de Saúde, no sábado, são reservadas fichas para exames laboratoriais dos idosos, festa de confraternização com os idosos do PASI e participação e organização de cestas básicas ‘Natal Sem Fome’, encaminhamento para consultas especializadas externas, inscrição de idosos no Programa de Combate às Carências Nutricionais/PCCN, agendamento de consultas oftalmológicas e acompanhamento nos casos de cirurgia, realização de visitas domiciliares nos casos de intervenção que o Serviço Social faz o acompanhamento, em conjunto com o serviço de enfermagem, orientação nos casos de requerimento para benefício e aposentadorias, orientação aos familiares referente aos serviços do SOS-Funeral, atualização da vacinação (idosos retornam para 2.^a dose) e Campanha de Prevenção do Controle de Diabetes e Hipertensão Arterial”.

De forma sucinta, os gestores *Amélia*, *Carmelita*, *Josephina*, *Georgina* e *Rosely* descreveram, respectivamente, o funcionamento do PASI em suas Unidades de Saúde:

“Em 1.^o lugar, o idoso marca a consulta, passa pelo preparo e é encaminhado ao médico, queremos ressaltar que ele tem prioridade na marcação de consultas”

“Os serviços oferecidos pelo C.S. são de atenção básica, incluímos também o exercício físico (ginástica e a recreação), infelizmente a unidade não dispõe de serviços especializado e quando um idoso do grupo necessita, buscamos ajuda na terceira idade”

“Na nossa Unidade de Saúde, o idoso tem prioridade de atendimento, quando desnutrido, é beneficiado com o Suplemento Alimentar, participa de reuniões, eventos sociais”

“O programa está voltado a atender as necessidades com consultas agendadas e consultas médicas, verificação de peso e pressão arterial, despachação de medicamentos conforme receita”.

EXPLORANDO A ASSISTÊNCIA INTEGRAL

Dispõem de instrumentos jurídicos (Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde) que dão conta de assegurar a integralidade da assistência à população. A integralidade da assistência, segundo a lei orgânica da saúde, é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada um em todos os níveis de complexidade do sistema.

Especificamente em relação ao idoso temos a Política Nacional de Saúde do Idoso que enfoca questões essenciais da lei orgânica da saúde como preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, integralidade da assistência e uso da epidemiologia para a fixação de prioridades.

Ao setor de saúde é dada a responsabilidade de prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação de sua saúde. Os gestores de Manaus não se furtaram a isso. Em nível municipal tem-se a Política Municipal do Idoso que na área da saúde dá competência à Secretaria Municipal de Saúde para garantir a atenção integral à saúde do idoso.

Por intermédio dos gestores do PASI, procurou-se saber quais as ações e serviços que buscam garantir essa integralidade (bio – psico – sócio – cultural e espiritual), aparecendo *programas e parcerias*.

PROGRAMAS

O gestor *Emiliana* nos diz que, em sua Unidade de Saúde, os idosos integrantes do PASI recebem atendimento de:

“consulta médica – clínico geral (20 consultas; semanais); consulta odontológica (20 consultas/por mês); consulta oftalmológica (50 consultas mensais); exames laboratoriais, 40 vagas (sábados); atendimento psicológico (agendamento aos sábados); reunião mensal e atendimento de emergência, quando necessário, pois funcionamos 24 horas”.

Já o gestor *Iraildes* fez o seguinte desabafo:

“A Lei 8.842 assegura às pessoas a partir de 65 anos garantia de assistência à saúde, que não é apenas conseguir assistência médica – consultas, remédios, internações, ela está ligada a fatores como: trabalho, salários justos, moradia, educação, transporte e lazer que são direitos básicos e quando não são satisfeitos

comprometem o físico, o psicossócio, cultural e o espiritual do idoso. Infelizmente, mesmo com a existência do PNI, CNI e as leis de nível estadual e municipal em benefício do idoso, este segmento continua discriminado, marginalizado, suas necessidades básicas assim como seus direitos básicos não são cumpridos nas 3 esferas – União, Estado e Município. Manaus – claro, não foge a regra”.

Além das consultas médicas, enfermagem e serviço social que já fazem parte dos procedimentos de rotina do PASI, os idosos também são beneficiados com os seguintes eixos da atenção básica: Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle da Hipertensão, Controle da Diabetes Mellitus e Ações de Saúde Bucal, neste último não se pode esquecer que a cárie e a doença periodontal são as duas principais patologias de perda dos elementos dentários dos idosos.

Acrescem aos benefícios então citados, o Incentivo às Ações de Combate às Carências Nutricionais, Assistência Farmacêutica Básica e Programa Nacional de Imunização (contra influenza, infecções pneumocócicas e tétano-difteria) constituem um conjunto diversificado de ações que atuam no equilíbrio biológico do idoso. Segundo NETO *et al.* (2002), a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a utilização destes três tipos de vacinas.

Os gestores *Arminda, Carmelita, Georgina e Rosely* disseram, respectivamente:

“A avaliação mais importante é a grande participação do grupo em passeios, atividades, reuniões, festas, consultas, vacinas, etc.”

