

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Instituto de Geociências e Ciências Exatas
Campus de Rio Claro

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL.

AMANDA ERICA DOMINGOS

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Eliza Contri Pitton

Tese de Doutorado elaborada junto ao
Programa de Pós-Graduação em Geografia,
Área Organização do Espaço
para a obtenção do título de Doutora em Geografia.

Rio Claro (SP)
2008

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Instituto de Geociências e Ciências Exatas
Campus de Rio Claro

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL.

AMANDA ERICA DOMINGOS

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Eliza Contri Pitton

Tese de Doutorado elaborada junto ao
Programa de Pós-Graduação em Geografia,
Área Organização do Espaço
para a obtenção do título de Doutora em Geografia.

Rio Claro (SP)
2008

910h.71 Domingos, Amanda Erica
D671p O programa Saúde da Família e a promoção do
envelhecimento saudável / Amanda Erica Domingos. – Rio
Claro : [s.n.], 2008
198 f. : il., gráfs., tabs., quadros, fots.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual Paulista,
Instituto de Geociências e Ciências Exatas
Orientador: Sandra Elisa Contri Pitton

1. Geografia médica. 2. Planejamento urbano. 3. Sistema
de saúde urbano. 4. Envelhecimento populacional. I. Título.

Comissão Examinadora

Aluno (a)

Rio Claro, _____ de _____ de 2008

Resultado _____

Dedico este trabalho a minha querida mãe Vera,
por estar junto de mim mais um amanhecer...

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Sandra E.C. Pitton pelo conhecimento compartilhado, e acima de tudo pelo incentivo nos momentos difíceis.

À Profa. Dra. Ana Tereza C. Cortez e a Profa. Dra. Lucy M. Machado pela contribuição científica na qualificação desta tese.

Aos funcionários da Biblioteca do Instituto de Geociências e Ciências Exatas pela dedicação na prestação dos serviços.

Aos funcionários da Secretaria de Pós Graduação do Instituto de Geociências e Ciências Exatas pela atenção prestada.

Ao CNPq pelo incentivo financeiro oferecido sem qual a realização desta pesquisa não aconteceria.

Ao meu querido esposo Sergio Martins e a minha pequena Melissa que souberam compreender os momentos de ausência.

Aos meus pais Pedro e Vera que não mediram esforços para incentivar minha caminhada.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Gertrudes que gentilmente nos receberam e permitiram o acesso as informações.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Promoção Social por apresentarem os grupos de socialização de idosos.

À direção do Lar dos Velinhos pela atenção durante as visitas realizadas.

Aos idosos do Clube do Vovô, do Lar dos Velinhos e do Grupo União pelos momentos inesquecíveis, com ensinamentos que resultarão em meu envelhecimento saudável.

RESUMO

A condição de vida urbana de uma população está relacionada à quantidade e qualidade de serviços oferecidos, dentre eles, encontram-se a educação, a habitação, o saneamento básico, o emprego, o lazer e a saúde.

No caso do Brasil, está em vigência o **Programa Saúde da Família (PSF)**, como uma estratégia de trabalho e prestação de serviços no setor saúde. Para tal os antigos postos de saúde passaram a ser denominados **Unidades de Saúde da Família (USF)**, seus funcionários fazem parte da **Equipe de Saúde da Família (ESF)**, e dentre eles criou-se a função de **Agente Comunitário da Saúde (ACS)**.

O Ministério da Saúde, através do PSF enfatiza que os serviços oferecidos devem ser articulados especialmente no atendimento de três grupos de pessoas: a criança, a gestante e o idoso, salientando que cada USF deve programar ações específicas para estes setores, no intuito de minimizar os agravos a vida urbana.

Dentre os grupos anteriormente citados, as estimativas populacionais apontam para o crescimento da população idosa mundial, e mostram que em 2050 existirão no mundo 23 bilhões de idosos sendo que dois terços desses estarão em países em desenvolvimento como o Brasil, segundo UNITED NATIONS, 2001.

No sentido de contribuir com a temática até o momento apresentada, esta investigação objetivou observar como se realizam no espaço geográfico as ações das ESF's para a promoção da manutenção da capacidade funcional do idoso. Partindo-se da idéia inicial de que as equipes de saúde de família possuem inúmeras deficiências no entendimento do espaço vivido de sua clientela, e também o desconhecimento da amplitude de suas obrigações, o que resultam na desigualdade, inafetividade e desqualificação dos serviços oferecidos.

ABSTRACT

The condition of urban life of a population is related to the quantity and quality of services offered, among them, are the education, housing, sanitation, employment, leisure and health.

In the case of Brazil, is in effect the Family Health Program (PSF) as a strategy to work and provide services in the health sector. To this end the old posts of health began to be called Units of Family Health (USF), its officials are part of the Family Health Team (ESF), and among them set up to the function of Agent Community Health (ACS) .

The Ministry of Health, through the FHP emphasizes that the services provided should be articulated especially in the care of three groups of people: the children, the elderly and pregnant women, noting that each USF must implement specific actions for these sectors in order to minimize the disorders urban life. Among the groups cited above, the population estimates point to growth in the elderly population worldwide, and show that in 2050 there in the world 23 billion of elderly where two thirds of these are in developing countries like Brazil, according UNITED NATIONS, 2001.

In order to contribute to the themes presented so far, the research aimed to see how take place in the geographical area of the ESF's actions for the promotion of maintaining the functional capacity of the elderly. Based on the initial idea that the teams of health of families have many shortcomings in understanding the living space of their clients, and also ignorance of the extent of its obligations, which result in inequality, inafetividade and disqualification of services offered.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Localização de Santa Gertrudes no Estado de São Paulo.....	06
FIGURA 2 - Estudos iniciais da Geografia Humanística.....	09
FIGURA 3 - Diferentes abordagens do conceito de espaço.....	12
FIGURA 4 - Linhas de pesquisas da Geografia da Saúde.....	21
FIGURA 5 - Avanços de novos e fundamentais aparatos na Idade Moderna.....	30
FIGURA 6 - Pirâmide etária da população brasileira nos anos de 1980,1991 e 2000.....	44
FIGURA 08 - Taxas de fecundidade total, segundo as grandes regiões 1940-2000.....	45
FIGURA 09 - Esperança de vida ao nascer por sexo 1980-2001.....	47
FIGURA 10 - Principais abordagens metodológicas segundo WHYTE (1977, p.19).....	58
FIGURA 11 - Apresentação dos sujeitos envolvidos na temática PSF e população Idosa na cidade de Santa Gertrudes.....	59
FIGURA 12 - Aplicação das abordagens metodológicas.....	60
FIGURA 13 - Roteiro de observação da temática relacionada às ações das ESF's destinadas à população idosa.....	61
FIGURA 14 - Distribuição das variáveis de moradia de idosos atendidos pelo PSF na cidade de Santa Gertrudes.....	62
FIGURA 15 - Espaços públicos com possibilidades ou não de uso pela população idosa da cidade de Santa Gertrudes – SP.....	63
FIGURA 16 - Avaliação de dependência/independência da realização de atividades de Vida Diárias Instrumentais e Básicas.....	69
FIGURA 17 - Escalas de AVD básicas e instrumentais de "OARS".....	70
FIGURA 18: Roteiro da entrevista 1: a ESF como entrevistada.....	72
Figura 19: Roteiro da Entrevista 2: o idoso como entrevistado.....	73
Figura 20: Entrevista com os Cuidadores Informais.....	74
Figura 21: Procedimentos Técnicos do Discurso do Sujeito Coletivo.....	76
FIGURA 22 - Diagrama de representação da técnica do DSC.....	76

FIGURA 23 - Imagem Digital da Área Urbana de Santa Gertrudes – SP.....	80
FIGURA 24 – Forno tradicional queima a lenha.....	82
FIGURA 25 - Forno contínuo a gás.....	82
Figura 26: Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População – 2000/2006, Estado de São Paulo, Região de Governo de Rio Claro e município de Santa Gertrudes.....	83
Figura 27: Índice de Envelhecimento 2005: Estado de São Paulo, Região de Governo de Rio Claro e município de Santa Gertrudes.....	84
FIGURA 28 – Localização dos bairros periféricos, intermediários e centrais na cidade de Santa Gertrudes – SP.....	85
FIGURA 29 - Indicadores Municipais de Saúde Santa Gertrudes.....	87
FIGURA 30 - Unidades de Saúde da Família na cidade de Santa Gertrudes.....	89
FIGURA 31 – Localização das Unidades de Saúde da Família.....	90
FIGURA 32: PSF do Jardim Jequitibás.....	90
FIGURA 33 - PSF do Jardim Parque Industrial.....	90
FIGURA 34: PSF do Jardim Bom Sucesso.....	91
FIGURA 35 - Hospital e Maternidade S. Francisca.....	91
FIGURA 36 - Espaço público do Jardim Paulista.....	99
FIGURA 37 - Campo de futebol Jardim Luciana.....	99
FIGURA 38 - Ginásio Poliesportivo Jardim Luciana.....	100
FIGURA 39 - Quadra de Bocha do Jardim Luciana.....	100
FIGURA 40 - Ginásio Municipal.....	103
FIGURA 41 - : praça do Jardim Parque Industrial.....	103
FIGURA 42 - Praça 1 do bairro Centro.....	104
FIGURA 43 - Praça 2 do bairro Centro.....	104
FIGURA 44 - Praça localizada no Jardim Margarida.....	105
FIGURA 45 - Praça localizada no bairro Recanto Flafer.....	105
FIGURA 46 - Jardim localizado no bairro Jardim Margarida na cidade de Santa Gertrudes – SP.....	106
FIGURA 47 - Praça localizada no bairro Bom Sucesso na cidade de Santa Gertrudes - SP	106

FIGURA 48 - Núcleo Social João Vitte localizado no bairro Indaiá na cidade de Santa Gertrudes - SP	107
FIGURA 49 - Centro de Convivência do Idoso localizado no bairro Jardim Faxina na cidade de Santa Gertrudes - SP	107
FIGURA 50 - Centro Cultural Municipal Isidoro Demarchi localizado no bairro Centro Indaiá da cidade de Santa Gertrudes - SP	108
FIGURA 51 – Agentes Comunitários da Saúde participantes da pesquisa, por faixa etária.....	110
FIGURA 52 - Agentes Comunitários da Saúde participantes da pesquisa, por sexo.....	108
FIGURA 53- Agentes Comunitários da Saúde participantes da pesquisa, por renda familiar.....	108
FIGURA 54 – Bairro de atuação dos agentes comunitários de saúde.....	109
FIGURA 55 - Atividades voltadas para a população idosa, desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde.....	111
FIGURA 56 - Principais dificuldades encontradas pelos agentes comunitários de saúde para atender os idosos.....	112
FIGURA 57 – Orientação realizadas pelos agentes comunitários de saúde para auxiliar os cuidadores informais.....	114
FIGURA 58 – Ações que poderiam contribuir com a melhoria da capacidade funcional dos idosos atendidos pelos PSF.....	114
FIGURA 59 – Variável 1: Tipo de Casa.....	116
FIGURA 60 - Variável 2: Calçamento de rua.....	116
FIGURA 61 - Variável 3: Fachada da Moradia.....	116
FIGURA 62 - Variável 4: Número de Cômodos.....	116
FIGURA 63 - Variável 5: Possui área externa.....	116
FIGURA 64 - Variável 6: Possui arborização.....	117
FIGURA 65 - Variável 7: Os Cômodos recebem iluminação solar aos longo do dia.....	117
FIGURA 66 - Variável 8: Os Cômodos recebem ventilação.....	117
FIGURA 67 - Variável 9: Condições de Higiene aceitáveis.....	118

FIGURA 68 - Variável 10: O Idoso demonstra satisfação com relação a sua moradia.....	118
FIGURA 69: Idosos do Grupo 1 por sexo.....	120
FIGURA 70 - Idosos do Grupo 1 por faixa etária.....	120
FIGURA 71: Idosos do Grupo 2 por sexo.....	121
FIGURA 72: Idosos do Grupo 2 por faixa etária.....	121
FIGURA 73: Idosos do Grupo 3 por sexo.....	121
FIGURA 74: Idosos do Grupo 3 por faixa etária.....	121
FIGURA 75: Idoso do grupo 1 e as atividades instrumentais de vida diária.....	123
FIGURA 76: Idoso do grupo 1 e as atividades básica de vida diária.....	124
FIGURA 77: Idoso do grupo 2 e as atividades instrumentais de vida diária.....	124
FIGURA 78: Idoso do grupo 2 e as atividades básica de vida diária.....	125
FIGURA 79: Idoso do grupo 3 e as atividades instrumentais de vida diária.....	126
FIGURA 80: Idoso do grupo 3 e as atividades básica de vida diária.....	126
FIGURA 81: Idosos do Grupo 1 por número de moradores nas residências.....	127
FIGURA 82: Idosos do Grupo 2 por número de moradores nas residências.....	127
FIGURA 83: Idosos do Grupo 1 por renda familiar.....	128
FIGURA 84: Idosos do Grupo 2 por renda familiar.....	129
FIGURA 85 : Idosos do grupo 1 por atividades diárias.....	130
FIGURA 86 : Idosos do grupo 2 por atividades diárias.....	131
FIGURA 87 : Idosos do grupo 3 por atividades diárias.....	131
FIGURA 88 : Idosos do grupo 1 por problemas de saúde.....	132
FIGURA 89: Idosos do grupo 2 por problemas de saúde.....	132
FIGURA 90: Idosos do grupo 3 por problemas de saúde.....	133
FIGURA 91: Idosos do grupo 1 por atividades sociais.....	133
FIGURA 92: Idosos do grupo 2 por atividades sociais.....	134
FIGURA 93: Idosos do grupo 3 por atividades sociais.....	134
FIGURA 94 : Idosos do grupo 1 por atividades físicas.....	136
FIGURA 95: Idosos do grupo 2 por atividades físicas.....	136
FIGURA 96: Todos os idosos envolvidos na pesquisa por atividades que gostariam de realizar.....	138

FIGURA 97: Todos os idosos envolvidos por motivos da não realização de atividades desejadas.....	135
FIGURA 98: Idosos do Grupo 2 por sistema de saúde utilizado.....	140
FIGURA 99 : Idosos do Grupo 3 por sistema de saúde utilizado.....	140
FIGURA 100: Idosos do Grupo 1 por perspectivas do futuro.....	141
FIGURA 101 - Idosos do grupo 2 por perspectivas do futuro.....	142
FIGURA 102: Idosos do grupo 3 por perspectivas do futuro.....	143
FIGURA 103: Cuidadores informais por sexo.....	145
FIGURA 104 - Cuidadores informais por faixa etária.....	145
FIGURA 104: Porcentagem de cuidadores informais que residem com o idoso..	145
FIGURA 105: Cuidadores informais por motivos de morarem com o idosos.....	146
FIGURA 106: Atividades realizadas pelos idosos sob a responsabilidade dos cuidadores informais.....	147
FIGURA 107: Porcentagem de idosos que necessitam de auxílio na realização das atividades básicas.....	148
FIGURA 108: Porcentagem de idosos que necessitam de auxílio médico.....	148
FIGURA 109: Auxílio médico necessários aos idosos.....	149
FIGURA 110: Adaptações realizadas para a convivência do (a) idoso (a).....	150
FIGURA 111: Porcentagem dos cuidadores informais que acreditam ter informações suficientes para auxiliar o idoso sob sua responsabilidade.....	151
FIGURA 112: Satisfação do cuidador informal com relação a localização da Unidade de Saúde da Família.....	152
FIGURA 113: Auxílio da equipe saúde da família no cotidiano do idoso.....	153

LISTA DE TABELAS

TAB.:1 – EVOLUÇÃO POPULACIONAL DO MUNICÍPIO DE SANTA GERTRUDES 1950- 2000.....	10
TAB.: 2 – CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA DA CIDADE DE SANTA GERTRUDES.....	13

LISTA DE SIGLAS

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

OPAS: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

PSF: PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

USF: UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ACS: AGENTE COMUNITÁRIO DA SAÚDE

SUS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SEADE: FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS

OARS: OLDER AMERICANS RESOURCES AND SERVICES

DSC: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

ECH: EXPRESSÕES CHAVES

IC: IDÉIAS CENTRAIS

Índice

INTRODUÇÃO.....	2
1 – A GEOGRAFIA HUMANÍSTICA: UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA DO ESPAÇO GEOGRÁFICO E SUA APLICAÇÃO NA GEOGRAFIA DA SAÚDE.....	12
A Geografia Humanística e o espaço vivido natural: a Paisagem.....	15
A Geografia Humanística e o espaço vivido social: O lugar.....	16
A Geografia e Saúde Humana: Breve Histórico dos estudos de Geografia de Saúde.....	20
2 – PLANEJAMENTO DE SISTEMAS DE SAÚDE.....	26
A Promoção da Saúde no Brasil: A implantação do SUS.....	32
O Programa Saúde da Família.....	36
3 – O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO.....	44
4 – A PESQUISA: SUBSÍDIOS METODOLÓGICOS E TÉCNICOS.....	53
A abordagem qualitativa.....	53
A	
fenomenologia.....	54
O método fenomenológico.....	57
Estratégia A: Para atender ao observando.....	61
Estratégia B: Para atender ao ouvindo.....	65
Estratégia C: Para atender ao perguntando.....	65

Uso e apresentação dos questionários.....	72
Tratamento dos dados fornecidos pelas entrevistas.....	75
5 – CAPÍTULO 5: CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA EM ESTUDO.....	80
6 - O PSF E A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA CIDADE DE SANTA GERTRUDES – SP.....	87
Os serviços públicos de Saúde na cidade de Santa Gertrudes.....	87
Observando a equipe de saúde da Família na cidade de Santa Gertrudes.....	94
Registro fotográfico de espaços com possibilidades de uso pela população idosa.....	99
Os sujeitos envolvidos na problemática: envelhecimento Populacional na cidade de Santa Gertrudes.....	110
Os agentes comunitários da Saúde.....	111
Os idosos envolvidos nesta pesquisa.....	121
Os cuidadores informais.....	146
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	156
9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	162
10 – ANEXOS.....	170
Anexo 1 -	170
Anexo 2 -	173
Anexo 3 -	176
Anexo 4 -	180
Anexo 5 -	183

INTRODUÇÃO.

Os diversos problemas urbanos existentes, relacionados à elevada demanda de serviços públicos, tais como: educação, saúde, habitação, saneamento básico, emprego, esporte, moradia e lazer, apontam para a necessidade de se realizarem profundas reflexões voltadas ao planejamento e gestão dos serviços públicos oferecidos. Isto porque, a condição de vida urbana de uma população está relacionada à quantidade e qualidade destes serviços.

Desse modo, é necessário que o planejamento e a aplicação de ações que minimizem os agravos à condição de vida urbana sejam realizados por uma equipe de profissionais de diversas áreas, tais como geógrafos, engenheiros, arquitetos, sociólogos, psicólogos, elaborando e analisando de forma holística os mecanismos das ações de mudança do espaço urbano.

A falta de profissionais com uma visão multidisciplinar e intersetorial, nesse contexto, gera falhas no desenvolvimento de sistemas de gestão, prejudicando a efetividade de políticas urbanas.

No sentido de gerenciar a execução dos serviços públicos urbanos, os poderes legislativo e executivo, respectivamente, elaboram e aplicam as denominadas políticas públicas, como as destinadas a minimizar as deficiências dos serviços de saúde oferecidos.

Atualmente o setor público, representado na área de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a organização Pan-americana de Saúde (OPAS), busca a *promoção de saúde* através do aumento da equidade dos serviços oferecidos, da efetividade e qualidade dos serviços.

Para alguns epidemiologistas, no momento atual, um dos desafios mais importantes para o alcance da referida “promoção de saúde” é o de incorporar a dimensão subjetiva, psicológica ou psicossocial ao campo do conhecimento em Saúde Pública.

A saúde pública vivencia o coletivo, e para tal investiga o cotidiano de determinada sociedade, buscando informações do passado e do presente, utilizando os complexos significados e identidades inerentes a uma sociedade urbana.

No caso do Brasil, está em vigência o **Programa Saúde da Família (PSF)**, como uma estratégia de trabalho e prestação de serviços no setor saúde. Incluídos neste programa, os antigos postos de saúde passaram a ser denominados **Unidades de Saúde da Família (USF)** e seus funcionários a fazer parte da **Equipe de Saúde da Família (ESF)**. Dentre eles criou-se a função de **Agente Comunitário da Saúde (ACS)**.

Implementado em 1994, pelo Ministério da Saúde, este programa, que faz parte do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, é constituído de novas políticas que orientam o cotidiano das Unidades de Saúde da Família.

Esta proposta baseia-se em dois fatores: o primeiro é a exigência do trabalho em equipe, apontando o uso da multidisciplinaridade e o constante diálogo entre os profissionais de saúde; o segundo fator é a importância dada ao ambiente vivido pelo usuário do sistema público de saúde, exigindo da equipe da Saúde da Família o diagnóstico do espaço de moradia, trabalho e lazer da população.

Neste programa, são priorizadas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, baseando-se em dois princípios: o atendimento familiar, ou seja, abrangendo todos os indivíduos, independentemente da faixa etária, e a intersetorialidade, articulando as ações com as demais políticas sociais.

Através da implementação do PSF, surge outro fluxo de deslocamento, pois não é apenas o usuário que vai até a USF, mas o Agente Comunitário de Saúde desloca-se até o local de moradia do usuário, no sentido de obter o máximo de informações sobre o espaço do mesmo.

O Ministério da Saúde, através do PSF, enfatiza que os serviços oferecidos devem ser articulados especialmente no atendimento a três grupos de pessoas: a criança, a gestante e o idoso, salientando que cada USF deve implementar ações específicas para estes setores, no intuito de minimizar os agravos à vida urbana.

Dentre os grupos anteriormente citados, as estimativas populacionais apontam para o crescimento da população idosa mundial, e mostram que em 2050 existirão no mundo 2,3 bilhões de idosos, sendo que dois terços desses estarão em países em desenvolvimento como o Brasil. (UNITED NATIONS, 2001)

Para a OMS, o Brasil não pode mais ser considerado um país jovem, pois a proporção de pessoas com 60 anos ou mais ultrapassa 7% da população total, ou seja, 8,6% da população brasileira é idosa. (Censo Populacional 2000)

Projeções estatísticas da OMS evidenciam que o número de idosos no Brasil, no período de 1950 a 2025, deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto o restante da população em cinco. Assim, o Brasil será o 6º país quanto ao contingente de idosos em 2025, devendo ter cerca de 31,8 milhões de pessoas com mais de 60 anos.

Tal envelhecimento tem exigido ênfase no que diz respeito, especialmente, às políticas de saúde e políticas sociais dirigidas a esta faixa etária da população, objetivando preservar sua saúde e condição de vida.

Na década de 50, a grande maioria das pessoas não chegava à velhice, pois morria antes dos 50 anos, em decorrência principalmente de doenças infecciosas e parasitárias.

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbi-mortalidade típico de uma população jovem, representado por doenças infecto-contagiosas e transmissíveis, para um perfil de enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados.

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema.

O envelhecimento da população brasileira produz desafios para a família, para a diminuição da pobreza, para a aposentadoria, para os asilos, para a promoção da saúde, e também para a formação de recursos humanos.

De acordo com a OPAS (BRASIL, 2005), o processo de envelhecimento é caracterizado pela diminuição da *capacidade funcional* (habilidade de realizar atividades de vida diária) que, somada aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco, tornam os idosos mais vulneráveis às doenças.

Eles são geralmente portadores de múltiplas enfermidades crônicas e incapacitantes e, por isso, são importantes consumidores de recursos orçamentários da saúde.

Com relação à população idosa, atualmente as políticas públicas buscam não apenas prolongar a vida, mas, principalmente, auxiliar na *manutenção da capacidade funcional* de cada indivíduo, de forma que ele permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível.

O PSF estabelece as seguintes estratégias: garantir o acesso universal aos cuidados primários; realizar políticas públicas para o controle de fatores de risco; estimular os estilos de vida saudáveis; estabelecer indicadores capazes de identificar indivíduos de alto risco; enfatizar a promoção da saúde e prevenção de doenças; e contribuir para que o idoso seja avaliado de forma holística. (SOARES et al., 2001).

Conhecidas as estratégias, cada Equipe de Saúde da Família (ESF) deve elaborar ações que resultarão na manutenção da capacidade funcional da população idosa local, ou seja, nesta etapa deve ocorrer a adaptação das estratégias do PSF para que as mesmas atendam as particularidades do espaço geográfico de cada USF.

No sentido de contribuir com a temática até o momento apresentada, esta investigação teve como objetivo geral observar como se realizam no espaço geográfico as ações das ESF's para a promoção da manutenção da capacidade funcional do idoso.

Partindo-se da idéia inicial de que as equipes de saúde da família possuem inúmeras deficiências no entendimento do ambiente vivido de sua clientela, e também o desconhecimento da amplitude de suas obrigações, prevê-se que isto resulte na desigualdade, ineficiência e desqualificação dos serviços oferecidos.

Para compor o presente trabalho, foram observadas as ESF's e a população idosa da cidade de Santa Gertrudes – SP (Figura 1), pois a mesma

apresenta o índice de envelhecimento¹ de 32,16% (SEADE, 2005), próximo ao índice do Estado de São Paulo, que é de 39,17%.

O fato da cidade de Santa Gertrudes possuir um número reduzido de ESF (Três efetivadas e duas em processo de implementação) proporciona maior facilidade para a investigação de todo o sistema de saúde público que é oferecido à população idosa desta cidade.



Figura 1: Localização de Santa Gertrudes no Estado de São Paulo.

Fonte: www.guianet.com.br/sp

¹ Proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos adultos de 0 a 14 anos, Fonte: SEADE, 2005).

Para atender ao objetivo geral anteriormente citado, é necessário o cumprimento dos seguintes objetivos específicos:

- ✓ Analisar o Programa Saúde da Família como uma proposta de gestão pública da saúde;
- ✓ Descrever a estrutura, funcionalidade e acessibilidade do Programa Saúde da Família na cidade de Santa Gertrudes, observando os desafios que as ESF's de Santa Gertrudes encontram para implantar as estratégias do PSF voltadas ao idoso;
- ✓ Observar e descrever os estilos de vida dos idosos da cidade de Santa Gertrudes; realizando a avaliação funcional dos idosos envolvidos nesta investigação;
- ✓ Observar e descrever as ações dos "cuidadores informais" relacionadas à manutenção da capacidade funcional da população idosa atendida pelas USF em Santa Gertrudes;

Assim sendo, esta investigação pretende contribuir com a produção científica geográfica, denominada Geografia da Saúde, evidenciando a importância do geógrafo no planejamento urbano, no momento da elaboração e implementação de políticas públicas que produzem transformações no espaço.

**CAPÍTULO 1: A GEOGRAFIA HUMANÍSTICA: A ABORDAGEM
FENOMENOLÓGICA DO ESPAÇO GEOGRÁFICO E SUA
APLICAÇÃO NA GEOGRAFIA DA SAÚDE.**

Entende-se que o planejamento de ações de mudança no espaço urbano requer o conhecimento, por parte de seus gestores, das necessidades percebidas pela sua população. Quanto mais próximas da realidade estiverem estas necessidades, maiores serão as chances de eficácia no momento de implementação dessas ações e de avaliação dos resultados obtidos.

Assim sendo, optou-se por empregar nesta investigação a abordagem fenomenológica do espaço geográfico, adotada pela Geografia Humanística, tendo como pressuposto o conceito de espaço vivido como recorte do mundo vivido, enfatizando as experiências pessoais.

Como representativo dessa perspectiva geográfica humanística, inserimos o trabalho pioneiro de Lowenthal (1961), fundamentado em estudo de “percepção do entorno”, inicialmente proposto por Wright (1947), e estudos de outras ciências, como a psicologia comportamental e o urbanismo culturalista. (EVANGELISTA, 1997).(Figura 2)

ANO:	AUTOR (s):	Estudo:
1979	RELPH	“As bases fenomenológicas da Geografia”
1978	BALCHIN	“Graficacia”
1980	ENTRIKIN,	“O humanismo contemporâneo em Geografia”
1982	BUTTNER	“Apreendendo o dinamismo do mundo vivido”
1982	LOWENTHAL	“Geografia, experiências imaginação: em direção a uma epistemologia geográfica”.
1982	TUAN,	“Geografia humanística”
1990	COLLOT,	“Pontos de vista sobre a percepção das paisagens”

Figura 2: Estudos iniciais da Geografia Humanística.

Fonte.: EVANGELISTA (1997)

Org.: DOMINGOS, 2007

De acordo com Evangelista (1997), os estudos de Lowenthal (1961) são complementados pelos artigos de Buttimer (1976) e Tuan (1976). Os trabalhos de Tuan (1976) são mais inflamados de humanismo, enquanto os de Buttimer (1976) e Relph (1979) são mais expressivos pela aplicação da perspectiva fenomenológica.

Para uma ampliação do conhecimento desse setor, são úteis as leituras das obras de Relph (*Place and placelessness*, 1979), as de Tuan (*Topophilia*, 1974; *Space and place*, 1976; *Landscape of fear*, 1979), e a coletânea *Humanistic Geography*, de Ley e Samuels (1978). (EVANGELISTA,1997)

No Brasil, os estudos geográficos baseados na fenomenologia iniciaram-se com Oliveira e Machado (1975), através da publicação de “Como adolescentes percebem geograficamente relações espaciais topológicas e euclidianas através de pré-mapas”.

Esta produção científica tomou forma em 1978, com a publicação de “Estudo Metodológico e Cognitivo do Mapa”, de Oliveira. No entanto, foi com a tradução de duas das obras de Tuan: *Topofilia* (1980) e *Espaço e Lugar* (1983), que a referida autora contribuiu para a difusão da geografia humanística no Brasil.

Segundo Marandola (2003, p.8):

A obra *Topofilia*, com o subtítulo “estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente”, representou a sua grande realização e o grande referencial desta linha investigativa, ao mesmo tempo, um grande incômodo para os geógrafos céticos e intolerantes à postura e condutas desta geografia.

Amorim Filho (1999, p.81) afirma que:

Um dos mais expressivos centros de estudos e pesquisadores filiados a esta corrente no Brasil é justamente a UNESP de Rio Claro – SP, principal núcleo irradiador dos estudos de percepção ambiental, sob a liderança das geógrafas Livia de Oliveira e Lucy Machado, que conseguiram formar um grupo numeroso de discípulos não apenas em Rio Claro como também em todo o país. Além das muitas pesquisas e publicações pessoais, as duas professoras orientaram algumas dezenas de dissertações e teses dentro da temática geral da Geografia Humanística e, em

particular, da percepção e cognição ambientais com uma abordagem principalmente de base piagetiana.

Marandola (2003) afirma que a obra “Percepção ambiental: a experiência brasileira”, de Oliveira e Del Rio (1996), efetiva os estudos sobre Percepção do Meio Ambiente no país, construindo o estado da arte desta linha investigativa. São mais de uma dezena de trabalhos de ex-orientandos e de profissionais de outras áreas, que também têm se dedicado não apenas à Percepção Ambiental, mas a um grande número de temas da própria Geografia Humanística. Com relação ao desenvolvimento da Geografia Humanística no Brasil, hoje, Evangelista (1997) cita que:

A Geografia Humanística no Brasil caminha principalmente por três vertentes: uma ligada mais diretamente à linha trabalhada pela profa. Lívia, relacionando a Percepção e Cognição do Meio Ambiente à paisagem, ao lugar e à experiência; outra, que tem na Geografia Cultural sua principal orientação e fonte de inspiração (principalmente ligada ao grupo do Rio de Janeiro); e uma terceira, derivada desta última, mas em íntima relação com a primeira, que são estudos que envolvem a interface Geografia e Literatura, cujo expoente maior é o professor Carlos Augusto de F. Monteiro.

Oliveira (apud EVANGELISTA,1997, p.2) afirma que “[...] uma das grandes contribuições da Geografia Humanística foi colocar ou recolocar muitos problemas filosóficos, enfatizando a categoria de lugar, como foco da afetividade e relação com o ambiente.”.

A Geografia Humanística e o espaço geográfico.

Ao longo da evolução do pensamento geográfico, o espaço foi abordado de maneiras diferentes, conforme pode ser observado a seguir: (Figura 3).

Corrente Filosófica	Autor (s)	Conceito de espaço utilizado:
Metafísica 384ac – 322ac	ARISTÓTELES	O espaço é uma área preenchida de corpos, neste caso sua visão despreza a necessidade do homem como componente.
Crítica Razão Pura 1700	KANT	O espaço não é algo passível de percepção, mas o que permite haver a percepção.
Fenomenologia	MERLEAU-PONTY	O espaço não é o meio (real ou lógico) onde se dispõem as coisas, mas o meio pelo qual a posição das coisas se torna possível.
Geografia Tradicional (1870-1950)	RATZEL HARTSHORNE	O espaço é definido como espaço vital, ou seja, base indispensável para a vida do homem. O espaço vital se confunde com o conceito de território, pois o autor concede um caráter de poder aos espaços.
Geo. Teorética- Quantitativa (década de 50)	CHRISTOFOLETTI	O conceito de espaço aparece associado à noção de planície isotrópica sob a ação de mecanismos econômicos.
Geografia Crítica (1970)	SANTOS	O espaço é concebido como lócus da reprodução das relações sociais de produção.

Figura 3: Diferentes abordagens do conceito de espaço.

Fonte.: EVANGELISTA (1997)

Org.: DOMINGOS, (2007)

Para Reynaud (apud SANTOS, 1986, p.5):

Espaço, assim como tempo, é uma palavra cheia de subentendidos, de pressupostos e de acepções múltiplas, que o geógrafo inevitavelmente tem em mente quando se refere a essa noção ambígua. Que é espaço, quais são suas relações com o tempo, por que esses dois termos são frequentemente associados?

Através da definição apresentada por Kant e Leibniz no século XVIII, e mencionada por Reynaud (op. cit), o espaço geográfico é associado à preocupação em localizar os pontos principais da superfície terrestre e em mensurar os limites e as formas dos continentes:

O espaço é uma representação necessária a priori, que serve de fundamento a todas as percepções exteriores. Nunca se pode representar que o espaço não existe, embora se possa pensar que não haja objetos no espaço. O espaço é considerado como a condição de ocorrência de fenômenos, não como uma determinação dependente deles, e constitui uma representação a priori que serve de fundamento de uma maneira necessária, aos fenômenos exteriores (KANT, 1972, p.66)

De acordo com Reynaud (op. cit), o autor que mais se aproximou da definição do objeto de estudo da ciência geográfica foi Braudel (1944, p.172), quando relata que “ a geografia parece-me ser, em sua plenitude, o estudo espacial da sociedade ou, para ir até o final do meu pensamento, o estudo da sociedade pelo espaço.”

Nesta investigação, optou-se por empregar a abordagem fenomenológica do espaço geográfico, adotada pela Geografia Humanística, tendo como pressuposto o conceito de lugar, denominado também de espaço vivido, como sendo recorte do mundo vivido, enfatizando as experiências pessoais.

Autores como Relph(1979), Tuan (1980) e Buttimer (1982), ao proporem uma fenomenologia para a geografia, promovem as discussões a respeito da complexidade da experiência do mundo vivido dentro de uma visão fenomenológica.

Mello (1991, apud NITSCHKE, 2006, p. 52) definiu a Geografia Humanística como sendo “uma forma de compreender a multiplicidade dos acontecimentos da vida a partir dos valores e sentimentos das pessoas, evitando assim o esforço de se reduzir o mundo a leis, ou corpo teórico.”.