“...temos reuniões às sextas-feiras, onde são discutidas as medidas a serem tomadas ou programas e convites social”

“Dentro de suas necessidades é tentado resolver o biológico. No que se refere às demais atenções, têm ações para autovalorização e confiança”

“Através de reuniões semanais, onde são realizadas palestras e outras atividades educativas”.

Para o gestor *Josephina*, a realidade da Unidade de Saúde é esta:

“Nesse plano, o idoso não tem todas essas assistências. Na parte emocional, o idoso precisaria de uma equipe multiprofissional, e não temos essa equipe, nós interferimos nesse aspecto, ajudando-o a superar as dificuldades. Na parte espiritual, não interferimos, porque acho que cada pessoa tem a sua fé, sua crença”.

Dentro das dimensões que comportam o ser humano, a espiritualidade é fortemente valorizada na terceira idade, pois nesta fase naturalmente acontece mudança de valores e o idoso se volta para essa dimensão.

GOLDSTEIN & SOMMERHALDER (2002) dizem que espiritualidade também se refere a capacidade do indivíduo de ligar-se consigo mesmo, com as outras pessoas e com um ser superior; da capacidade para transcender a si mesmo, ao tempo e ao espaço e da atenção e do cuidado com as gerações mais jovens, com as pessoas em geral e com o mundo em que vive.

Os aspectos que compõem a totalidade do ser humano não dizem respeito somente ao indivíduo, atinge também o sociocultural. E a questão do envelhecimento da população brasileira é tão sério que mobiliza qualquer segmento da sociedade. A Campanha da Fraternidade-2003, com o tema “Fraternidade e Pessoas Idosas” e lema “Vida, Dignidade e Esperança”, busca também chamar a atenção do Governo e da sociedade para a grave situação dos idosos em nosso país (CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 2002).

Em face das observações dos gestores e por mais que se tenha ‘boa vontade’ para alcançar a integralidade da assistência, urge que ações e serviços sejam mais compatíveis com as necessidades dos idosos, dando condições para que as práticas de saúde tenham qualidade e resolutividade, conforme preconizam os instrumentos legais.

PARCERIAS

O envelhecimento da população brasileira não diz respeito apenas à instituição familiar. Extrapola este ambiente para alcançar as instituições públicas, estas entendidos Estados, as organizações não-governamentais e os diferentes segmentos sociais (BRASIL, 1999).

A mudança do perfil demográfico brasileiro atinge conseqüências sociais tão abrangentes que se torna necessário uma articulação permanente entre a família e as instituições públicas.

As Unidades de Saúde, infelizmente, ainda não se encontram organizadas para atender todas as dimensões que abrangem a questão do envelhecimento e também elas sozinhas não dariam conta de implementar todas as ações necessárias. Para superação das dificuldades são estabelecidas parcerias com outras instituições que também objetivam contribuir para a causa do idoso. Um esforço coletivo será benéfico para viabilizar o que preconizam as políticas públicas em todos os níveis de governo.

Quase todas as Unidades de Saúde mantêm parcerias com grupos e/ou centro comunitários e instituições.

Neste sentido, o gestor *Emiliana* diz que:

“atividades recreativas – parceria com o SEST/SENAT”.

Já o gestor *Carmelita* acrescentou:

“...quanto à cultural – temos freqüentes palestras com multiprofissionais médicos, juízes, enfermeiros, etc.)”.

O gestor *Arminda*:

“...mesmo no Parque do Idoso”.

O Parque Municipal do Idoso funciona nos moldes dos Centros de Convivência, competindo-lhe: viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, estimular a prática de atividades físicas, visando à manutenção e ampliação de sua independência e autonomia, oportunizar o convívio social e o aprimoramento pessoal por meio de atividades sócio-educativas, culturais, artísticas e de lazer; oferecer informações e desenvolver conhecimentos acerca do processo de envelhecimento, estimular atitudes e comportamentos voltados ao envelhecimento com qualidade de vida, promover a valorização, integração e participação do idoso na vida familiar e comunitária, desenvolver ações que favoreçam a construção e o pleno exercício da cidadania e garantir a qualidade na prestação dos serviços oferecidos.

Esse esforço das autoridades municipais na construção de um local que possa oferecer aos idosos atividades diversas que lhes ajudarão na manutenção de sua capacidade funcional, demonstra que os gestores estão conscientes de suas responsabilidades na defesa desse segmento populacional que infelizmente ainda enfrenta os preconceitos tão arraigados na nossa sociedade.

Estima-se que a partir das décadas de 60 e 70 começaram a surgir programas e serviços para darem respostas às demandas sociais relacionadas à terceira idade, sendo pioneiros o Serviço Social do Comércio (SESC) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), esta extinta. Essas iniciativas serviram de espelho para florescer outros como grupos e universidades da terceira idade.

No município de Manaus calcula-se um quantitativo de mais de 90 grupos de terceira idade voltados à atenção aos idosos, que oportuniza, por exemplo, vivências de atividades sistemáticas e manutenção de contatos sociais.

ANALISANDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

Além da assistência curativa, o oferecimento de serviços de promoção e prevenção da saúde, por intermédio de ações e programas de atenção básica à saúde são importantes para a melhoria da qualidade de vida da população.

A análise dos serviços sob a ótica dos gestores redonda no tripé *programas, capacitação e infra-estrutura*.