De acordo com Nitsche (2006, p.55):

A Geografia vai mais além quando abre a possibilidade de estudarmos as concepções geograficamente subjetivas do mundo, que existem na mente de inumeráveis pessoas comuns, ao vislumbrar uma perspectiva chamada humanística. Esta abertura permite que a geografia passe a desenvolver estudos sobre a percepção das pessoas em relação ao seu ambiente de vivência, considerando também os saberes não científicos como fonte de conhecimento.

De acordo com Tuan (1982):

A Geografia Humanística oferece aparatos metodológicos e técnicos que auxiliam no alcance do melhor entendimento do homem e de sua condição. Esta corrente geográfica não é, desse modo, uma ciência da terra em seu objetivo final. Ela se entrosou com as Humanidades e Ciências Sociais no sentido de que todas compartilham a esperança de prover uma visão precisa do mundo humano.

Para Relph (1979, p.8), o mundo possui duas categorias: o mundo vivido natural e o social:

[...] o mundo vivido pré-determinado ou natural de coisas, formas e de outras pessoas, possui modos variantes de aparência, no tempo e no espaço; este é o mundo que vemos e sentimos, no qual estão apenas implicados, porque se constitui numa situação necessária que nos é dada.

Em contraste com este mundo natural pré-determinado há o mundo vivido social ou cultural, o qual compreende os seres humanos com toda ação e interesse humanos, trabalhos e sofrimentos. O mundo é visto e experienciado não como uma soma de objetos, mas como um sistema de relações entre o homem e demais objetos de seu entorno.

Segundo Duarte (2005, p.32):

O espaço deve ser tratado como um fenômeno, para tal, tem que percebê-lo como objeto de manifestação do seu (s) sentido (s) e

como estrutura que reúne existência e significação, homem e mundo, pois esta é a concepção de fenômeno que consideramos, e é nesta linha de pensamento que gira a concepção fenomenológico-existencialista.

A Geografia Humanística e o espaço vivido natural: A Paisagem

Com a publicação da tese intitulada “A Serra do Mar Paulista: um estudo de paisagem valorizada”, Machado (1988) contribuiu com a evolução dos estudos relacionados à geografia humanística. Nesta obra, a autora apresenta a definição da categoria Paisagem:

Modernamente, ela é enfocada globalmente como um sistema aberto, dinâmico e que se estrutura hierarquicamente, abarcando todo o conjunto de elementos, em contínua combinação dinâmica. Mas os estudos mais recentes demonstram que as paisagens não envolvem apenas a topografia, clima e vegetação, eixos de circulação e meios de transportes, profissões e contexto cultural e religioso, campos de cultivo, organismos urbanos e industriais, mas também e igualmente a vivência das pessoas que sentem, valorizam, percebem, gostam, desgostam e se relacionam com a paisagem de modo bastante variado. (MACHADO, 1988, p.64)

A existência de culturas, grupos e estilos de vida de diversas formas e origens implica na ocupação e caracterização do espaço de acordo com cada indivíduo. Desta forma, o espaço é organizado segundo as existências percebidas, resultando na elaboração de paisagens, sendo estas também resultados dos espaços percebidos.

A paisagem é uma maneira de ver, uma maneira de compor e homogeneizar o mundo externo, ou seja, a paisagem está intimamente ligada ao olhar, às imagens, que são subjetivas.

Para Duarte (2005, p.32):

[...] é através dessa categoria geográfica que o homem relê o mundo, relê porque a paisagem é movimento. É uma conversa que o homem estabelece com o mundo externo por meio de linguagem simbólica. Nessa conversa o homem percebe o mundo em

constante construção, onde a dialética das imagens passa como se fossem “flash backs”.

Ao tomar contato com a paisagem, o homem retira dela seus significados e significantes através do seu olhar, das suas sensações. Esta paisagem impõe ao homem certo discurso que irá se fazer presente no seu cotidiano e este pode impor a ela (a paisagem) um novo discurso.

De acordo com Moreira (apud DUARTE, 2005), ocorre uma interação entre cotidiano/paisagem que nada tem a ver com aquelas paisagens estáticas do passado. Hoje as paisagens são fluídas e se metamorfoseiam tanto que parecem tela de cinema.

A Geografia Humanística e o espaço vivido social: O Lugar

“O espaço vivido é o conjunto de lugares e ao mesmo tempo é universal, com interconexões, resultado da ação humana.” (LOWENTHAL, apud EVANGELISTA, 1997, p.2).

Relph (1979, p.4) cita que: “ em resumo, os significados originais do mundo vivido estão constantemente sendo explicados por conceitos científicos e pela adoção de convenções sociais”. No entanto, apesar de vivermos nele, o mundo-vivido não é absolutamente óbvio, e os seus significados não se apresentam por si mesmo, mas têm de ser descobertos e associados.

O desafio para o pesquisador está em observar os significados sem destruir sua riqueza e complexidade. A descrição e a interpretação fenomenológica oferecem métodos bem desenvolvidos para se realizar essa tarefa.

Enentrikin (1976, p.48 apud Evangelista op cit) afirma que:

Para o fenomenólogo, o espaço é um contexto, experienciado como sendo de certa espessura, em oposição aos pontos adimensionais do espaço mensurável. Para cada indivíduo, para cada grupo humano, existe uma visão do mundo, que se expressa através das suas atitudes e valores para com o quadro ambiente. É o contexto pelo qual a pessoa valoriza e organiza o seu espaço e o seu mundo, e nele se relaciona.

A geografia humanística entende que o espaço deve ser elaborado a partir da percepção, entendida como conhecimento intersubjetivo a caminho de uma objetividade possível.

Rezende (1990, p.24) cita que:

Esta intersubjetividade refere-se ao encontro de invariantes encontradas nas diversas formas de percepção do espaço, pela análise dos discursos sobre o mesmo, de forma a chegar a um discurso da essência que seja, conforme se diz, significativa, pertinente, relevante, referente e provocante.

No caso do espaço vivido, o significado dado se baseia na construção de cada um. A reconstrução da memória espacial é feita através do uso seletivo do passado. Estas invariantes se encontram nas construções do espaço.

Para Relph (1979, p.10):

[...] nós não somente apreendemos o espaço através de nossos sentidos, mas vivemos nele, nele projetamos nossa personalidade e a ele somos ligados por limites emocionais. Espaço não é exatamente perceptual, sensorial ou representativo: ele é vivido. “E porque ele é vivido deve haver tantos espaços quantas forem as experiências espaciais; colocando diferentemente, como nossa consciência de espaço se modifica, então os espaços onde estamos mudam para nós suas qualidades e significações.”

Buttimer (1995) cita que o homem está envolto por espaços vividos, está também envolto por outros homens que possuem e percebem outros espaços de maneira diferente. Perceber, além de significar, é dar valor. O desafio para o geógrafo humanista está em imaginar a si próprio como um “estrangeiro”, para que ele vença seu ego e consiga perceber o espaço vivido do outro.

Dardel (apud RELPH, 1979, p.12) identifica cinco formas de espaço geográfico em termos de seus ambientes, embora não sejam consideradas como categorias mutuamente exclusivas, e admite uma variedade indefinida de experiências: “Espaço material ou substancial; Espaço telúrico; Espaço aquático; Espaço do ar; e Espaço construído.”

Para o referido autor:

O espaço geográfico é uma fusão dos espaços da superfície, telúrico, água, ar e construção com os espaços da imaginação e projeção. É sempre um espaço rico e complexo que é ordenado com referência às intenções e experiências humanas, porque estamos imersos e prolongados no espaço através de nossas ações e percepções. (DARDEL, apud RELPH, 1979, p.12)

As noções de espaço e lugar surgem como muito importantes para esta tendência geográfica. O lugar é aquele em que o indivíduo se encontra ambientado, no qual associa seus sentimentos e afeições.

O lugar não é toda e qualquer localidade, mas aquela que tem significância afetiva para uma pessoa ou grupo de pessoas. Em 1974, ao tentar estruturar o setor de estudos relacionados com a percepção, atitudes e valores ambientais, Yi-Fu Tuan propôs o termo *Topofilia*, definindo-o como "o elo afetivo entre a pessoa e o lugar ou quadro físico". (TUAN, apud CHRISTOFOLETTI, 1985, p.72)

Para a Geografia Humanística, a distância é de âmbito espaço-temporal, esclarece Tuan (apud CHRISTOFOLETTI, 1985, p.72), pois envolve não só as noções de "perto" e "longe", mas também as de passado, presente e futuro. Todavia, a integração espacial faz-se mais pela dimensão afetiva que pela métrica.

Estar junto, estar próximo, não significa a proximidade física, mas o relacionamento afetivo com outra pessoa ou com outro lugar.

Dessa maneira, Tuan (1974, apud CHRISTOFOLETTI, 1985, p.72) observa que:

O espaço e lugar estão no âmago da nossa disciplina. Sob a perspectiva positivista a geografia é a análise da organização espacial. Sob a perspectiva humanística o espaço e lugar assumem características muito diferentes. A tarefa básica do geógrafo humanista é mostrar o que eles são através de uma estrutura coerente.

Para Relph (1979, p.16):

Não há limites precisos a serem traçados entre espaço, paisagem e lugar, como fenômenos experienciados. Nem a relação entre

eles é constante – lugares têm paisagens, e paisagens e espaços têm lugares.

Culturalmente lugar talvez seja o mais fundamental dos três, porque focaliza espaço e paisagem em torno das intenções e experiências humanas. Conhecemos o mundo pré-conscientemente através e a partir dos lugares nos quais vivemos e temos vivido lugares que clamam nossas afeições e obrigações. Claramente neste contexto lugar significa muito mais que o sentido geográfico de localização.

A realidade urbana é produto de diferentes lugares que se conectam ao longo do tempo, e cada lugar é representado pelas relações humanas e o meio físico; a observação das individualidades humanas no espaço geográfico proporciona a evolução no desenvolvimento de propostas para a minimização das doenças.

Dentre as categorias de análise do espaço geográfico, apresentadas até este momento, esta investigação optou por adotar a categoria de lugar como sendo o espaço vivido social.

A corrente geográfica denominada Geografia Humanística proporciona que sua abordagem seja empregada por diversas disciplinas da ciência Geográfica, como Geografia do Turismo, Geografia da Percepção, Geografia da Religião e a Geografia da Saúde, sendo esta última a adotada nesta pesquisa.

A Geografia Humanística empregada nesta pesquisa, sob o olhar da Geografia da Saúde, contribuirá com o conhecimento geográfico, podendo auxiliar profissionais de diversas áreas, voltados para a organização de políticas públicas saudáveis.

A Geografia e a Saúde Humana: Breve Histórico dos estudos de Geografia da Saúde.

É vasta a contribuição da ciência geográfica na elaboração e mesmo na implementação de ações voltadas para diversas políticas públicas. No caso da saúde humana não é diferente, sendo os estudos relacionados a esta temática reunidos na denominada Geografia da Saúde.

Lacaz (1972, p.1) esclarece que:

Esta disciplina estuda a geografia das doenças, isto é, a patologia à luz dos conhecimentos geográficos. Conhecida também como Patologia geográfica, Geopatologia ou Medicina geográfica, ela se constitui em um ramo da Geografia Humana (antropologia) ou então da Biogeografia.

Paraguassu-Chaves (2001, p.98) considera a geografia médica ou geografia da saúde “como o estudo das variações geográficas na distribuição das doenças e na provisão e cuidados de saúde.”

A Geografia da Saúde possui duas principais correntes, a Tradicional e a Contemporânea, e cada qual possui as linhas de pesquisa apresentadas a seguir: (Figura 4).

Tradicional	Contemporânea
<p>Aceitação da doença como uma ocorrência natural; culturalmente isenta; observada como entidade real, íntima colaboração com o modelo biomédico, privilegiando a mensuração e a modelização dos fatores envolvidos.</p>	<p>Problematização da noção de saúde e de doença com recursos a contributos interdisciplinares produzidos pelas ciências sociais: transgressão dos patamares metodológicos do modelo biomédico e da normatização subjacente; valorização da metodologia qualitativa e da experiência subjetiva.</p>
<p>Linha I: Padronização espacial da morbidade e da mortalidade: Cartografia temática (com recurso da moderna ferramenta SIG); Estudos ecológicos (ecological medical geography); Ecologia da Doença; Estudos de associação (forte relação com a epidemiologia analítica e com estatística espacial); Estudos de difusão (produção de modelos descritivos, preditivos e de interdição).</p>	<p>Linha III – Abordagem Humanística: Influência das correntes fenomenológica e existencialista; valorização da metodologia qualitativa; valorização da experiência subjetiva; Linha IV – Abordagem Estruturalista, Materialista, Crítica: Identificação e investigação das determinantes econômicas, sociais, e políticas da saúde; valorização da teoria social e econômica como ferramenta interpretativa; desqualificação de fundamentação exclusivamente empirista;</p>
<p>Linha II – Padronização Espacial de Provisão de Serviços (Geografia dos cuidados de Saúde): Padronização e otimização espacial da oferta/consumo dos serviços de saúde; Detecção e padronização de iniquidades na oferta e utilização de serviços de saúde; Utilização dos serviços de saúde na óptica do utilizador (inclui análise de estruturas administrativas e explicações behavioristas).</p>	<p>Linha V – Abordagem Cultural: (transgressão de limites): Instrumento de leitura fornecido pela geografia cultural e do bem estar, valorização da metodologia etnográfica e antropológica; qualificação das componentes imateriais do espaço na interpretação dos quadros de saúde e de doença.</p>

Figura 4 - Linhas de pesquisas da Geografia da Saúde:

Fonte: NOSSA (2005, p.13)

Diferente da Tradicional, a Geografia da Saúde Contemporânea, na qual está baseada esta investigação, preocupa-se com os aspectos qualitativos da saúde, como a qualidade do ambiente, a qualidade individual e social do estado de saúde, que passa a ser encarada como um bem comum, estando conectada com a experiência diária das comunidades e do lugar.

Os estudos da corrente contemporânea envolvem a seguinte temática: a análise espacial do sistema de distribuição da atenção médica; a questão do acesso aos serviços e de seu consumo; a busca de indicadores capazes de discernir a respeito dos níveis de saúde da população urbana e rural; e o estudo do processo de expansão da rede de serviços.

Para Sperândio (2006, p.37):

A Geografia Contemporânea valoriza a história pessoal e coletiva, e se traduz em uma linguagem polissêmica, repleta de signos e significados. Como está preocupada com os aspectos qualitativos e não com os quantitativos, utiliza-se, principalmente, de fontes primárias, como entrevistas e questionários.

Em numerosas referências ocidentais ao nascimento da Geografia Médica, cita-se como seu precursor Hipócrates (384 a.C.) e sua obra “Dos ares, das águas e dos lugares”. Em geral, sua evolução na Antiguidade se associa à Escola Hipocrática e às obras de seu discípulo Galeno.

Já na Idade Média se caracteriza por um profundo sentimento religioso, sem o menor ressaio do cepticismo dos antigos, tendo poucos autores dedicados à Geografia da Saúde, como, por exemplo, Santo Alberto Magno, responsável pelas primeiras investigações relacionadas à Climatologia e Saúde. (Figura 5)

Período Histórico	Descobertas e avanços metodológicos
1746	Hoffmam discorre sobre doenças endêmicas, ou seja, sobre os transtornos devido ao clima, situações e métodos particulares de vida.
1774	Surgimento da Geografia das Doenças, com Cotte, que afirma que do ar podem surgir as distintas doenças.
1792/1795	Finke “Ensaio de uma geografia geral médico-prática” - 1º tratado científico, tendo a sua estruturação como ciência devido aos esforços de naturalistas e sanitaristas.
1800	Revolução dos transportes – moda das curas climáticas – Humboldt evidencia temores deterministas.
1854	John Snow – transmissão da cólera em Londres - surgimento da Epidemiologia -

Figura 5: Avanços de novos e fundamentais aparatos na Idade Moderna.

Fonte: PARAGUASSU-CHAVES (2001, p.98).

Org.; A. Domingos, 2007.

Através das obras do geógrafo francês M. Sorre, no século XX, tem-se o ressurgimento da Geografia da Saúde, com a divulgação dos conceitos de Ecúmeno e Complexo Patogênico.

Sorre (1943, apud PARAGUASSU-CHAVES, 2001, p.98):

[...] estabelece ecúmeno como sendo o espaço de relações entre os organismos vivos e os grupos humanos, incluindo as transformações de ambos os componentes; e complexo patogênico como sendo a unidade biológica de ordem superior que inclui, além do homem, os agentes, seus vetores e todos os organismos vivos que condicionam ou comprometem sua existência.

Os complexos patogênicos são considerados pelo autor como infinitos em número e variedade e seu conhecimento constitui a base de toda Geografia; sendo exemplos de estudos: Complexo da Peste, Complexo da Malária.

No desenvolvimento de tais idéias fica evidenciado o método ecológico, pois, segundo Sorre (1943, apud PARAGUASSU-CHAVES, 2001, p.98) “ecúmeno é, enfim, o habitat, a moradia do homem, e para explicá-lo o método ecológico tornou-se central na geografia sorreana.”.

Desta forma, na década de 50 a escola anglo-saxã, representada por Jacques M. May, impulsiona os trabalhos relacionados à Geografia da Saúde, afirmando que os fatores ambientais de ordem social, que exercem influência na saúde do homem, devem ser sempre considerados nas pesquisas da área.

O ressurgimento da Geografia Médica é concretizado através da publicação de trabalhos voltados para a epistemologia da ciência; o planejamento de sistemas de saúde; e epidemiologia geográfica, marcando de forma concreta o ressurgimento da Geografia da Saúde.

Nas décadas de 60 e 70, a Geografia da Saúde apresenta a análise espacial dos serviços de saúde e seu planejamento, divulgando a abordagem ecológica das doenças, e nos anos 80 tem-se o aumento do interesse pelo tema, através de desenhos epidemiológicos e de técnicas estatísticas para o estudo de padrões espaciais e temporais de enfermidades.

A Geografia da Saúde contribui para a visualização espacial de informações, trazendo subsídios ao processo de vigilância e atenção à saúde, através dos mapeamentos das áreas de riscos e dos serviços de saúde.

De acordo com Mazzetto (2001, p.28):

Com o aparecimento das doenças denominadas reemergentes, (Cólera 1980; Dengue 1990; Meningite 1996; Tuberculose 1995; Difteria e Malária) e emergentes (AIDS e Ebola), tem-se o uso de técnicas como a Difusão Espacial, que são utilizadas nos estudos de geografia da saúde para a análise das epidemias das referidas doenças infecciosas.

Barcellos (2003, p.12) esclarece que:

Através de mapas, podem-se sobrepor dados sócio-ambientais e sanitários que permitam uma melhor focalização de problemas, facilitando assim o planejamento de ações por parte tanto do poder público quanto da população local. Ao mesmo tempo as escolhas

realizadas nas fases de construção de mapas (a escolha de escala de trabalho, unidades de análise, fontes de informação e modelos de análise) explicitam uma concepção de espaço geográfico.

Para Paraguassu-Chaves (2001, p.45), atualmente o campo temático denominado “Geografia e Saúde Médica e/ou Geografia da Saúde encontra-se em processo de incremento de pesquisas aplicadas, como também de discussão acerca do referencial teórico-metodológico, e do seu próprio conceito.”

Estão contribuindo para este avanço metodológico grandes centros internacionais como: Universidade Carolina do Norte (EUA); Minnesota (EUA); Cambridge (Reino Unido); Universidade Nacional de San Juan – Argentina (Jorge Pickenhayn), e Universidade de Havana – Cuba (Luiza Rojas).

No Brasil, a realização do I Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, que aconteceu de 03 a 05 de Dezembro de 2003, em Presidente Prudente, do II Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e do I Encontro Luso-Brasileiro de Geografia da Saúde, em 2005, no Rio de Janeiro, contribuiu para a divulgação e fundamentação da Geografia da Saúde no país.

Com relação a este desenvolvimento metodológico, Rojas (1998, p.4) afirma que:

[...] trabalhos desta temática devem analisar a distribuição geográfica dos serviços de saúde, evidenciando a preocupação em avaliá-lo do ponto de vista de uma abordagem geográfica, ou seja, de que forma os aspectos geográficos estariam atuando sobre essa distribuição e, mais ainda, como se daria a interação desses aspectos com a distribuição da própria população.

Esta investigação acredita que estudar as ações dos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários da Saúde, sob o olhar geográfico, observando como os mesmos percebem o espaço vivido de sua clientela, irá contribuir tanto para as investigações da Geografia da Saúde, quanto para a melhor eficácia das ações voltadas para a minimização dos agravos à saúde pública.

**CAPÍTULO 2:
PLANEJAMENTO DE SISTEMAS DE SAÚDE**

Dentre os inúmeros enfoques utilizados na gestão de um lugar, encontram-se as políticas públicas de saúde, que nesta investigação são denominadas políticas públicas saudáveis, conforme orienta a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

De acordo com Brasil (2005, p.1):

Entendem-se como políticas públicas o conjunto das normas, regulamentos, decisões, ações políticas e estratégias estabelecidas para fomentar o desenvolvimento de programas, projetos e atividades de desenvolvimento social, econômico, científico e tecnológico, bem como os recursos alocados para tal finalidade.

O conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foi apresentado pela primeira vez em 1978, na Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, através da Declaração de Alma-Ata:

Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

Observa-se, nesta definição, que a referência à ausência de doença ou enfermidade é condição essencial deste conceito de saúde e dele não deve ser separado sob pena de se reduzi-lo à total utopia.

Para Sá Junior (2004, p.3):

A definição de saúde adotada pela OMS não é uma definição vulgar e nem científica, pois discorda das exigências contemporâneas referentes à elaboração das definições (científicas ou não), tampouco é uma concepção ampla de saúde, mas é apenas uma concepção de saúde humana.

A saúde definida pela OMS está distante da vivenciada, pois o alcance do completo bem-estar não condiz com a realidade, mesmo quando se trata dos países desenvolvidos.

Dubos (1968, apud NOSSA, 2005, p. 1) completa este pensamento quando afirma que:

A saúde não deve ser considerada como um estado ideal de bem-estar conseguido através da eliminação completa da doença, mas como um “modus vivendi” que permita aos homens imperfeitos terem uma vida compensatória e não demasiado difícil.

Entende-se então que o bem-estar almejado pela sociedade atual possui complexidades e particularidades próprias de cada lugar, e as ações apenas dos órgãos ligados diretamente com a saúde não são suficientes para abranger tais complexidades.

A OMS (2002, p.1) relata que:

Com demasiada freqüência as determinantes principais da saúde, assim como as soluções, estão fora do controle direto do setor saúde, estão arraigadas em áreas como o saneamento e abastecimento de água, alterações climáticas e ambientais, na educação, na agricultura, no comércio, no turismo, no transporte, no desenvolvimento industrial e na habitação. O vínculo entre qualidade ambiental e a saúde é decisivo.

Para Lalonde (apud WATSON, 1999, p.30),” o campo da saúde é como um modelo, a partir do qual quatro grandes categorias de fatores determinam a saúde: estilo de vida; meio ambiente; biologia humana; e a organização dos serviços de saúde.”

Postas estas considerações a respeito do objeto das políticas públicas saudáveis, pode-se afirmar que, ao longo dos anos, inúmeros foram os avanços na elaboração de mecanismos para o alcance do completo bem-estar da sociedade.

Segundo Rosen (1994, apud WATSON,1999, p.17): “distinguem-se três momentos na constituição da saúde pública: o pré-capitalista, o revolucionário e o moderno.”.

O primeiro engloba a Antiguidade e a Idade Média, onde a dimensão pública da saúde aparece pulverizada em concepções e práticas de diferentes

ordens, sempre baseadas em concepções naturalistas ou metafísicas, até serem superadas por ocasião do Renascimento.

O segundo período é descrito pelo autor como a configuração de uma espécie de consciência médica, ou de caráter social da saúde pública. Todas as manifestações da saúde e da doença que transcendiam o sujeito individual, interpretadas como aspectos orgânicos, passam a ser relacionadas entre si e entendidas como resultantes da vida em sociedade. Surge, assim, a polícia médica, a higiene pública e, por fim, a moderna saúde pública.

O terceiro momento é identificado por Rosen como o processo de institucionalização e pluralização da intervenção sobre a dimensão pública da saúde. Esse período corresponde ao momento em que se estabilizam as modernas relações econômicas e políticas da ordem social capitalista.

Desta forma, é através das Conferências Internacionais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que os governos passam a discutir os problemas encontrados na gestão da saúde pública, bem como a divulgação de experiências de sucesso. Os resultados dessas reuniões, registrados no formato de cartas, são documentos indispensáveis para o entendimento da evolução da Promoção da Saúde. (Figura 6)

Período	Conferência	Avanço
Década de 70	Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde.	Na América Latina formulando a idéia de Epidemiologia Social.
Década de 80	I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá); II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Adelaide (Austrália)	Meta: Saúde para Todos no ano de 2000. Uso do conceito Promoção da Saúde. Construção de políticas públicas saudáveis; Criação de ambientes favoráveis à saúde; Reorientação dos serviços de saúde.
Década de 90	III – Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde- Sundswall (Suécia). 1992- Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento – Rio 92; Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas – Bogotá (Colômbia); IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Jacarta (Indonésia);	Ambientes Favoráveis Participação comunitária Determinantes da saúde que devem estar relacionados nas políticas públicas saudáveis: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres e ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social - respeito aos direitos humanos e equidade.
2000	V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Cidade de México (México).	Discussão dos obstáculos para o alcance das metas.

Figura 6 – Avanços promovidos pelas Conferências Internacionais de Saúde.

Fonte.: MINAYO (2002, p.168).

Nota-se, através do referido quadro, que foi somente a partir da década de 80 que os governos passaram a divulgar a **responsabilidade compartilhada**, no sentido de reorientação dos serviços de saúde, responsabilizando pela promoção da saúde não apenas os profissionais da saúde, instituições e governos, mas também os indivíduos, comunidade e grupos.

Segundo Brasil (2005, p.1), em 1991 foi divulgado o conceito de políticas públicas saudáveis:

A OPAS caracteriza **políticas públicas saudáveis** como sendo o interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde da população, tomando como principal objetivo das mesmas a criação de um **ambiente favorável**, que deverá proporcionar para a comunidade “**viver vidas saudáveis**”.

O ambiente favorável é entendido, neste contexto, como um lugar que protege a saúde humana dos efeitos adversos diretos e indiretos de fatores biológicos, químicos e físicos, reconhecendo que homens e mulheres são partes do complexo ecossistema universal.

A Declaração de Jacarta cita que:

as tendências demográficas tais como a urbanização, o aumento no número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas, um comportamento mais sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, maior uso abusivo de drogas e a violência civil e doméstica ameaçam a saúde e o bem estar de centenas de milhões de pessoas”. (BRASIL, 2005, p.1)

Na Quinta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México, México, em 2000, os envolvidos mostraram-se conscientes de que, nos últimos anos, através dos esforços sustentados dos governos e sociedades em conjunto, houve uma melhoria significativa da saúde e progresso na provisão de serviços de saúde em muitos países do mundo.

Sabe-se, no entanto, que apesar dessas melhorias, ainda persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico e que, portanto, devem ser urgentemente resolvidos para promover uma situação mais equitativa em termos de saúde e bem estar.

Dentre os atuais problemas que devem ser amenizados através das ações das políticas públicas de saúde, estão as doenças mais recentes, como a AIDS e Cólera, e as doenças reemergentes como a Tuberculose.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: A IMPLANTAÇÃO DO SUS

No caso brasileiro, a falta de exercício da prática política vem determinando e impondo a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública, e provocando uma integração passiva às políticas públicas na forma em que são concedidas pelo Estado.

Para Bettioli (2005, p.10):

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento no desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

Minayo (2002) relata as ações voltadas à saúde da população brasileira, que tiveram seu início por volta de 1880, com a passagem do Império para a República, quando foram criados o Instituto Vacinogênico, o Laboratório Bacteriológico, o serviço de Desinfecção, o Instituto Butantã e o 1º Código Sanitário.

Por volta de 1904, no Rio de Janeiro, houve uma aceleração da prática da saúde pública, motivada pelo evento chamado “a revolta das vacinas”, tornando a saúde uma questão de polícia.

Mas, foi no Estado Novo (1930-1945) que a saúde pública dividiu-se em duas grandes áreas: a saúde preventiva, destinada a todos, e a saúde curativa, à qual só tiveram acesso os contribuintes, ou seja, os inseridos no mercado de trabalho, sendo que nesse processo o Estado foi o maior cliente do setor privado de saúde.

Desde o final do século XIX até aproximadamente a década de 60, são os modelos causais – uniaxial e multicausais – baseados na teoria do germe, os mais usados. Segundo esses modelos, a explicação para as doenças encontra-se em agentes externos ao homem e respondem a características individuais.

Adicionalmente, faz parte deste enfoque a identificação de grupos de risco, os denominados segmentos vulneráveis da sociedade, isto é, aqueles grupos que, dentre a população, têm mais probabilidade de adoecer por causa de comportamentos específicos adotados (fumantes), ou por causa de condições específicas de existência (materno-infantil).

Na década de 70, em pleno regime político militar e repressivo, foi consagrado em lei, pela primeira vez, o sistema de saúde que legitimou o modelo médico-assistencialista privatista iniciado na década anterior.

Escorel (apud MINAYO, 2002, p.162) afirma que:

Neste mesmo período o surgimento do Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) funcionou como um centro de difusão de uma dinâmica que, nascida do interior do aparelho do Estado, tornou-se capaz de articular o movimento sanitário com os demais movimentos sociais.

A crise econômica e a crise da previdência social brasileira, no início dos anos 80, colocaram sérios entraves para a continuidade do modelo anterior (assistencialista privatista), uma vez que limitaram a ação da rede de interesses formada pelos fornecedores privados, políticos e segmentos burocráticos.

Nesse mesmo momento, observa-se que os críticos do modelo de saúde dos anos 70, mais à vontade para explicitarem suas opiniões dado o clima de democratização, passaram à ofensiva, ocupando cargos públicos e promovendo intensos debates sobre saúde pública.

Assim, principalmente a partir de 1985, deu-se o nascimento de um considerável movimento de múltiplos atores políticos, chamado Movimento pela Reforma Sanitária.

Para a saúde pública brasileira, o grande marco histórico nesse processo foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, cujo relatório por ela produzido serviu de referência para os constituintes dedicados à elaboração da Constituição de 1988.

Carvalho (apud MINAYO, 2002, p.166) relata que:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Na década de 90, os debates saíram de seus fóruns específicos e assumiram outra dimensão, com a participação de entidades representativas da população. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo não somente o sistema único, mas a reforma sanitária.

No ano de 1994 ocorreu a implantação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (Pacs) e do Programa Saúde da Família (PSF), assim como a Norma Operacional básica em 1996, que criou o Piso Assistencial Básico (PAB).

Bettioli (2006, p.60) afirma que:

A implantação do PSF e do PCAS não se trata de uma proposta marginal, paralela ao Sistema de Saúde, mas de um processo de substituição do modelo vigente, tendo como princípios a universalidade e equidade da atenção e a integralidade das ações.

Mesmo com toda esta evolução na elaboração de leis e políticas públicas, ainda hoje não se observam condições satisfatórias nos serviços públicos de saúde oferecidos no Brasil.

Watson (1999, p.35) esclarece que:

De acordo com vários autores, e concordados com isto, a natureza dos problemas de saúde e o modo de enfrentá-los em cada sociedade decorrem de condições políticas, econômicas e sociais, assim como dos conhecimentos disponíveis e das concepções de saúde e doença nelas prevalentes.

Noronha (2001, p.10) relata que:

Os dados do suplemento de saúde que acompanhou a Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar do Instituto brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE), apurados em 1998, revelaram que apenas pouco menos de 25% estão cobertos por alguma forma de plano ou seguro de saúde. Isso significa que os restantes 75% (os mais empobrecidos) continuam dependendo do sistema público, cada dia mais desmontado e desfinanciado.

De acordo com Mazetto (2001, p.52):

O Brasil, por exemplo, passa por uma fase de transição epidemiológica, ou seja, apresenta ao mesmo tempo um quadro antagônico, pois, enquanto a maior parte de sua população é mal atendida pelo serviço público de saúde, uma minoria tem acesso a bons planos de saúde e a equipamentos hospitalares dignos dos países mais avançados do setor. Portanto o panorama epidemiológico também é diverso, sendo que o país apresenta doenças típicas dos mais avançados, ao lado de doenças próprias das condições miseráveis dos países menos desenvolvidos. Este quadro se deve principalmente à diversidade de condições sócio-econômicas.

Sabendo-se que estes aspectos podem alterar a organização espacial da sociedade humana, conhecer essas alterações poderá contribuir para orientar o planejamento dos sistemas de saúde.

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família é apresentado pelo Ministério da Saúde como uma proposta de reorientação do modelo assistencial, e tem como objetivo específico prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral visando superar a dicotomia entre o modelo preventivo e o modelo curativo.

No PSF, “a família passa a ser objeto fundamental da atenção, entendida a partir do ambiente onde vive, que mais do que delimitação geográfica, é o espaço onde se desenvolvem as lutas pela melhoria nas condições de vida.” (CASTRO, 2005, p.2)

Ocorre assim um retorno ao modelo de *cuidadores domiciliares*, mudança esta que necessita ainda de discussão e análise de seus vários aspectos de funcionalidade, no sentido de observar se este modelo atual de sistema de saúde cumpre seu objetivo maior de recuperação, proteção e promoção de saúde.

O PSF apresenta as seguintes diretrizes para o alcance de seus objetivos:

- ✓ Humanização dos serviços de saúde;
- ✓ A família como núcleo básico;
- ✓ Contextualizando o indivíduo com seu meio ambiente;
- ✓ Visão sistêmica e integral;

De acordo com o Ministério da Saúde, o diagnóstico da população potencialmente usuária do serviço é preconizado, segundo os documentos oficiais, como um dos passos primordiais para a implantação da Unidade de Saúde da Família – USF.

Implantada a USF, devem-se considerar as características locais para o aprimoramento do primeiro diagnóstico realizado no momento da implantação.

Desta forma, nota-se que a territorialização é vista como uma etapa da implantação do PACS e do PSF. O Ministério da Saúde também orienta as equipes no sentido de definirem, a priori, a população a ser atendida, o que se coloca, inclusive, como requisito para o financiamento do programa.

Este processo implica no cadastramento e na inscrição da população a ser atendida por cada agente e pela ESF.

A revisão dos documentos legais sobre o PSF permite que se identifiquem alguns requisitos importantes para a delimitação das áreas e micro áreas do PSF (SIAB, 2000).

- ✓ A área deve conter um valor máximo de população, de modo a permitir um atendimento às suas demandas de saúde (um agente de saúde deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas);
- ✓ O agente deve ser um morador da sua micro área de atuação há pelo menos dois anos.
- ✓ A área deve delimitar comunidades, preferencialmente aquelas mais organizadas, que participem do controle social das ações e serviços de saúde em diversos fóruns, como as conferências e conselhos de saúde;
- ✓ A área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico, caracterizando “áreas homogêneas de risco”.
- ✓ A área deve conter uma unidade básica de saúde (UBS), que será a sede da ESF e local de atendimento da população inscrita.
- ✓ Os limites das áreas devem considerar barreiras físicas e via de acesso e transporte da população às unidades de saúde.

No caso do Programa Saúde da Família, que foi inspirado no modelo cubano de atenção básica à saúde, sua aplicação no Brasil ocorreu sem a devida preparação das cidades, da equipe operacional e dos usuários atendidos pela USF, conforme relatam autores como Bettioli (2005, p. 24):

Diferentemente do ocorrido, por exemplo, em Cuba em que inicialmente preocupou-se na formação profissional da equipe, ocorrendo inclusive alterações na grade curricular da Medicina, intensificando temas geográficos e psicosociais.

Os municípios foram praticamente obrigados à adoção do PSF como estratégia de mudança do sistema de saúde, servindo muitas vezes como pilar de campanhas eleitorais, tanto no âmbito municipal, quanto no nacional.