PROGRAMAS

O gestor *Josephina* faz a seguinte análise em relação aos serviços oferecidos:

“O atendimento é bom. Eles têm prioridade no atendimento médico, de enfermagem, de serviço social. Tem o Programa de Diabéticos e Hipertensos, Tuberculose e eles são muito bem atendidos, inclusive no Programa de Suplemento Alimentar”.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS-NOAS-SUS 01/02 trabalha com responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica, constituindo os 7 eixos: Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle da Hipertensão, Controle de Diabetes Mellitus, Ações de Saúde Bucal, Ações de Saúde da Criança e Ações de Saúde da Mulher, observando-se então que o idoso, nominalmente, não está incluso nos eixos, mas ele é beneficiado ao ser atendido nos cinco primeiros eixos assim como no Programa de Combate às Carências Nutricionais.

Apesar de o idoso do PASI receber benefícios de forma articulada com os outros programas de atenção básica e os financiados pelo Piso de Atenção Básica (PAB), os gestores reconhecem a necessidade de acréscimo de ações, como analisa o gestor *Rosely*:

“Considero bom, mas ainda precisamos implementar algumas ações”.

Já o gestor *Georgina* assim se manifestou:

“O programa possibilita o atendimento com consultas agendadas dentro da necessidade do cliente”.

Por outro lado, COSTA & MAEDA (2001) sustentam que a Rede Básica de Saúde tem respondido de modo pouco satisfatório às demandas e às necessidades da população, uma vez que se restringe ao nível de atenção do sistema que desenvolve ações voltadas para grupos marginalizados, utilizando-se de tecnologias simplificadas, gerando baixo impacto nos níveis de saúde.

Respeitando os pontos de vistas antagônicos, pode dizer-se que apesar das dificuldades enfrentadas, os gestores do PASI estão conseguindo prestar uma assistência que minimize o sofrimento do idoso.

Um outro aspecto, objeto de análise pelos gestores, foi o atendimento humanizado. As Unidades Básicas de Saúde por serem a porta de entrada do sistema de saúde devem proporcionar um acolhimento humanizado que é tão necessário para o estabelecimento de compromisso entre o profissional de saúde e o usuário.

O gestor *Amélia* assim afirmou:

“No meu ponto de vista, o idoso na nossa Unidade é tratado com todo respeito e carinho de que ele é merecedor, tanto no nível ambulatorial como na urgência”.

Neste sentido as observações de CARVALHO *et al.* (2002) são pertinentes, na expectativa de prestar e receber cuidados, profissionais e idosos deverão estar comprometidos, em uma verdadeira aliança, para que uma produção a dois possa criar um ambiente próprio a comunicações francas e autênticas em busca de respostas possíveis, evitando domínios individuais.

CAPACITAÇÃO

Na área de capacitação de recursos humanos evidencia-se um grande desafio a ser enfrentado para a consolidação da gestão de trabalho no SUS, uma vez que ao longo de sua trajetória, instrumentos e outros mecanismos foram elaborados sem no entanto serem efetivados.

Os gestores do PASI se ressentem de um serviço especializado, tem-se conhecimento de que algumas iniciativas já foram realizadas pelo município, porém

ainda insuficientes para atender o que a demanda exige. O gestor *Carmelita* expressou-se:

“Infelizmente a unidade não dispõe de serviços especializados e quando um idoso do grupo necessita, buscamos ajuda no grupo de terceira idade”.

Esta dificuldade vivenciada na rotina do serviço é corroborada pelo gestor *Armanda*:

“...e profissionais especializados em moléstias da terceira idade deixa muito a desejar”.

Reconhece-se que, até hoje, a política de recursos humanos para o SUS não conseguiu lograr êxito, apesar das inúmeras tentativas de efetivar-se uma política nacional para a gestão do trabalho do Sistema Único de Saúde. Sem desistir de enfrentar a magnitude do problema, o Ministério da Saúde (MS), por intermédio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), vem desde 1998 elaborando versões preliminares sobre Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS.

Em 2003, o MS-CNS já divulgou a 2.^a edição revista e atualizada dos Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS, que se constitui em mais um dos instrumentos produzidos a partir da participação da sociedade organizada para a consolidação do Sistema Único de Saúde, recolocando a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a).

Em relação aos profissionais que compõem a equipe de saúde para dar assistência à população idosa, torna-se premente investir na sua capacitação para que interdisciplinarmente façam intervenções adequadas no processo saúde-doença. Não se pode esquecer que esta equipe é quem faz a intermediação entre a unidade de saúde e o usuário, cabendo-lhe o papel de colher informações importantes para o planejamento das ações e serviços, estabelecendo prioridades, assim como reformulações das políticas.

A questão dos recursos humanos para atender à população idosa perpassa indiscutivelmente pelos órgãos formadores que ainda não possuem infra-estrutura para assumirem tamanha responsabilidade, ressalvadas algumas iniciativas públicas e particulares.

Segundo RODRIGUES & RAUTH (2002), se não houver recursos humanos treinados especialmente para atender os idosos, não haverá uma atenção integral, integrada, digna e eficaz.

Estes pontos vêm ao encontro das necessidades sentidas pelos gestores do PASI, o que reforça a urgência de capacitação dos profissionais que têm interface com a questão do envelhecimento para o enfrentamento desse desafio.

Como já falado, profissional capacitado para atender os usuários idosos configura-se como um dos grandes desafios. A própria Política Nacional de Saúde do Idoso assim dispõe: o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos constituem diretriz que perpassará todas as demais definidas nesta Política, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade adequadas, e cujo provimento é de responsabilidade das três esferas de governo (BRASIL, 1999). E essa própria lei atribui responsabilidades institucionais, cabendo aos gestores do SUS, dentro de suas competências, proverem os meios necessários, de forma articulada, para viabilizar o alcance do que se propõe a Política Nacional de Saúde do Idoso.

A componente capacitação de recursos humanos tem sua magnitude que merece atenção especial, sobretudo no tocante ao que define a Lei n.º 8.080/90, em seu art. 14, parágrafo único, respectivamente: deverão ser criadas Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissionais e superior, e cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde – SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação entre essas instituições.

Esta preocupação foi reforçada pelos Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS quando aborda que se considerando a necessidade de implementar-se o SUS, com base em novos modelos assistenciais e de gestão, é imprescindível que o modelo de educação permanente seja baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema, bem como nas atribuições e competências definidas para os diferentes trabalhadores do SUS e para as equipes de trabalho, conforme sua localização no Sistema de Saúde, que facilite uma interlocução permanente entre educação, trabalho e regulação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a).

Em seu Plano de Saúde 2002-2003, o município planejou como prioridade o desenvolvimento de recursos humanos, promovendo a qualificação técnica adequada à execução das ações e serviços de saúde, bem como o investimento na capacitação de profissionais nas unidades nas ações básicas de saúde que compõem os eixos

programáticos definidos pela NOAS-02/2002 e como esta não faz menção a Ações de Saúde do Idoso, sugere-se um repensar no planejamento das ações e serviços, a fim de que contemple os profissionais envolvidos na assistência à saúde do idoso.

INFRA-ESTRUTURA

Parte-se do entendimento de que epidemiologia, planejamento e organização constituem um tripé extremamente importante para avaliar as condições de saúde da população, para planejar e executar ações de saúde. Um sistema de serviços de saúde, ao ser submetido à análise, considera todos os seus componentes. A infra-estrutura é um desses componentes, formada por recursos físicos, materiais e humanos.

Na análise do gestor *Armanda*:

“De certa forma deficiente: por falta de espaço físico, falta de condução e material didático para atividades em que precisam se deslocar, não existem verbas voltadas para as atividades recreativas, assim como a medicação e profissionais especializados em moléstias da terceira idade, deixa muito a desejar”.

Apesar dessas deficiências de infra-estrutura os dados estatísticos das unidades pesquisadas demonstram que a população idosa busca a porta de entrada do sistema de saúde. Para um melhor entendimento e visualização, descreve-se o número de inscritos no PASI e a cobertura mensal de consultas (abril/2003), respectivamente, nessas unidades, as quais são identificadas numericamente: Unidade 1: 54 – 100; Unidade 2: 14 – 465; Unidade 3: 60 – 134; Unidade 4: 130 – 190; Unidade 5: 600 – 200; Unidade 6: 379 – 400; Unidade 7: 100 – 150; Unidade 8: 130 – 280; apenas na Unidade 5 houve diferencial menor na cobertura comparado ao número de inscrito, ou seja, 200 atendimentos para 600 inscritos.

Um dos princípios e diretrizes do SUS é a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência. Se os componentes capacidade física instalada, recursos humanos e materiais são insuficientes, refletem na disponibilidade de serviços oferecidos à população e a utilização que ela faz dos mesmos.

O sistema de serviços de saúde é constituído por um conjunto de elementos destinados a promover os cuidados de saúde necessários ao bem-estar da população. Formado por organizações, tecnologias, recursos materiais e humanos deve desenvolver ações sobre as pessoas e o ambiente. Essas ações, chamadas de serviços de saúde, representam o produto do sistema, passível de avaliação, pelo seu efeito na promoção da

saúde, na prevenção das doenças, no tratamento da saúde, no tratamento das afecções mais comuns e na melhoria do meio ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985).

O gestor *Iraildes* abordou com um outro olhar:

“Somos no C. Saúde o operacionalizador e não o gestor do Projeto de Atenção à Saúde do Idoso, seguimos as metas estabelecidas pela SEMSA, usando os recursos humanos e materiais de que dispomos e a nossa criatividade para garantir aos idosos que freqüentam o C. Saúde, ações e serviços de promoção, proteção, recuperação e prevenção objetivando que o idoso tenha melhor saúde possível no contexto em que vive. Também à melhor qualidade de vida possível”.

Nestes treze anos de implantação do SUS, percebe-se que houve avanços no que tange as políticas públicas, mas também se reconhece que novos desafios precisam ser enfrentados, principalmente se levarmos em conta o presente modelo econômico praticado em nosso país que acentua as desigualdades sociais, fazendo sofrer aqueles que se encontram em um extrato social inferior e esses são os que mais têm problemas de saúde. Preocupação para ajudar a reverter essa situação é também dever de todo gestor de saúde compromissado com o bem-estar da população.