Da forma como foi iniciado o PSF no Brasil, é comum encontrarem-se complicações na acessibilidade e funcionalidade das Unidades de Saúde da Família, reflexos da falta de planejamento das ações públicas locais.

Desse modo, cada vez mais nota-se a importância do planejamento de ações no gerenciamento do espaço urbano, e para tal o maior conhecimento acerca do universo de análise passa a ser tomado como um dos aspectos decisórios na eficácia das ações aplicadas.

No caso das ações voltadas para a promoção da saúde pública não é diferente, o caráter descentralizador e intersetorial encontrado nos sistemas de saúde exige de seus profissionais o conhecimento e uso do espaço vivido, pois este conhecimento influencia na saúde do usuário de seus programas.

Autores como Cianciarullo (2005) apontam para a pouca importância dada aos aspectos físicos e sociais dos espaços de vivência das pessoas, por parte das ESF's.

O que se observa é a falta de conhecimento por parte da equipe de saúde da família, da importância e da complexidade de realizar o levantamento das informações acima citadas. Comumente acabam realizando um breve questionário, não observando a relação entre os aspectos questionados e o espaço vivido pelo entrevistado.

De acordo com o autor acima citado, a maioria das unidades de saúde da família não realiza encontros para a capacitação de seus profissionais, e nem as

reuniões para a troca de informações com a comunidade usuária do programa. Caso estes encontros fossem utilizados para a preparação de ações voltadas à saúde preventiva, muitos gastos futuros, do próprio sistema de saúde, poderiam ser evitados.

Com relação ao envelhecimento populacional brasileiro, a bibliografia consultada revelou que o país não possui atualmente recursos financeiros e humanos nas instituições públicas para proporcionar a manutenção da capacidade funcional dos idosos (pessoas acima de 60 anos).

O fato do serviço de saúde e demais órgãos públicos não estarem preparados para o envelhecimento populacional no Brasil, faz com que a população em geral também não esteja e não tenha conhecimento das ações que podem ser realizadas para proporcionar uma melhor condição de vida para a população idosa.

O planejamento familiar presente nas ações das secretarias e diretorias de saúde, em várias cidades brasileiras, deveria abranger também o idoso, não apenas o controle de nascimentos através do fornecimento gratuito de medicamentos contraceptivos. É também de extrema importância que os adultos sejam preparados para conviver e cuidar dos idosos, e principalmente devem ser preparados para envelhecer de forma saudável.

Atualmente, revistas de circulação nacional e emissoras de TV têm divulgado a problemática em questão, tratando da responsabilidade dos filhos em relação aos pais, na velhice, e de ações pessoais para vivenciar de forma mais saudável a velhice:

Segundo o IBGE, a expectativa de vida do brasileiro – que era de 70,5 anos em 2000 – passou para 72 anos em 2005. Cálculos de probabilidade mostram que, se seus pais tiverem hoje 70 anos, a expectativa de vida deles é de 84,3 anos, elevando consideravelmente o tempo em que vão necessitar de cuidados médicos e apoio familiar. Há três perguntas a serem respondidas: onde os idosos vão morar quando passarem a depender de ajuda no dia-a-dia? Quem vai estar por perto? Que recursos financeiros estarão disponíveis?

Revista Cláudia, Abril de 2007.

Preocupadas com a temática aqui apresentada, algumas instituições particulares, especialmente faculdades de enfermagem, iniciaram cursos de preparação para os cuidadores informais de idosos (Anexo 3). Outros centros de estudos vêm divulgando cursos voltados para esta faixa etária da população, como é o caso do trabalho realizado para a Terceira Idade pelo Senac da cidade de Rio Claro.

Nesse contexto, a bibliografia consultada só veio a confirmar a importância de se discutir e divulgar a temática desta investigação, especialmente visando uma tomada de atitude por parte do poder público. Isto porque, cabe aos órgãos públicos capacitar seus funcionários para que os mesmos elaborem e apliquem ações de manutenção da capacidade funcional do idoso, preparando os cuidadores informais para que auxiliem na execução de tais ações.

A implementação do PSF tem permitido, tanto a elaboração de projetos que promovam o desenvolvimento local, quanto a utilização de conceitos e ferramentas inerentes à geografia, no sentido de planejar a territorialidade de políticas públicas, de equipamentos e ações.

As pesquisas epidemiológicas vêm cada vez mais valorizar as interações sociais que compõem a saúde, sustentando a importância da integração dos conhecimentos físicos e biológicos aos fenômenos sociais.

A perspectiva inter (trans) disciplinar é defendida por alguns autores, como Costa & Teixeira (1998, p.2), que afirmam “que nenhum campo do saber, ou qualquer categoria isolada, tem dado conta da pluralidade de fatores implicados no processo saúde/doença.”

Ao adotar o conceito de espaço geográfico, os gestores locais do PSF devem evidenciar as relações sociais que acontecem em diferentes lugares, que em certos casos não estão delimitados por barreiras físicas e sim culturais, resultado das individualidades do espaço urbano.

Após o conhecimento das complexas relações sociais, através da observação do espaço, aplicação de questionários e realização de entrevistas na área de abrangência, o PSF está pronto para realizar a delimitação das áreas de trabalho dos agentes de saúde coletiva.

De acordo com Pereira (2006, p.49):

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF, para tal, ela possui ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmicas sociais existentes nessas áreas e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

Para os planejadores, as diferenciações intra-regionais são superadas face à relação inter-regional que desejam enfatizar.

Barcellos & Bastos (2004, p.1) citam que:

Tendo como território de atuação os limites administrativos do Estado (sua região de planejamento), o secretário de saúde decide a localização de um centro de saúde em um ou outro município, baseado em critérios epidemiológicos. Por sua vez, os gestores de centros de saúde dificilmente distinguem condições diferenciadas internamente a suas áreas-programa. Sua escala de análise é o território intra-regional e pressupõe homogeneidade.

Segundo levantamento realizado com base em entrevistas, os técnicos do PSF vêem o território de trabalho como um aglomerado “amorfo, indistinguível, desorganizado”. (BETTIOL, 2006, p.75)

Barcellos (2003, p.51) afirma que:

Um dos entendimentos mais tradicionais de território é de que se trata de uma instância de poder, assim, as divisões territoriais utilizadas no SUS, tais como o município, o distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político. Esse poder existente também é instituído através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço.

O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

Tal reconhecimento é realizado através da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação, para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida.

Barcellos & Bastos (2005, p.1) concluem que:

[...] essas relações observadas no tempo não são da mesma maneira evidentes na dimensão espacial, isto porque no espaço encontram-se superpostas outras instâncias da sociedade, como a econômica e a cultural-ideológica, além de fatores propriamente ambientais.

Observa-se que o Programa Saúde da Família, emprega o conceito de território inicialmente difundido na geografia pelo importante autor Ratzel, como sendo a conjunção do espaço físico e do povo, palco da organização da sociedade.

De acordo com Valverde (2004, p.2), Ratzel presume que não existirão subdivisões ou contradições internas a um Estado determinado, fixo no tempo e no espaço, características que só poderiam ser modificadas sob o uso da força, tomando-se como controlador deste território apenas o poder público.

Segundo Valverde (2004, p.3):

De fato, a geopolítica dos anos 50 seguiu os mesmos princípios de território encontrados na teoria ratzeliana, porém nos últimos 20 anos, o território ganhou um sentido diferente, mais amplo, para abordar uma infinidade de questões pertinentes ao controle físico ou simbólico de determinada área.

Hoje um olhar geográfico sobre as fronteiras que separam os homens do séc.XXI irá necessariamente revelar a pluralidade das suas diferenças e a diversidade de suas formas de associação entre pessoas e espaço.

É assim que, baseada nos fundamentos teóricos aqui apresentados, esta investigação irá abordar as ações do Programa Saúde da Família voltadas à população idosa da cidade de Santa Gertrudes.

**CAPÍTULO 3:
O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO.**

CIANCIARULLO (2005, p.65) define envelhecimento como:

um processo contínuo e finito, onde a imagem do corpo tem significância fundamental, e a perda da autonomia (capacidade de tomar decisões) é o delineador entre a saúde e a doença, responsável pela estigmatização dos idosos na sociedade.

Os dados censitários brasileiros, coletados nos anos de 1980, 1991 e 2000, revelam a diminuição da população jovem e o aumento da população adulta e idosa, como pode ser observado no Figura 3:

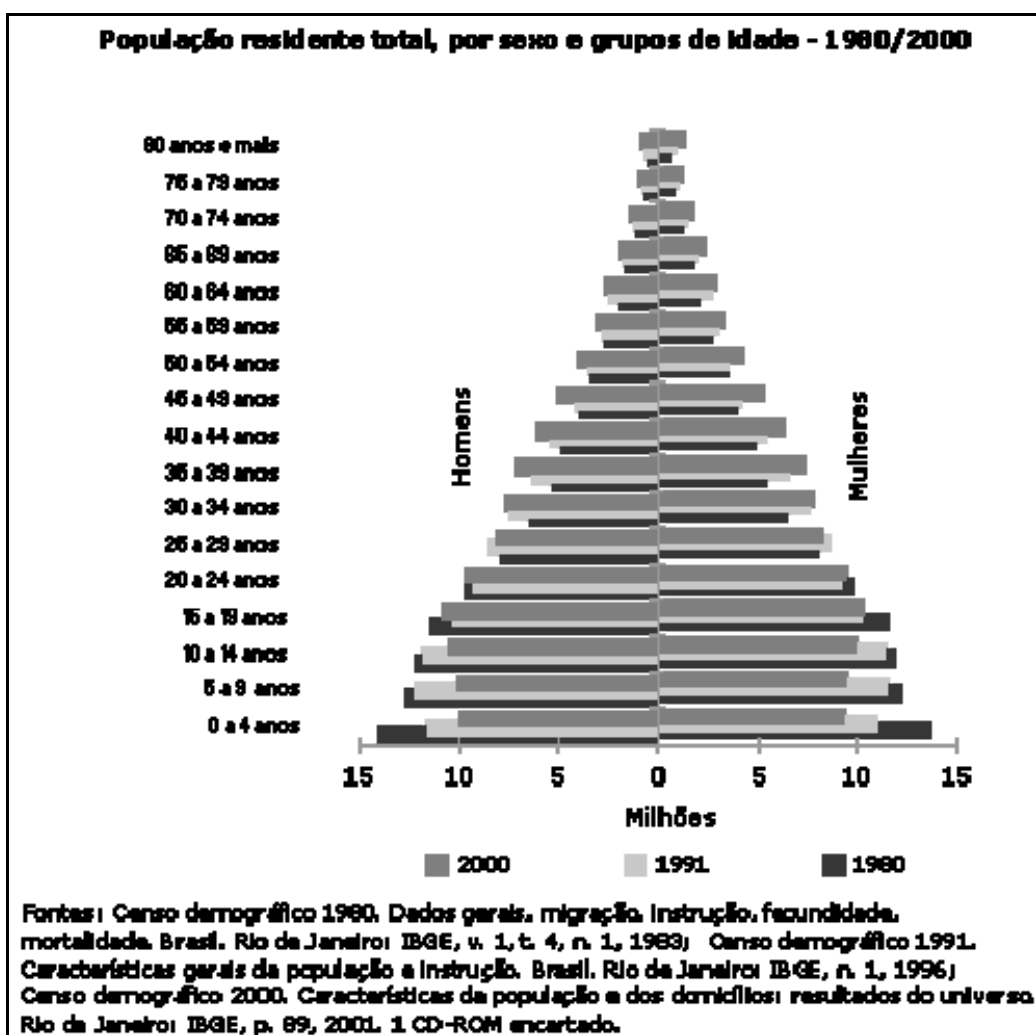


Figura 7: Pirâmide Etária da População Brasileira nos anos de 1980, 1991 e 2000.

Como em outros países latino-americanos, o envelhecimento no Brasil é um fenômeno predominantemente urbano, resultando, sobretudo, do intenso movimento migratório iniciado na década de 50 pela industrialização, desencadeada pelas políticas de desenvolvimento econômico e social.

O acesso aos serviços urbanos, como abastecimento de água, coleta de lixo e esgoto, atendimento médico, programas de planejamento familiar, (divulgação de métodos anticoncepcionais), refletiu na queda da taxa de fecundidade brasileira a partir da década de 60, como se pode observar no figura 8.

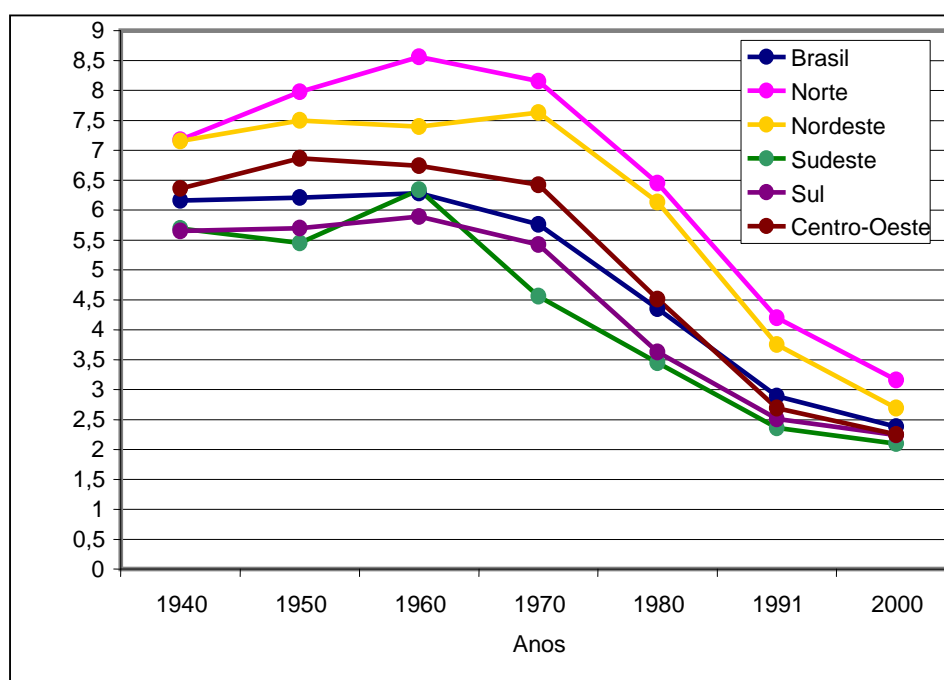


Figura 8 - Taxas de Fecundidade Total, segundo as grandes regiões 1940-2000.

Fonte: IBGE, Censo DemoFigura 2000.

Observa-se que a região nordeste apresentou mais tardiamente a queda da taxa de fecundidade (década de 70), fato este relacionado à intervenção do governo federal através da implantação do Plano da SUDENE (Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste), no período entre 1960 e 1964.

As estimativas apresentadas na introdução desta pesquisa apontam para cerca de 31 milhões de idosos no Brasil no ano de 2005, reflexo da queda da fecundidade associada à queda da taxa de mortalidade.

Estes dois fatores são determinantes básicos da transição demográfica, caracterizada exatamente pela mudança de um nível alto de mortalidade e fecundidade para níveis mais baixos, tanto de uma como de outra, o que altera significativamente a estrutura etária da população.

Segundo CERQUEIRA & OLIVEIRA (2002, p.2):

Nos países desenvolvidos esta transição demográfica ocorreu lentamente, podendo assim acompanhar a elevação das condições de vida, através da possibilidade de inserção das pessoas no mercado de trabalho, de oportunidades educacionais favoráveis, de boas condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia.

Associado ao processo de transição demográfica ocorre o da transição epidemiológica, fenômenos estes pelos quais vem passando a sociedade brasileira nas últimas décadas.

Segundo PARAHIBA, (2001, p.2198):

Embora grande parte da população ainda viva na pobreza, nos países menos desenvolvidos, certas conquistas tecnológicas da medicina moderna, verificadas nos últimos 60 anos – assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnósticos, entre outros - favoreceram a adoção de meios capazes de prevenir ou curar muitas doenças que eram fatais até então.

O conjunto dessas medidas provocou um aumento da expectativa de vida dos brasileiros ao nascer, passando de 64 anos em 1980 para cerca de 70 anos em 2001.(Figura 9)

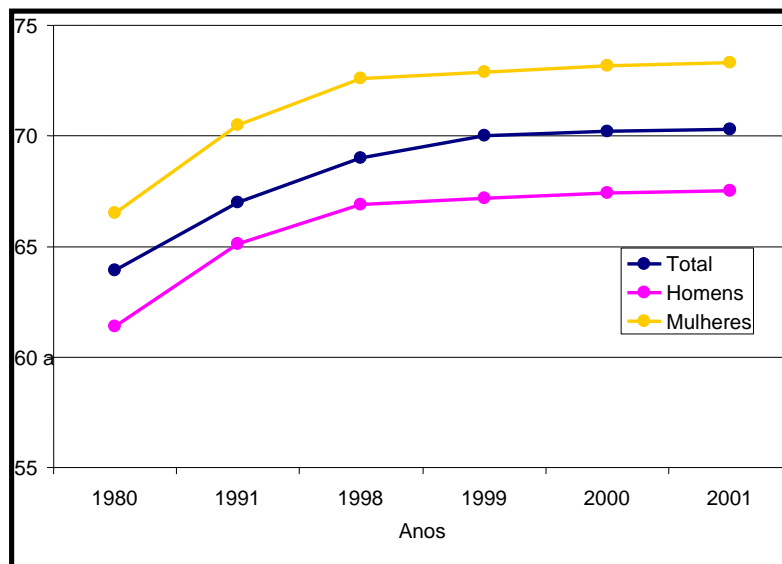


Figura 9- Esperança de Vida ao Nascer por Sexo 1980-2001

Fonte: IBGE, Censo DemoFigura 2000.

Org.: A.Domingos, 2006

PROTTI (2002, p.72) afirma que:

Nas faixas etárias muito elevadas (85 anos acima), a preponderância feminina é notável. Fatores biológicos, sociais e culturais são responsáveis pela maior expectativa de vida das mulheres. No Brasil, elas vivem aproximadamente sete anos a mais que os homens. A feminização da velhice traz inúmeras implicações sociais, já que a maior parte das mulheres idosas é viúva, não tem experiência de trabalho no mercado formal, tem níveis mais baixos de escolaridade e renda muito menor.

Devido ao quadro acima citado e suas conseqüências sócio-econômicas, atuais e futuras, tem-se a necessidade de conhecer o universo de informação que influencia a condição de vida do idoso, para posteriormente elaborar diversos planos de ação nas áreas de cultura, lazer, economia e principalmente saúde.

Para CHAIMOWICZ (1997, p.3.):

O Estado, preocupado com os desafios do controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis, não foi capaz de aplicar estratégias para efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas implicações. Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência; acumulam seqüelas daquelas doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida.

As questões da capacidade funcional e da autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam diretamente à condição de vida.

Segundo COSTA (2003):

Cerca de 30 a 50% dos indivíduos muito idosos (85 anos acima) são incapazes para pelo menos cinco das atividades da vida diária (banhar-se, vestir-se, alimentar-se, transferir-se da cama para a cadeira, usar o sanitário e manter a continência urinária e/ou fecal) e requerem cuidados pessoais em tempo integral. Eles são frágeis e apresentam elevado risco de quedas, confusão mental, hospitalizações freqüentes, sinais de maus-tratos e, em conseqüência, admissão em instituições de longa permanência (asilos).

Conforme já citado anteriormente, o PSF visa à promoção da saúde de todos os seus membros. No caso dos idosos, trabalhar para a melhoria de sua capacidade funcional exige o entendimento e a implementação dos conceitos de estilo de vida e ambiente favorável/saudável propostos pela Organização Pan-americana de Saúde.

LEBRÃO (2003) enfatiza que:

[...] a evolução de um quadro clínico de uma condição crônica para um processo incapacitante não pode ser compreendida, no entanto, como meramente uma ocorrência médica. Torna-se cada vez mais imprescindível que essa compreensão envolva um contexto médico-social. Assim é fundamental a consideração dos denominados “fatores de risco” – demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida comportamentos e características biológicas dos indivíduos.

A OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) definiu estilo de vida como sendo a forma como as pessoas vivem e as escolhas que fazem, sendo estas relacionadas com o contexto vivido, com a cultura regional, com os hábitos que são adquiridos nos ambientes familiar e social e com o conhecimento acumulado sobre saúde que se dispõe em determinados momentos.

Desta forma, construir uma vida saudável implica em adotar certos hábitos- como é o caso da atividade física e da alimentação saudável, enfrentar condições ou situações adversas, e também estabelecer relações afetivas solidárias e cidadãs, adotando uma postura de ser e estar no mundo com o objetivo de bem viver.

Compreender a importância do estilo de vida para a saúde das pessoas é ampliar esta concepção de vida saudável e dar passos importantes neste caminho que nos leva à sua construção.

A adoção de hábitos de vida saudável é então entendida como contribuição para o estabelecimento de relações mais solidárias e para a participação da criação de políticas públicas que promovam ambientes saudáveis.

SANTOS (1993) cita que:

[...] todo lugar, conceituado como território vivo - em que as relações dos homens e a natureza se dão (sejam elas familiares, de trabalho, lazer, educação), são ambientes que podem e devem ser favoráveis à saúde. O acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, particularmente nas áreas de produção de energia, de alimentos, de bens de consumo, deve ser seguido para assegurar benefícios para a saúde das populações.

Nas últimas décadas, várias leis federais e estaduais foram criadas no sentido de garantir a melhoria na condição de vida da população idosa. A concretização dessas políticas, através da implementação de ações eficientes, certamente é a forma mais eficaz e democrática de assegurar benefícios à saúde da população.

No sentido de organizar e gerir a política nacional do idoso, o governo federal criou os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municípios, como órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número

de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área.

De acordo com a Política Nacional do Idoso, compete aos conselhos a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.

A Política Nacional do Idoso estabelece que a implementação das ações decididas nos conselhos seja de competência dos órgãos públicos através das seguintes áreas: de promoção e assistência social; de saúde; de educação; de trabalho e previdência social; de habitação e urbanismo; da justiça; e de cultura, esporte e lazer.

Percebe-se, assim, a necessidade de ações intersetoriais entre profissionais de diversas áreas, com o intuito comum de propor melhorias na capacidade funcional da população idosa.

Outro passo de igual relevância na criação de políticas públicas voltadas para a melhoria da condição de vida dos idosos é a Lei Federal 10.741, de 1º de Outubro de 2003, denominada: Estatuto do Idoso.

O referido documento estabelece que o idoso goze de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-lhe por lei ou por outros meios todas as oportunidades para preservação de sua saúde física e mental, além de seu aperfeiçoamento moral, intelectual espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

O artigo 14º da referida lei assegura que se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao poder público esse provimento, no âmbito da assistência social, ficando o mesmo responsável pelo cadastramento da população idosa em base territorial, pelo atendimento domiciliar, e pelo fornecimento de medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Cabe também ao poder público, através do setor educacional, oferecer cursos especiais para idosos, incluindo conteúdo relativo às técnicas de comunicação e demais avanços tecnológicos para sua integração à vida moderna.

No quesito profissional, o poder público deve criar e estimular, de acordo com o artigo 28, a profissionalização especializada para idosos, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas.

Deve também preparar os trabalhadores para a aposentadoria, com antecedência mínima de 1 (um) ano, por meio de estímulos a novos projetos sociais, conforme seus interesses, e de esclarecimentos sobre os direitos sociais e cidadania.

Segundo BRASIL (2006):

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída em Dezembro de 1999, objetiva primordialmente recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para este fim, em consonância com os princípios e diretrizes do sistema único de saúde (SUS).

A referida política possui as seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento saudável; manutenção e habilitação da capacidade funcional; e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

A princípio, observando-se a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, sente-se um distanciamento entre o que é proposto e o que é oferecido realmente. Nota-se o descumprimento das referidas leis por parte de profissionais públicos, no mau atendimento e nas infra-estruturas precárias oferecidas.

O desrespeito continua no restante da sociedade, que vê o idoso como o doente, ou seja, a velhice como fim da saúde, tirando-lhe o direito de melhorar sua condição de vida.

A sociedade como um todo, especialmente familiares e cuidadores, devem ser sensibilizados e capacitados para conviver com o idoso, auxiliando para que o mesmo envelheça de forma saudável.

CAPÍTULO 4:
A PESQUISA: SUBSÍDIOS METODOLÓGICOS E TÉCNICOS

A ABORDAGEM QUALITATIVA:

Esta investigação enfatiza a abordagem qualitativa, não excluindo as considerações produzidas a partir de pesquisas quantitativas.

A pesquisa qualitativa tem suas raízes nas práticas desenvolvidas pelos antropólogos, primeiramente, e em seguida pelos sociólogos, tendo como referencial teórico a realidade, para tirar dela o significado que tem para as pessoas.

Segundo Trivinos (1987, p.90), as características que indicam para a pesquisa qualitativa são:

- ✓ A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave;
- ✓ A pesquisa qualitativa é descritiva: tem como base a percepção de um fenômeno num contexto;
- ✓ Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e os produtos;
- ✓ Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente;
- ✓ O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa;

Uma pesquisa qualitativa pode apresentar pressupostos ecológico-naturalistas, como a influência do contexto nos atores; e pressupostos fenomenológico-qualitativos, como a percepção humana, que muitas vezes tem mais significados do que os fatos através dos quais ela se manifesta. Este último pressuposto será adotado para responder aos questionamentos desta investigação.

A FENOMENOLOGIA:

Atualmente, o conhecimento do método fenomenológico é utilizado em diversas pesquisas científicas, enfatizado pelos epidemiologistas, psicólogos, médicos e geógrafos, cabendo ao investigador combinar estratégias eficazes em cada caso.

Assim sendo, é de suma importância que o pesquisador tenha o conhecimento da origem do método, de seu significado e sua abrangência, o que resultará na seleção dos procedimentos metodológicos mais adequados.

A Fenomenologia foi fundada pelo filósofo Edmund Husserl, através da publicação de *Die Idee der Phanomenologia* (A Idéia da Fenomenologia), em 1906, momento em que o autor propõe para a filosofia a redução fenomenológica.

A palavra fenomenologia, do grego *phainesthai*, significa o estudo ou explicação daquilo que se apresenta ou que se mostra.

De acordo com Cobra (2005, p.1)

Husserl, através desta publicação, afirma a importância dos fenômenos da consciência, os quais devem ser estudados em si mesmos – tudo que podemos saber do mundo resume-se a esses fenômenos, a esses objetos ideais que existem na mente, cada um designado por uma palavra que representa a sua essência, sua significação.

Os objetos da Fenomenologia são dados absolutos apreendidos em intuição pura, com o propósito de descobrir estruturas essenciais dos atos (noesis) e as entidades objetivas que correspondem a elas (noemas).

Para evitar que a verdade filosófica fosse provisória, a solução, para Husserl, é que ela deveria referir-se às coisas como se apresentam na experiência de consciência, estudadas em suas essências, em seus verdadeiros significados, de um modo livre de teorias e pressuposições do mundo real, do mundo empírico, objeto da ciência.

Cobra (2005, p.1) considera que:

A fenomenologia é o estudo da consciência e dos objetos da consciência, a redução fenomenológica é então o processo pelo qual tudo que é informado pelos sentidos é mudado em uma experiência de consciência, em um fenômeno que consiste em se estar consciente de algo. Coisas, imagens, fantasias, atos, relações, pensamentos, eventos, memórias, sentimentos, etc, constituem nossas experiências de consciência.

Husserl propôs que o estudo das vivências, dos estados de consciências, dos objetos ideais, desse fenômeno que é estar consciente de algo, não deve trazer a preocupação se os mesmos correspondem ou não a objetos do mundo externo à nossa mente.

O importante para a Fenomenologia não é o mundo que existe, mas sim o modo como o conhecimento do mundo se dá, ou seja, como este mundo se realiza para cada pessoa.

A redução fenomenológica requer a suspensão das atitudes, crenças, teorias e coloca em segundo plano o conhecimento das coisas do mundo exterior, a fim de que a pessoa se concentre exclusivamente na experiência em foco, porque esta é a realidade para ela.

Para COBRA (op cit):

[...] redução fenomenológica significa restringir o conhecimento ao fenômeno da experiência da consciência, desconsiderando o mundo real, o que no jargão fenomenológico não quer dizer que o filósofo deva duvidar da existência do mundo – como os idealistas radicais duvidam – mas sim que a questão para a fenomenologia é antes o modo como o conhecimento do mundo acontece, a visão do mundo que o indivíduo tem.

Fundamentados os conceitos de método fenomenológico e redução fenomenológica, o movimento fenomenológico ganhou importância com a publicação de 11 volumes de *Jahrbuch fur Philosophie und phanomenologische Forschung* (1913 – 1930), influenciando não somente os filósofos, mas também psicólogos e sociólogos, como Martin Heidegger, Jean Paul Sartre e Maurice

Merleau – Ponty, autores estes que se intitularam fenomenólogos e são referências para diversas ciências, como a Geografia.

De acordo com Martin Heidegger (1889-1976, apud COBRA, 2005, p.1):

[...] ser lançado no mundo entre coisas e na contingência de realizar projetos é um tipo de intencionalidade, muito mais fundamental que a intencionalidade de meramente contemplar ou pensar objetos, e é aquela intencionalidade mais fundamental a causa e a razão desta última.

Já Jean Paul Sartre (1905-1980) segue estritamente o pensamento de Husserl em seus primeiros trabalhos, *L'Imagination* (1936) e *L'Imaginaire: Psychologia phenomenologique de l' Imagination* (1940), nos quais faz distinção entre a consciência perceptual e a consciência imaginativa, aplicando o conceito de intencionalidade de Husserl.

No seu *The Philosophy of Existentialism* (1965), Sartre declara que a subjetividade deve ser o ponto de partida do pensamento existencialista, o que mostra que o existencialista é primeiramente um fenomenólogo.

Merleau-Ponty (1808-1961) foi o mais importante fenomenólogo francês. Suas obras, *La Estruture du Comportement* (1942) e *Phenomologia de la Percepção* (1945), foram desenvolvidas e aplicadas em publicações da fenomenologia, produzidas na França.

Baseado nos autores acima, Relph (1979, p.4) acrescenta que:

O método fenomenológico tem como objetivo descrever, e não explicar, fenômenos da experiência imediata e estes incluem literalmente qualquer coisa experimentada – lugar, existência, contato interpessoal. E que para atingir essa finalidade é necessário, tanto quanto for possível, excluir as crenças nas explicações e considerações existentes e, igualmente, sobre os nossos próprios preconceitos, e tentar colocar-nos na posição daqueles que estão experienciando o fenômeno.

A abordagem fenomenológica é contrária à idéia de um mundo preciso, sem contornos e destituído de significados; ela abarca em seu âmbito os laços de afetividade que unem as pessoas ao meio ambiente e busca analisar a relação empática do ser.

Foetsch (2005, p.1) cita que:

O enraizamento de sentimentos, a assimilação e conseqüente incorporação da cultura local contribuem para a formação da identidade dos lugares; e, este sentido de identidade envolve percepção, se apresenta carregado de satisfação, reminiscência e felicidade, como um somatório das dimensões simbólicas ao encarnar as experiências banais e aspirações humanas.

Assim sendo, a abordagem humanística a partir da fenomenologia analisa as ações, as percepções e as simbologias que transformam os espaços em lugares, onde as experiências e vivências do lugar e a afetividade pela terra desempenham um papel fundamental na construção e identidade de uma nova paisagem.

O MÉTODO FENOMENOLÓGICO:

O método fenomenológico adotado nesta investigação envolve estratégias de coleta de dados (questionários, entrevistas e descrição oral das experiências vividas pelos sujeitos) e estratégias de apresentação de resultados (descrever utilizando as palavras, na forma particular em que são expressas pelo sujeito).

Desta forma, o referente método não é dedutivo nem empírico, consiste em mostrar e esclarecer o que é dado, não explicar mediante leis nem deduzir a partir de princípios, mas considerar o que está imediatamente à frente da consciência, o objeto.

Acredita-se que o emprego do método fenomenológico colabora com o conhecimento real do espaço geográfico, pois o mesmo permite a descrição das percepções humanas relacionadas ao mesmo.

A abordagem fenomenológica contribui com as inúmeras ciências voltadas para o planejamento urbano, pois permite, com a apresentação das dificuldades e necessidades mais próximas da realidade vivenciada, a eficácia na elaboração e aplicação de políticas públicas.

Imbuídos destes ideais, geógrafos como Relph (1979), Tuan (1980), Buttimer (1976) e Whyte (1977) elaboraram procedimentos metodológicos para a

realização de pesquisas científicas, sendo nesta investigação empregadas as abordagens metodológicas **OBSERVANDO – OUVINDO – PERGUNTANDO**, propostas por WHYTE (1977, p.19), representadas na figura 10.

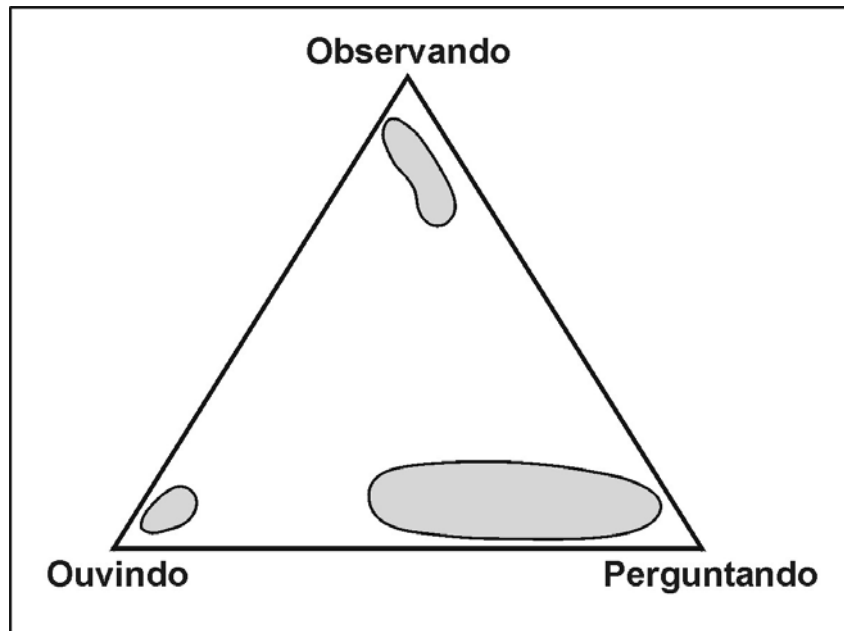


Figura 10: Principais abordagens metodológicas, segundo WHYTE

Fonte: WHYTE (p.19, 1977)

Segundo Machado (1988, p.62):

Dentre a bibliografia especializada, temos que dar destaque especial a WHYTE, que apresenta um verdadeiro manual para estudos de campo em percepção ambiental, fornecendo três abordagens metodológicas fundamentais: observar, escutar e interrogar, e apresentando uma grande variedade de técnicas para cada uma delas.

De acordo com Whyte (1977, apud Machado 1988, p.62):

Para o desenvolvimento da pesquisa fenomenológica, ou seja, a apreensão da percepção do sujeito com relação a um determinado objeto, o investigador deve aplicar as estratégias de Observar – Ouvir – e Perguntar, não sendo necessário o uso das três estratégias ao mesmo tempo.

Desta forma, entende-se que o uso do procedimento metodológico **OBSERVANDO – OUVINDO – PERGUNTANDO** permitirá a aproximação do cotidiano das relações entre sujeitos que se concretizam no espaço geográfico.

Nesta investigação, os sujeitos envolvidos foram: (Figura 11).