No Plano de Saúde 2002-2003, do município de Manaus, incluiu no Modelo de Atenção à Saúde as seguintes prioridades de assistência à saúde, dentre outras: ampliação e intensificação das ações de promoção e proteção à saúde na rede básica, tendo como estratégia principal o Programa Médico da Família e Programa de Agente Comunitário de Saúde na área urbana e rural, reorganização dos serviços de apoio diagnóstico na rede básica e reestruturação do processo de coordenação e supervisão técnica no nível central e distrital, visando recuperar a capacidade operacional plena das Unidades Básicas de Saúde existentes.

Essas inclusões demonstram que pelo menos em nível de planejamento pensou-se na melhoria da assistência. Mas também é importante frisar que sem recursos financeiros suficientes não se podem realizar as mudanças percebidas como imprescindíveis. Há de ter-se articulações e estratégias políticas para sensibilizar as autoridades da área da saúde para as especificidades da cidade de Manaus.

CORRELACIONANDO AS PERCEPÇÕES

Como considerações finais, fazem-se as correlações das percepções dos usuários idosos e dos gestores do PASI, destacando as aproximações e pontuando os distanciamentos das ações e serviços de saúde ofertados pelo Programa de Atenção à Saúde do Idoso, em nível ambulatorial.

O fato de os idosos serem bem atendidos nas Unidades de Saúde configurou-se destaque especial, tanto usuários como gestores reconhecem que o atendimento é humanizado e acredita-se que pelo fato de os idosos terem prioridade no atendimento, reforçou a percepção de bem atendido. A humanização na atenção à saúde é uma questão que ainda não está resolvida no SUS, devido a multifatores. Para que essa barreira seja ultrapassada, precisa-se de conjugação de esforços dos poderes públicos e da sociedade civil organizada, cada um assumindo as suas responsabilidades, fazendo cumprir os princípios e diretrizes do SUS e só assim ele será fortalecido.

As consultas médicas, de enfermagem e serviço social são a base do atendimento do PASI. Dependendo da necessidade do usuário após as avaliações, os idosos são orientados e encaminhados para outros setores e/ou programas visando receber a assistência pertinente. Os usuários evidenciaram que nem sempre a consulta médica está disponível, o que vem confirmar a insuficiência desse profissional na Rede Básica de Saúde. O quadro torna-se desanimador quando se associa essa escassez de recursos humanos com a qualificação específica para as doenças características da terceira idade.

Se considerarmos os perfis demográfico e epidemiológico vindouros no cenário brasileiro, premente se torna a tomada de decisão por parte das autoridades sanitárias, a fim de que a implementação plena do SUS, tão almejada por todo cidadão e principalmente por aqueles que se encontram em condições financeiras desfavoráveis, não sofra solução de continuidade; já presenciamos avanços importantes, e não é justo e nem democrático um retrocesso.

Os resultados indicam que as ações de prevenção de agravos à saúde e detecção precoce dos problemas de saúde são efetuadas por intermédio dos Programas de Vacinação para Idosos, de Combate às Carências Nutricionais, Assistência Farmacêutica Básica e pelos eixos programáticos de atenção básica definidos pela NOAS-02/2002. As atividades sócio-educativas realizadas em parcerias também se somam a essas ações.

Devido às alterações no quadro de morbidade brasileiro, é expressiva a prevalência de doenças crônico-degenerativas em idosos, o que os leva a dependência de fármaco e essa variável ficou marcante nas falas dos usuários. As Unidades Básicas de Saúde nem sempre contemplam, satisfatoriamente, as necessidades de medicamentos, cujo tratamento são de longa duração. Sugere-se ao setor saúde reorganizar os serviços, adaptando-se à realidade de saúde dos usuários idosos para reverter a baixa resolutividade, uma vez que o uso de serviços de saúde nessa faixa etária é elevado, gerando um custo alto para o setor.

Para atender a integralidade da assistência à população idosa, somente o PASI não daria conta, daí a articulação entre programas e o estabelecimento de parcerias visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde. A população, em especial o idoso, espera que o setor saúde seja capaz de responder adequadamente aos problemas de saúde e um bom caminho é a real efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, assim como a composição da equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, devidamente capacitada.

O aspecto da capacitação infelizmente representa um grande entrave no atendimento ao idoso. A Política Nacional de Saúde do Idoso preconiza que o setor saúde deve dispor de pessoal em qualidade e quantidade adequadas, cujo provimento é de responsabilidade das três esferas do governo. A diretriz da capacitação de recursos humanos especializados perpassará todas as demais diretrizes, representando um instrumento privilegiado de articulação intersetorial. Um dado animador que se vislumbra é trazido pelos Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS no que se refere à Educação Permanente para o Processo de Trabalho no SUS. Os Programas Institucionais de Educação Permanente deverão assegurar a formação e a capacitação dos trabalhadores em saúde para que se desenvolvam na carreira e atuem de forma a propiciar um atendimento de qualidade para o usuário, proporcionando a elevação da auto-estima dos próprios trabalhadores.