SUJEITOS	DESCRIÇÃO	Nº DOS SUJEITOS
ESF – Equipe Saúde da Família	Funcionários (enfermeiros (as) e agentes de saúde) das Unidades de Saúde de Família: PSF Jequitibás, PSF Bom Sucesso; PSF Jd. Parque Industrial	14 indivíduos
População Idosa	Idosos atendidos pela PSF (população acima de 60 anos visitada pelos agentes)	30 indivíduos
	Idosos participantes de Grupos de Socialização (Grupo União e Clube da Terceira Idade).	30 indivíduos
	Idosos internos do “Lar dos Velinhos”	9 indivíduos
TOTAL DE IDOSOS		69 indivíduos
Cuidadores Informais	Familiares ou não, responsáveis pelo idoso, que residem no mesmo local. Familiares ou não, responsáveis pelo idoso, que não residem na mesma casa.	30 indivíduos

Figura 11- Apresentação dos sujeitos envolvidos na temática PSF e População Idosa na cidade de Santa Gertrudes.

Org.: Domingos, A. (2007)

Fonte.: Secretaria Municipal de Saúde (2007)

O triângulo metodológico (Figura 10) representa as três abordagens, onde se destaca que o “perguntando” representa a maior concentração de técnicas de campo especiais, resultantes da confiança nos questionários e nos estudos das ciências sociais. Nesta investigação foram empregadas as três propostas, de acordo com a figura 12.

ESTRATÉGIA	TÉCNICA	SUJEITO	OBJETO
OBSERVANDO	Observação estruturada assistemática.	ESF (médicos (as), enfermeiros (as), e agentes comunitários da saúde)	Políticas públicas saudáveis ↔
	Observação estruturada sistemática.	ACS (agentes comunitários da saúde)	Residência do Idoso ↔
	Observação Não estruturada e assistemática	Idosos (população acima de 60 anos visitada pelos agentes)	Lugares destinados para população idosa. ↔
OUVINDO	Registro das evidências orais	Poder Público (secretários municipais da saúde e da promoção social)	População Idosa ↔
		População Idosa	População Idosa ↔
		Cuidadores Informais	População Idosa ↔
PERGUNTANDO	Entrevistas padronizadas com questões abertas	Idoso	Saúde Renda Familiar ↔ Bairro Família Atividades do Cotidiano Atendimento de Saúde Perspectivas do futuro.
	Questionário padronizado com questões fechadas	Idoso	Atividades de Vida Diária Básicas e Atividades de Vida Diária Instrumentais. ↔
	Entrevistas padronizadas com questões abertas	ESF	Idoso ↔ Ações da USF Cuidadores Lugar de Atuação
		Cuidadores	↔ Idoso/ PSF

Figura 12: Aplicação das abordagens metodológicas: Observando – Ouvindo- Perguntando, de Whyte (1977) Fonte: WHYTE (p.19, 1977) Org.: DOMINGOS, (2007)

Estratégia A: Para atender ao observando.

A observação inicial nesta investigação teve como objeto de análise a Equipe de Saúde da Família, momento em que foram evidenciadas as ações do PSF destinadas à população idosa.

Desta forma, foi observado qual o entendimento que a ESF possui acerca da temática, através da proposta de discussões de temas pré-selecionados em encontros previamente agendados, de acordo com o roteiro abaixo: (Figura 13)

ENCONTROS	TEMAS	PROFISSIONAIS
Primeiro:	A dimensão geográfica do PSF: conceitos de espaço geográfico e território.	Médico Enfermeiro ASC
Segundo:	O envolvimento de profissionais de diversas áreas e o envolvimento de outros setores na gestão local.	Médico Enfermeiro ASC
Terceiro:	Envelhecimento Populacional.	Médico Enfermeiro ASC

Figura 13: Roteiro de observação da temática relacionada às ações das ESF's destinadas à população idosa:

Org.: Domingos, A. (2007)

O procedimento metodológico OBSERVANDO foi realizado nos dias 21 (Primeiro Encontro), 22 (Segundo Encontro) e 23 (Terceiro Encontro), do mês de Maio de 2007. Os encontros foram iniciados às 19:30h e finalizados às 20:30h, e aconteceram no Centro Cultural Municipal, da cidade de Santa Gertrudes.

Para a realização deste procedimento, as reuniões iniciaram-se através do posicionamento dos presentes em círculo e posterior apresentação dos temas.

Em seguida iniciaram-se os comentários, que depois de anotados foram apresentados, realizando-se um resumo dos diversos olhares elucidados.

A segunda observação foi baseada em um roteiro com questões fechadas (estruturadas e sistemáticas), e teve como sujeitos de observação os agentes comunitários de saúde e como objetos as residências dos idosos atendidos pelo PSF.

Esta etapa do estudo foi iniciada no mês de Junho de 2007 e finalizada no mês de Julho de 2007. Foi realizada no momento da visita domiciliar, na qual o ASC observou os seguintes aspectos presentes na residência do idoso atendido (60 indivíduos) pelo PFS da cidade de Santa Gertrudes: (Figura 14)

Tipo de moradia:	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Casa de Cômodo	<input type="checkbox"/> Barraco	
Calçamento de rua:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Fachada da moradia:	<input type="checkbox"/> Acabada	<input type="checkbox"/> Inacabada			
Nº de cômodos:	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Acima de 5
Possui área externa:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Possui arborização:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Os cômodos recebem iluminação solar ao longo do dia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Os cômodos recebem ventilação:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Os cômodos possuem condições de higiene aceitáveis:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
O idoso demonstra satisfação com relação a sua moradia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			

Figura 14: Distribuição das variáveis de moradia de idosos atendidos pelo PSF na cidade de Santa Gertrudes:

Fonte.: CIANCIARULLO (2005)

Org.: DOMINGOS, A. (2007)

A terceira observação desta investigação aconteceu de forma estruturada e assistemática, em Junho de 2007, na qual esta pesquisadora realizou o registro fotográfico de espaços considerados públicos pela Administração Municipal, com

possibilidades ou não de uso pela população idosa, observando as condições das estruturas existentes. (Figura 15)

SETORES	ESPAÇOS PÚBLICOS	USOS
Saúde	PSF Jequitibás PSF Bom Sucesso	Atenção Básica de Saúde
	Centro de especialidades	Consultas com médicos especialistas.
	Atenção Hospitalar	Internações e Intervenções
Educação	Escolas Municipais	Alfabetização de Adultos
Esporte	Piscina Municipal Quadras Poli-esportivas	Esportes adaptados para o idoso
Lazer	Praças Municipais Locais de encontro por bairros Centros Comunitários	Socialização
Cultura	Centro Cultural	Oficinas culturais destinadas à população idosa.

Figura 15: Espaços públicos com possibilidades ou não de uso pela população idosa da cidade de Santa Gertrudes – SP.

Org.: Domingos, A. (2007)

Segundo Justiniano (apud VENTURI et org.,2005, p.187):

[...] em geografia, a imagem ilustra e documenta eventos naturais e sociais que ocorrem num determinado tempo e lugar, e deve ser acompanhada de outras informações, como localização geográfica, ângulo de visada, registro da hora e da data e relato do fato observado. Essas anotações serão importantes na composição dos trabalhos, na verificação de resultados e no acompanhamento dos fenômenos ao longo do tempo.

Nesta investigação foi utilizada uma câmara digital, com passagem de luz de 3,125% e retenção de luz de 96,875%. A imagem digital em papel fotográfico terá a resolução padrão de 300dpi (pontos por polegada).

A realização do procedimento metodológico OBSERVANDO possibilitou a experimentação do que acontece no espaço urbano de Santa Gertrudes, através do conhecimento das ações destinadas à população idosa por parte da ESF; das variáveis de moradia do idoso atendido pelo ACS; e das condições dos locais públicos destinados aos idosos.

Estratégia B: Para atender ao Ouvindo:

A estratégia OUVINDO foi elaborada através da realização de um fórum de debates promovido pelo Conselho Municipal do Idoso de Santa Gertrudes, no mês de Setembro de 2007, ocasião em que representantes do poder público municipal, da população idosa e dos cuidadores informais apresentaram suas visões com relação à temática: A População Idosa da Cidade de Santa Gertrudes.

Nesta oportunidade foram registradas as evidências orais dos sujeitos envolvidos, que posteriormente foram descritas nesta investigação.

Estratégia C: Para atender ao Perguntando:

Para a realização desta estratégia, esta investigação utilizou as técnicas de questionário e entrevista, e antes de explicá-las detalhadamente foi necessário estabelecer a diferenciação entre as duas técnicas apresentadas.

De acordo com Marangoni (apud VENTURI et org.,2005, p.168):

[...] os questionários com questões fechadas são voltados predominantemente à obtenção de dados quantitativos necessários à descrição de uma situação estudada, as entrevistas com questões abertas são indispensáveis à obtenção de informações essencialmente qualitativas, embora possam fornecer também informações de caráter quantitativo.

O referido autor salienta que muitas vezes é indispensável realizar uma etapa qualitativa antes mesmo de iniciar a construção de questionários, para saber a linguagem, tema, etc.

Conforme apresentado na introdução, um dos objetivos específicos desta pesquisa é auxiliar a ESF na aplicação de questionários e realização de entrevistas, sendo os mesmos fundamentais para o Programa Saúde da Família.

Autores como Cianciarullo (2005), Bettiol (2006) e Castro & Vargas (2005) apontam a dificuldade enfrentada principalmente pelos agentes comunitários no

processo de obtenção de dados, o que posteriormente se reflete em falhas no momento de elaboração e implementação de ações locais.

Assim sendo, foi realizado um encontro com os ACS's², no qual foram apresentadas e detalhadas, através de slides, as técnicas de aplicação de questionários e realização de entrevistas, baseadas em Venturi et org. (2005, pp.167-186).

Em seguida, os mesmos foram convidados a aplicar questionários e realizar entrevistas, tendo como fonte de informação os idosos que são atendidos pelo programa saúde da família através de visitas regulares, bem como seus cuidadores informais.

Antes da realização deste processo, foi apresentada e discutida cada pergunta contida no questionário 1, e nos roteiros das entrevistas 1, 2 e 3, as quais serão apresentadas posteriormente.

A aplicação do questionário e a realização das entrevistas destinadas aos idosos atendidos pelas EFS's (60 idosos) e aos cuidadores informais ligados a estes idosos (60 indivíduos) foram feitas pelos ACS's, supervisionados por esta pesquisadora.

Os mesmos instrumentos foram aplicados aos idosos participantes de Grupos de Socialização (Grupo União: 40 idosos, e Clube da Terceira Idade: 60 idosos) e Idosos internos do "Lar dos Velhinhos" (30 idosos).

A referida aplicação foi efetuada por esta pesquisadora, auxiliada pela assistente social responsável pelos grupos de idosos da cidade de Santa Gertrudes.

Ao longo da pesquisa foi observado que alguns idosos pertenciam, ao mesmo tempo, ao grupo de socialização e ao grupo de idosos atendidos pela ESF.

Desta forma, os indivíduos que se encontraram nesta situação foram entrevistados apenas pelos agentes comunitários de saúde, evitando-se que respondessem às mesmas indagações realizadas pela pesquisadora.

² Este encontro foi realizado no dia 24 do mês de Maio de 2007, iniciado às 19:30h e finalizado às 20:30h, e aconteceu no Centro Cultural Municipal.

Foram encontrados 13 indivíduos atendidos pela ESF e também participantes de grupos de socialização, reduzindo para 177 o número total de idosos envolvidos nesta investigação.

Primeiramente foram realizados os questionários e as entrevistas pelos ACS's (período de aplicação: Julho e Agosto de 2007), e posteriormente esta pesquisadora realizou o mesmo trabalho com os grupos de socialização, (período de aplicação: Setembro de 2007).

Uso e Apresentação do questionário 1:

De acordo com Marangoni (apud VENTURI et org., 2005, p.168):

Não há unanimidade de aceitação quanto ao uso do termo questionário para qualquer listagem de perguntas ou quesitos a responder; assim mesmo, usar-se-á aqui o termo para determinar uma listagem de questões que devem ser respondidas, mas não uma listagem qualquer.

O referido autor ainda salienta que os questionários para uma pesquisa científica devem obedecer a alguns requisitos como: serem estruturados a partir de hipóteses claras; apresentar objetividade, clareza, organização lógica e agrupamento de questões no texto redigido; ter boa apresentação gráfica e concisão.

O questionário 1 (Figura 16), utilizado nesta investigação, foi elaborado por Lawton (1960, apud DUARTE e CIANCIARULLO, 2005, p.262-264) e tem por finalidade a avaliação funcional do idoso.

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS INSTRUMENTAIS (AVDI):
<p>a) O Senhor (a) usa o telefone? 2 – Sem a ajuda tanto para procurar número na lista quanto para discar; 1 – Com certa ajuda (consegue atender chamados ou solicitar ajuda à telefonista em emergências) 0 – é completamente incapaz de usar o telefone;</p>
<p>b) O Senhor (a) vai a lugares distantes que exigem tomar condução: 2 – Sem ajuda (viaja sozinho de ônibus, trem, metrô, táxi, ou dirige seu próprio carro); 1 – com alguma ajuda (necessita de alguém para ajudar-lhe ou ir consigo na viagem) 0 – Não pode viajar a menos que disponha de veículos especiais;</p>
<p>c) O Senhor (a) faz compras de alimentos, roupas e de outras necessidades pessoais? 2 – Sem ajuda (incluindo o uso de transportes) 1 – Com alguma ajuda (necessita de alguém que o acompanhe em todo o trajeto das compras) 0 – Não pode ir fazer compras de modo algum;</p>
<p>d) O senhor (a) prepara sua própria refeição? 2 – Sem a ajuda (planeja e prepara as refeições por si só) 1 – Com certa ajuda (consegue preparar alguma coisa, mas não a refeição toda) 0 – Não consegue preparar a sua refeição de modo algum.</p>
<p>e) O Senhor (a) faz a limpeza e arrumação da casa? 2 – Sem a ajuda (faxina e arrumação diária) 1 – Com alguma ajuda (faz trabalhos leves, mas necessita ajuda para trabalhos pesados) 0 – Não consegue fazer trabalho de casa de modo algum.</p>
<p>f) O Senhor (a) toma os medicamentos receitados? 2 – Sem ajuda (na identificação do nome do remédio, no seguimento da dose e horário) 1 – Com alguma ajuda (toma se alguém preparar ou quando é lembrado (a) para tomar o remédio) 0 – Não consegue tomar por si os remédios receitados.</p>
<p>g) O Senhor (a) lida com suas próprias finanças? 2 – Sem ajuda (assinar cheques, pagar contas, receber aposentadoria ou pensão) 1 – com alguma ajuda (lida com dinheiro para as compras do dia-a-dia) 0 - Não consegue mais lidar com suas finanças.</p>
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS BÁSICAS (AVDB)
<p>a) O Senhor (a) toma as refeições? 2 – Sem a ajuda (capaz de tomar as refeições por si só) 1 – Com alguma ajuda (necessita de ajuda para, por exemplo: cortar carne, descascar laranja) 0 – É incapaz de alimentar-se por si só.</p>
<p>b) O Senhor (a) consegue vestir e tirar suas roupas? 2 – Sem a ajuda (apanhar as roupas e usá-las por si só) 1 – Com alguma ajuda 0 – Não consegue de modo algum apanhar as roupas e usá-las por si só.</p>
<p>c) O Senhor (a) cuida de sua aparência como pentear-se e barbear-se (para homens) e maquiar-se (para mulheres)? 2 – Sem ajuda</p>

1 – Com alguma ajuda 0 – Não pode cuidar por si de sua aparência
d) O Senhor (a) locomove-se? 2 – Sem ajuda (exceto com bengala) 1 – Com alguma ajuda (de uma pessoa ou com uso de andador ou muletas) 0 – É completamente incapaz de locomover-se
e) O Senhor (a) deita-se e levanta-se da cama? 2 – Sem qualquer ajuda ou apoio 1 – Com alguma ajuda (de uma pessoa ou com o uso de andador ou muletas) 0 – É completamente incapaz de locomover-se
f) O senhor (a) toma banho em banheira ou chuveiro? 2 – Sem ajuda 1 – Com alguma ajuda (necessita de ajuda para entrar e sair da banheira ou um suporte especial durante o banho) 0 – É incapaz de banhar-se por si só.
g) O Senhor (a) já teve problemas em conseguir chegar a tempo ao banheiro? 2 – Não 1 – Sim 0 – Usa sondagem vesical e/ou colostomia
Se sim com que frequência, o senhor (a) se molha ou se suja (seja noite ou dia) 1 – Uma a duas vezes por semana 0 – Três ou mais vezes por semana

Figura 16: Avaliação de dependência/independência da realização de atividades de Vida Diárias Instrumentais e Básicas:

Fonte: CIANCIARULLO et org. (2005)

De acordo com Lawton (1960, apud DUARTE e CIANCIARULLO ,2005, p.251):

[...] a avaliação funcional é uma tentativa sistemática de medir de forma objetiva os níveis nos quais uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades para o desempenho de tarefas da vida diária, nos compromissos vocacionais, nas interações sociais, nas atividades de lazer, e outros comportamentos requeridos.

Cianciarullo (2005, p.251) conclui que:

De modo geral a avaliação funcional representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e de seu entorno e, caso não seja capaz, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial (em maior e menor grau) ou total.

O TRATAMENTO DOS DADOS FORNECIDOS PELO QUESTIONÁRIO 1

Desta forma, para a avaliação funcional do idoso foi aplicado o questionário 1 e seus dados foram tratados utilizando as Escalas de Atividades de Vida Diária Básicas e Instrumentais de OARS (Older Americans Resources and Services), divulgadas por Cianciarullo (2005, p.261), cujo escore total classifica os idosos, após análise do conjunto das AVD, em independentes (10 a 14 pontos), parcialmente dependentes (5 a 9 pontos) e totalmente dependentes (0 a 4 pontos).

A pontuação se obtém pela somatória dos pontos correspondentes às respostas assinaladas, circulando as pontuações atingidas pelos idosos nas escalas 1 e 2 (Figura 17).