Sabe-se que os serviços de saúde apresentam baixa resolutividade para com os problemas de saúde da população, mas daí os idosos verbalizarem que desconhecem o que o PASI e o que os órgãos de saúde ofertam, causa um grande distanciamento dos propósitos das políticas públicas. Acredita-se que esse distanciamento mereça uma investigação sistemática para que se possa interpretar a comunicação latente simbolizada pelo *desconhecimento*. Uma ação do componente Informação, Educação e Comunicação (IEC) do SUS, com menos tecnicismo, tendo a preocupação de receber, por parte dos usuários, “feedback”, este tão importante nas relações sociais, é um bom

início. A sala de espera constitui hoje em dia um ótimo mecanismo de transformação do tempo de espera em um momento para democratização das informações.

Partindo da compreensão de que saúde tem seus determinantes sociais, políticos, culturais e econômicos, indaga-se: o que leva um segmento da sociedade, após anos de vida, a desejar para a sua saúde somente *médicos, medicamentos e complemento alimentar*? Estes três componentes foram registrados fortemente nos discursos dos usuários idosos. O PASI não se reduz apenas a eles, seus objetivos são mais abrangentes e importantes para a saúde do idoso de Manaus. Esses desejos restritos por parte dos usuários precisam urgentemente ser ampliados.

Portanto, tornam-se necessários mudar concepções arraigadas, e somarmos esforços para que o PASI seja um programa que corresponda efetivamente com as necessidades de saúde da população idosa, e, por outro lado, vejamos a implementação plena SUS; senão, do que adiantou tantas lutas em favor de sua criação?

Conclui-se buscando a unidade temática *desconhecimento*. Como o idoso usuário pode ser um agente ativo, participativo, integrado ao PASI, se não o conhece? Almeja-se um PASI seguindo os princípios e diretrizes do SUS, o que nos faz lembrar da 12ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L., 1977. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BEAUVOIR, S., 1990. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- BERELSON, B., 1952. *Content analysis in communication research*. Glencoe: Free Press.
- BRASIL, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- BRASIL, 1999. Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999, do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº 237-E, pp.20-24, 13 dez., Seção 1.
- BRASIL, 2001a. *Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994*. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: MPAS, SEAS.
- BRASIL, 2001b. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, do Ministro de Estado da Saúde. Aprova, na forma do Anexo, a Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/2001. Brasília: *Diário Oficial da União*, nº 20-E, 29 jan., Seção 1.
- BUSS, P. M., 2003. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência* (D. Czeresnia & C. M. Freitas, org.), pp. 15-38, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CARVALHO, B.G.; MARTIN, G. B. & CORDONI Jr., 2001. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: *Bases da saúde coletiva* (A. S. Cordoni Jr., org.). Londrina: UEL
- CARVALHO, H. B. C. C.; ROCHA, S. M. & LEITE, M. L. C. B., 2002. A interação do idoso à prática de saúde. In: *Tratado de geriatria e gerontologia* (E. V. Freitas et al., org.), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 2002. *Fraternidade e pessoas idosas: texto-base CF-2003*. São Paulo: Salesiana.
- CONTANDRIOPOULOS, A-P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., DENIS, J-L. & BOYLE, P., 1994. *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco.
- COSTA, E. M. S., 1998. *Gerontodrama: a velhice em cena*. São Paulo: Agora.
- COSTA, W.G.A. & MAEDA, S. T., 2001. Repensando a rede básica de saúde e o distrito sanitário. *Saúde em Debate*, 25:15-29. .

- COSTA, N. R. & PINTO, L. F., 2002. Avaliação de programas de atenção à saúde incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7:907-923.
- DUARTE, E. C., SCHNEIDER, M. C., PAES-SOUSA, R., RAMALHO, W.M., SARDINHA, L. M. V., SILVA JUNIOR, J. B. & CASTILLO-SALGADO, C., 2002. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. MS/FUNASA/CENEPI. Brasília.
- FRANÇA, L. H. & SOARES, N. E., 1997. A importância das relações intergeracionais na quebra de preconceitos sobre a velhice. In: *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio* (R. P. Veras, org.). Rio de Janeiro: Relume – Dumará.
- GOLDSTEIN, L. L. & SOMMERHALDER, C., 2002. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice In: *Tratado de geriatria e gerontologia* (E. V. Freitas et al., org.), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- GORDILHO, A.; SÉRGIO, J.; SILVESTRE, J., RAMOS, L.R.; FREIRE, M.P.A.; ESPÍNDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R. & KARSCH, U., 2000. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso*. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ.
- GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS, 2002. *Decreto nº 22.740, de 20 de junho de 2002. Institui os Centro de Atenção Integral à Melhor Idade – CAIMI da Colônia Oliveira Machado, da Cidade Nova e da Zona Oeste*. Manaus: Diário Oficial do Estado, nº 29.915, 20 jun.
- HAYFLICK, L., 1997. *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 1998*. Rio de Janeiro.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002. *Censo 2000*. Manaus.
- JACOB FILHO, W. & SITTA, M. C., 1996. Interprofissionalidade. In: *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (M. P. Netto, org.), São Paulo: Atheneu.
- J ORDÃO NETTO, A., 1997. *Gerontologia básica*. São Paulo: Lemos.
- KLIBSBERG, B., 2000. *Desigualdade na América Latina: o debate adiado*. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO.
- LEME, L. E. G., 1997. *O envelhecimento: mitos e verdades*. São Paulo: Contexto.
- MINAYO, M.C.S., 1993. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985. *Orientação para organização de centros de saúde: o planejamento local*. Brasília: Secretaria Geral, Ministério da Saúde.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. *Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. Programa e projetos. <http://www.saude.gov.br/programas/idoso/proposta.htm>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a. *Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003b. Portaria nº 115, de 19 de maio de 2003. *Estabelece que a Tabela de Tipos de Estabelecimentos/Unidade passa a se constituir dos códigos, descrições e conceitos conforme o Anexo desta Portaria*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/PT-115.htm>.
- NETO, J. T.; FRANÇA, J. D. L. & HALKER, E., 2002. Vacinas. In: *Tratado de geriatria e gerontologia* (E. V. Freitas et al., org.), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- PAIM, J. S., 1999. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: *Epidemiologia & saúde* (M. Z. Rouquayrol & N. Almeida Filho, org.), Rio de Janeiro: MEDSI.
- PEREIRA, F. A. I. & CERVATO, A. M., 1996. Recomendações Nutricionais. In: *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (M. P. Netto, org.), São Paulo: Atheneu.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2001. Decreto nº 5.482, de 7 de março de 2001. *Dispõe sobre a política municipal do idoso, e dá outras providências*. Manaus: Diário Oficial do Município, nº 227, pp. 1-3, 9 mar.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2003. Decreto nº 6.857, de 11 de julho de 2003. *Institui o parque municipal do idoso, aprova o seu regimento interno e determina providências para sua instalação*. Manaus: Diário Oficial do Município, nº 795, pp. 1-16, 15 jul.
- RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; BOARETTO, M. C.; CASTRO, A. M. M.; DOMINGUES, R. M. S. M.; NORONHA C. P.; BRASIL, C. L. P. & GOMES, M. A. S. M., 2001. Atenção básica no sistema único de saúde e indicadores para o município do Rio de Janeiro. *Revista Saúde em Foco*, 21:35-59.
- RODRIGUES, N. C. & RAUTH, J., 2002. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: *Tratado de geriatria e gerontologia* (E. V. Freitas et al., org.), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- ROMERO, D. E., 2002. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7:777-794.
- ROZENFELD, S., 2003. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, 19:717-724.

- SAWYER, D. O.; LEITE, I. C. & ALEXANDRINO, R., 2002. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7:757-776.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1999. *Plano Municipal de Saúde, triênio 1999-2001*. Manaus: Secretaria Municipal de Manaus, Prefeitura Municipal de Manaus.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2001. *Relatório de Gestão*. Manaus: Secretaria Municipal de Manaus, Prefeitura Municipal de Manaus.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002a. *Plano Municipal de Manaus, 2002-2003*. Manaus: Secretaria Municipal de Manaus, Prefeitura Municipal de Manaus.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002b. *Relatório Descritivo do Serviço Social – A.A.R. Dr. Gebes Medeiros de Melo Filho*. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Manaus.
- SILVESTRE, J.A. & NETO, M.M. C., 2003. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19:839-847.
- SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M.I.V. & COELHO, F. M. G., 2002. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7:899-906.
- STEVENSON, J.S.; GONÇALVES, L. H. T. & ALVAREZ, A., 1997. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. *Texto&Contexto*, 6:33-50.
- TRAVASSOS, C., 1997. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 13:1-10.
- VARGAS, H. S., 1994. *Psicogeriatría geral*. Rio de Janeiro: Koogan.
- VAUGHAN, I. P. & MORROW, R. H., 1992. *Epidemiologia para municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. São Paulo: Hucitec.
- VERAS, R. P. (org.), 1997. *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- VERAS, R., 2001. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações. In *Velhice numa perspectiva de futuro saudável* (V. P. Veras, org), Rio de Janeiro: UERJ/UnATI.
- VERAS, R. P., 2002. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará:UERJ/UnATI.
- VERAS, R., 2003. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, 19:705-715.

VIEIRA, S. & HOSSNE, W.S., 1998. *Pesquisa médica: a ética e a metodologia*. São Paulo: Pioneira.

VIEIRA, S. & HOSSNE, W.S., 2001. *Metodologia científica para a área de saúde*. Rio de Janeiro: Campus.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE PESQUISAS LEÔNIDAS & MARIA DEANE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
NA AMAZÔNIA OCIDENTAL – 2001

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (a),

Estou realizando uma pesquisa sobre PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO EM MANAUS EM NÍVEL AMBULATORIAL: UMA ANÁLISE CRÍTICA. Esta pesquisa visa analisar o Programa de Atenção à Saúde do Idoso, em nível ambulatorial, no município de Manaus, com base nas políticas públicas de saúde de atenção ao idoso preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

A pesquisa será desenvolvida no período de junho a julho/2003. O (A) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar, através de uma entrevista individual, respondendo a perguntas sobre a utilização dos serviços de saúde do município de Manaus. As informações das entrevistas serão gravadas, se assim for permitido. O (A) sr. (a) poderá recusar-se a responder, em qualquer instante da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) sr (a). A sua identidade será preservada e sua participação na pesquisa não trará qualquer prejuízo para o seu atendimento na rede municipal de saúde de Manaus. Garantimos que os dados aqui colhidos serão utilizados exclusivamente para os objetivos de nossa pesquisa. O (A) Sr. (a) receberá uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Pelo presente, declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e que concordo livremente em participar respondendo as perguntas dirigidas a mim.

Manaus, _____ de _____ de _____

Sujeito da pesquisa (Usuário do Programa)

MARIA DA CONSOLAÇÃO QUEIROZ DA SILVA
Mestranda em Saúde Pública
Rua dos Crisântemos, 176 – Conjunto Tiradentes – Coroado III –
Manaus-Amazonas – 644-1538/9114-3643

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE PESQUISAS LEÔNIDAS & MARIA DEANE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
NA AMAZÔNIA OCIDENTAL – 2001

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (a),

Estou realizando uma pesquisa sobre PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO EM MANAUS EM NÍVEL AMBULATORIAL: UMA ANÁLISE CRÍTICA. Esta pesquisa visa analisar o Programa de Atenção à Saúde do Idoso, em nível ambulatorial, no município de Manaus, com base nas políticas públicas de saúde de atenção ao idoso preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

A pesquisa será desenvolvida no período de junho a julho/2003. O (A) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar, através de uma entrevista individual, respondendo a perguntas sobre a utilização dos serviços de saúde do município de Manaus. As informações das entrevistas serão gravadas, se assim for permitido. O (A) sr. (a) poderá recusar-se a responder, em qualquer instante da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) sr (a). A sua identidade será preservada e sua participação na pesquisa não trará qualquer prejuízo para a sua atividade profissional na instituição. Garantimos que os dados aqui colhidos serão utilizados exclusivamente para os objetivos de nossa pesquisa. O (A) Sr. (a) receberá uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Pelo presente, declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e que concordo livremente em participar respondendo as perguntas dirigidas a mim.

Manaus, _____ de _____ de _____

Sujeito da pesquisa (Responsável pelo PASI)

MARIA DA CONSOLAÇÃO QUEIROZ DA SILVA
Mestranda em Saúde Pública
Rua dos Crisântemos, 176 – Conjunto Tiradentes – Coroado III –
Manaus-Amazonas – 644-1538/9114-3643

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE PESQUISAS LEÔNIDAS & MARIA DEANE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
NA AMAZÔNIA OCIDENTAL – 2001

APÊNDICE III – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O IDOSO USUÁRIO DO
PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA
UNIDADE DE SAÚDE

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOME: _____ SEXO: _____
IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
PROFISSÃO: _____ ESCOLARIDADE: _____
DISTRITO: _____ UNIDADE DE SAÚDE: _____
TEMPO CADASTRADO NO PASI: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA:

- 1) O que o (a) senhor (a) sabe sobre o Programa de Atenção a Saúde do Idoso?
- 2) O que os órgãos de saúde de Manaus têm oferecido aos idosos?
- 3) Que tipo de assistência tem acesso pelos profissionais de saúde?
- 4) Como o (a) senhor (a) percebe a assistência a saúde do idoso na sua unidade de saúde?
- 5) O que o (a) senhor (a) considera que falta para uma melhor assistência à saúde?

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE PESQUISAS LEÔNIDAS & MARIA DEANE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
NA AMAZÔNIA OCIDENTAL – 2001

APÊNDICE IV – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O RESPONSÁVEL PELO
PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA
UNIDADE DE SAÚDE

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOME: _____ SEXO: _____

IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

CARGO: _____ TITULAÇÃO: _____

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: _____ TEMPO SERVIÇO: _____

DISTRITO: _____ UNIDADE DE SAÚDE: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA:

- 1) Qual o seu conhecimento sobre a Política Municipal de Saúde para Manaus, para o quinquênio 2000/2005?
- 2) Descreva o funcionamento do Programa de Atenção a Saúde do Idoso na sua instituição em relação à execução de ação e serviços de saúde ofertados ao idoso em nível ambulatorial.
- 3) No plano assistencial, como é realizada a avaliação integral do idoso (Bio – psico – sócio–cultural - espiritual) ?
- 4) Como o (a) senhor (a) analisa os serviços oferecidos pelo Programa de Atenção a Saúde do Idoso aqui neste Centro de Saúde em nível ambulatorial?
- 5) Qual é a cobertura mensal de nº de consultas?
- 6) Número de inscritos no PASI.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE PESQUISAS LEÔNIDAS & MARIA DEANE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
NA AMAZÔNIA OCIDENTAL – 2001

APÊNDICE V – FICHA DE AGENDAMENTO DE ENTREVISTA DO USUÁRIO

DISTRITO: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

DATA DA ENTREVISTA: _____

HORÁRIO DA ENTREVISTA: _____

LOCAL DA ENTREVISTA: _____

Manaus, ____ de _____ de ____

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE PESQUISAS LEÔNIDAS & MARIA DEANE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
NA AMAZÔNIA OCIDENTAL – 2001

APÊNDICE VI – FICHA DE AGENDAMENTO DE ENTREVISTA DO GESTOR

NOME: _____

DISTRITO: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

DATA DA ENTREVISTA: _____

HORÁRIO DA ENTREVISTA: _____

LOCAL DA ENTREVISTA: _____

Manaus, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