Quanto mais alta é a pontuação, mais o cliente é independente nas suas atividades de vida diária; quanto mais baixa é a pontuação menos independente ele é.

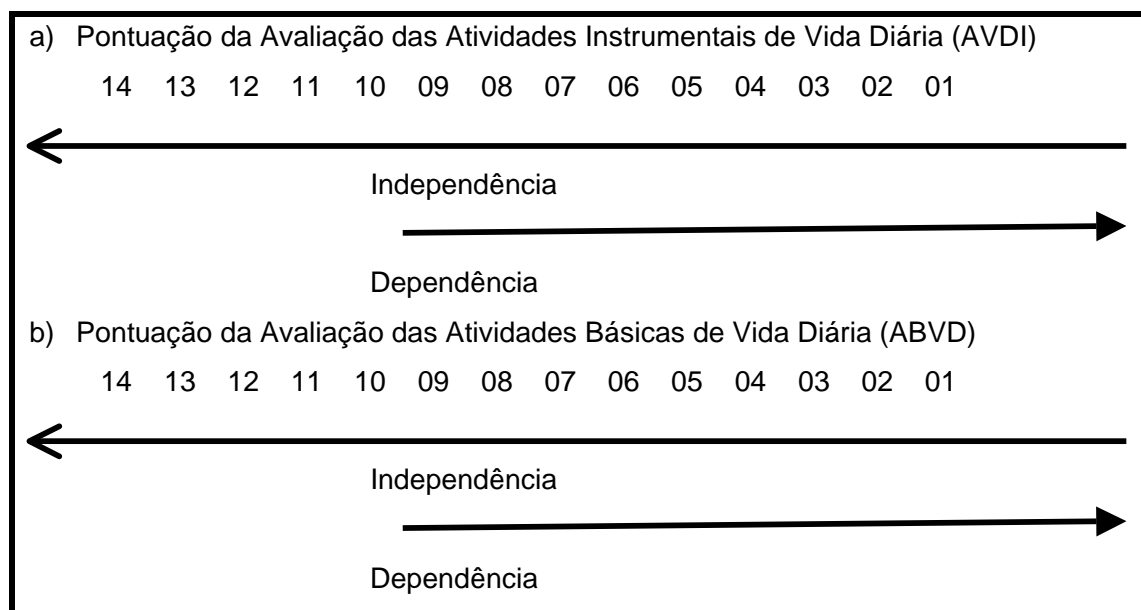


Figura 17: Escalas de AVD básicas e instrumentais de "OARS".

Fonte.: CIANCIARULLO (2005, p.264)

Dando seqüência ao procedimento metodológico PERGUNTANDO, foi utilizada a técnica de entrevista, padronizada e com questões abertas, tendo como entrevistados os idosos envolvidos nesta investigação.

De acordo com Venturini (2006, p.172):

No caso das entrevistas, o instrumento básico é o roteiro, ou seja, a seqüência de perguntas, que embora possa ter questões básicas que se repetem em diferentes situações, deve ter a necessária flexibilidade e adaptabilidade, dependendo do potencial de informações, da experiência e mesmo do comportamento do entrevistado e do entrevistador.

Os roteiros utilizados nas entrevistas 1, 2 e 3 foram elaborados por esta pesquisadora através das experiências vivenciadas por autores como Cianciarullo (2005), Bettiol (2006) e Castro & Vargas (2005).

Os referidos roteiros foram previamente testados, e após as devidas correções foram novamente aplicados ao longo dos meses de Julho, Agosto, Setembro e Outubro de 2007.

Uso e apresentação da entrevista 1:

Através da entrevista 1, objetivou-se conhecer as atividades da ESF destinadas à população idosa e aos cuidadores informais da cidade de Santa Gertrudes. A citada entrevista foi realizada com a ESF, totalizando 35 pessoas, entre enfermeiros e agentes comunitários de saúde. (FIGURA 18)

<p>a) Nas atividades que você desenvolve aqui no PSF, o idoso faz parte do seu cotidiano de trabalho?</p> <p>b) Com que recursos você conta para atender ao idoso, além das atividades do seu dia-a-dia?</p> <p>c) Quais as principais dificuldades que você encontra para prestar sua assistência aos idosos, aqui no PSF?</p> <p>d) De que forma o PSF orienta os cuidadores informais no atendimento ao idoso?</p> <p>e) Quais ações poderiam auxiliar a melhoria da capacidade funcional dos idosos atendidos pelo PSF? e) o que você pensa da área delimitada para a execução de seus serviços:</p>		
IDADE:	SEXO:	RENDA FAMILIAR:
BAIRRO QUE ATUA:		

Figura 18: Roteiro da entrevista 1: a ESF como entrevistada.

Uso e apresentação da entrevista 2:

Através da entrevista 2, pretendeu-se descrever os aspectos da condição de vida atual e a almejada da população idosa, evidenciando a percepção do entrevistado a respeito do atendimento do PSF oferecido e do convívio com seus familiares e/ou agregados. (Figura 19)

- a) Quantas pessoas residem com o (a) senhor (a):
- b) Qual a fonte de renda familiar?
- c) Quais são suas atividades diurnas?
- d) Quais são suas atividades vespertinas?
- e) Quais são suas atividades noturnas?
- f) O (a) Senhor (a) tem algum problema de saúde ? Qual (s) ?
- g) O (a) Senhor (a) participa de alguma atividade social ? Qual (s) ?
- h) O (a) Senhor (a) participa de alguma atividade esportiva? Qual (s) ?
- i) O (a) Senhor (a) participa de alguma atividade religiosa? Qual (s) ?
- j) Quais atividades o (a) gostaria de realizar?
- k) Por que não as realiza?
- l) O (a) Senhor (a) utiliza o sistema de saúde público ou privado?
- m) Como é o sistema de saúde da cidade de Santa Gertrudes?
- n) O que o (a) Senhor (a) espera do futuro?
- o) Idade: Sexo: Bairro:

Figura 19: Roteiro da Entrevista 2: o idoso como entrevistado.

Org.: Domingos, A.(2006)

O uso e apresentação da entrevista 3:

Através da realização da entrevista 3, foi observado como os cuidadores informais percebem o idoso e as ações das ESF's na cidade de Santa Gertrudes. (Figura 20);

a) Há quanto tempo você convive com o (a) idoso?	
b) Qual o motivo de vocês morarem na mesma casa?	
c) Qual é a rotina do (a) idoso (a)?	
d) O (a) idoso (a) necessita de auxílio para a realização de suas atividades básicas?	
e) O (a) idoso (a) necessita de cuidados médicos? Quais?	
f) Quais as adaptações realizadas para a convivência com o (a) idoso (a)?	
g) Você sabe como cuidar dos problemas médicos do (a) idoso (a) ?	
h) O que você pensa da localização da Unidade de Saúde de Família?	
g) Como a ESF auxilia no cotidiano do (a) idoso (a)?	
BAIRRO:	Nº DE DEPENDENTES:
SEXO:	RENDA FAMILIAR:

Figura 20: Entrevista com os Cuidadores Informais:

Org.; A. Domingos, 2006

TRATAMENTO DOS DADOS FORNECIDOS PELAS ENTREVISTAS 1, 2 E 3:

O USO DA TÉCNICA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)

O método fenomenológico adotado nesta investigação recomenda que os resultados de suas pesquisas sejam descrições mais próximas o possível da realidade vivenciada pelos sujeitos e dos objetos envolvidos nas investigações.

Partindo deste pressuposto, este estudo investigou qual a forma adequada que resulta ao mesmo tempo em eficácia na apresentação da descrição dos fatos observados e garantia de um rigor científico na organização das idéias.

Atualmente, há consenso sobre a importância de pesquisar a percepção de cada sujeito envolvido, sendo suas percepções consideradas como únicas, pois

vários sujeitos reagem de forma diferenciada com relação ao mesmo objeto, fruto das interferências culturais.

Desta forma, a pesquisa científica ganha êxito ao contemplar todas as percepções, contribuindo para o planejamento de ações que atinjam o maior número de aspirações.

Infelizmente, no entanto, o planejador urbano não possui tempo, recursos humanos, estruturais e financeiros para elaborar e implementar ações particulares, ou seja, no momento de aplicar as políticas públicas pensa-se no coletivo e não no indivíduo ou sujeito. Mesmo assim, este coletivo deve abranger a maior parte possível das aspirações individuais.

Para tal, Cianciarullo (2005) apresenta a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por Lefevre (2005), que organiza as percepções individuais semelhantes em discursos da coletividade.

Assim sendo, os relatos obtidos através da realização das entrevistas 1, 2 e 3 foram organizados através da referida técnica, que busca resgatar o discurso coletivo a partir dos discursos individuais.

Segundo Lefevre (2005a, p.20):

O DSC tem como finalidade fazer as devidas ligações que um coletivo traz em suas falas, carregadas de valores intrínsecos que são próprios da cultura. Tais valores se apresentam no cotidiano desses sujeitos sociais.

Para reconstruir uma coletividade inicialmente como sujeito, é preciso admitir que um pequeno grupo seja um pequeno grupo e não uma coletividade; tal grupo não pode, pois, funcionar como sujeito de um pensar coletivo, porque não pode ser considerado um representante empírico, estatístico, de uma coletividade.

A técnica do DSC propõe um processo de desparticularização, no qual se retiram dos discursos individuais marcas que identifiquem situações particulares que dizem respeito à história do indivíduo, como doenças, nomes, datas, histórias individuais, entre outras, e agrupam-se sequencialmente as respostas em: (Figura 21):

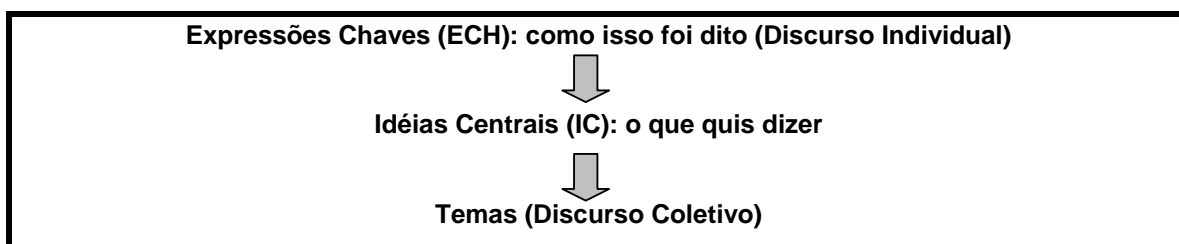


Figura 21: Procedimentos Técnicos do Discurso do Sujeito Coletivo:

Fonte: LEFEVRE & LEFEVRE (2005a)

Org.: Domingos, A. (2007)

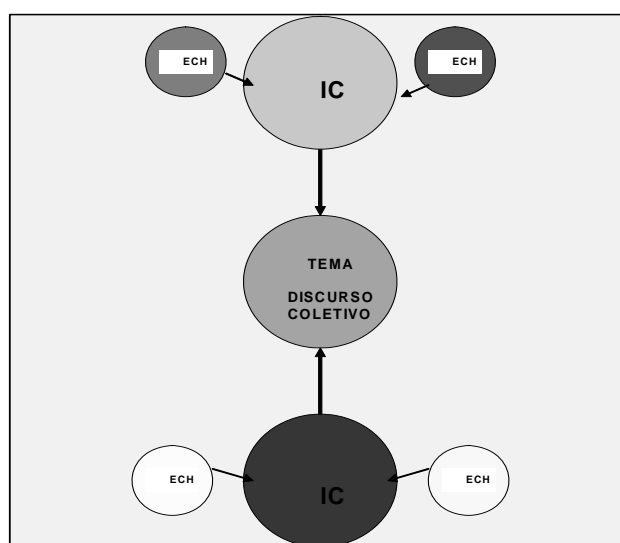


Figura 22 : Diagrama de representação da técnica do DSC:

Fonte: LEFEVRE & LEFEVRE (2005a) Org.: Domingos, A. (2007)

Lefevre (2005, p.25) cita que:

O diagrama acima representa de forma sintética o DSC, que consiste em forma não matemática nem metalingüística de representar (e de produzir), de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre depoimentos, que culmina em discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentido semelhante.

Os autores do DSC salientam que a opção por esse modo de resgatar o pensamento ou opinião coletiva pode ser vista como uma opção natural e fácil, na medida em que se partiu da idéia do senso comum de que todo o coletivo é uma

soma de coisas iguais. Deve-se, portanto, nas pesquisas sobre o pensamento coletivo, equalizar previamente as possibilidades de um tema ser pensado, apresentando-o sob a forma de alternativas de respostas, para que as opções de respostas pela mesma alternativa possam ser somadas e, assim, obter-se o pensamento coletivo.

Para o melhor entendimento da técnica de tratamentos de dados adotada nesta investigação, tem-se a seguir um dos diversos exemplos de aplicação publicados por Lefevre (2005, p. 66), que para proporcionar uma melhor didática esta pesquisadora organizou em três etapas: REPRESENTAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS REPRESENTAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS ELABORAÇÃO DO TEMA (DISCURSO COLETIVO).

ETAPA 1: REPRESENTAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS:

A etapa 1 consiste na leitura de cada Expressão Chave (ECH: como foi dito) e no levantamento da Idéia Central (IC: o que quis dizer). (ANEXO 2)

Um aspecto é de suma importância nesta etapa: a subjetividade do pesquisador no momento de extrair da ECH a IC, o que poderá comprometer o rigor científico do estudo.

Devido a este fato, a técnica deve ser aplicada em pesquisas interdisciplinares, com o envolvimento de mais de um pesquisador, para que as ECHs recebam olhares diversos, e em consenso os pesquisadores apontem para a mais adequada das ICs.

Para tal, as respostas obtidas através das entrevistas 1, 2 e 3, ou seja, as ECHs foram tratadas conjuntamente por esta pesquisadora e pelos seguintes profissionais ligados aos sujeitos envolvidos nesta pesquisa: assistente social, enfermeiro e terapeuta ocupacional.

ETAPA 2: REPRESENTAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS:

Após a elaboração de todas as ICs, tem-se o agrupamento das IC's semelhantes, dando seqüência à técnica com a tabulação e apresentação dos resultados no formato de Figuras. (ANEXO 2)

ETAPA 3: ELABORAÇÃO DO TEMA (DISCURSO DO COLETIVO)

Através da tabulação das informações, realizada na etapa anterior, tem-se a apresentação de todas as IC'S de acordo com a quantidade de pessoas que utilizaram cada uma das IC'S. Desta forma é evidenciada a IC com o maior número de pessoas, não excluindo as IC'S que foram citadas pelo maior número de pessoas, elaborando assim o Discurso do Coletivo. (ANEXO 2)

Após o entendimento da técnica do DSC, a mesma foi aplicada, como já foi mencionado, às respostas obtidas através das entrevistas 1, 2 e 3, no sentido de observarmos ou não possíveis falhas na aplicação desta técnica para estudos geográficos, bem como contribuir com o planejamento de ações por parte de gestores locais.

Para um melhor entendimento, as respostas obtidas foram apresentadas já no formato de Figuras, sendo que as mesmas encontram-se em anexo (anexo 7) da forma como foram obtidas e posteriormente agrupadas.

**CAPÍTULO 5:
CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO**

A área aqui estudada está circunscrita às coordenadas geográficas: 22°27'24''S e 47°31'49''W. Situa-se no Centro Oeste do Estado de São Paulo e se insere, inteiramente, na Depressão Periférica Paulista.

Atualmente, Santa Gertrudes possui cerca de 19.659 habitantes (Estimativa SEADE, 2006), com 98,22% de grau de urbanização (SEADE, 2005) e uma extensão territorial de 100Km².

A ocupação da atual área urbana de Santa Gertrudes (Figura 23) teve início com as doações de sesmarias, por volta do século XIX, mais especificamente entre os anos de 1817 e 1821.

Foi nesse período que surgiram e depois se organizaram as grandes propriedades da região, como as Fazendas Ibicaba, Morro Azul, Paraguassu, Angélica e Santa Gertrudes.



Figura 23: Área urbana de Santa Gertrudes - SP e arredores.

Fonte: www.google.com.br.

Acesso em: 20 de Junho de 2007.

Ao redor da Fazenda Santa Gertrudes surgiu a povoação de Gramado, mais tarde povoação de Santa Gertrudes, promovendo a cultura da cana-de-açúcar e, posteriormente, a cultura do café, sendo considerada inicialmente um distrito do município de Rio Claro.

Em 1925 despontou em Santa Gertrudes uma nova atividade: a produção da indústria cerâmica (produção de telhas), devido às abundantes reservas de argila na região, o que contribuiu para sua emancipação em 1948, ganhando desta forma autonomia política e administrativa. Nesse momento, o município possuía cerca de 4850 habitantes, sendo que 63% deles residiam na zona rural.

Nos anos 60, devido ao surgimento de sete indústrias cerâmicas na área urbana de Santa Gertrudes, a área central sofreu modificações, recebendo melhorias como serviços de iluminação e pavimentação, e ocorrendo também a criação de unidades residenciais designadas como jardins.

Esta conjuntura econômica refletiu na vinda de imigrantes originários dos Estados do Paraná e Minas Gerais, que em 1970 contribuíram para que a população urbana (4.009 hab.) ultrapassasse a população rural (2.670 hab.).

No ano de 1980, ocorreu o maior incremento populacional (32.81%) até o presente momento, fato este associado novamente à vinda de imigrantes em busca do trabalho nas cerâmicas. (Tabela 1)

Tabela 1: Evolução Populacional do município de Santa Gertrudes de 1950 a 2000

ANO	AUMENTO POPULACIONAL	POPULAÇÃO
1950		4.854
1960	5%	5.009
1970	7,87%	6.010
1980	32,81%	7.982
1991	31,36%	10.485
1996	29,76%	13.605
2000	16,85%	15.897

Fonte: Censos 1950 a 2000.

Org.: A. Domingos (2005)

Este crescimento populacional ocorreu justamente no momento em que se deu o “boom” do desenvolvimento ceramista na cidade, quando a sua produção substituiu os métodos tradicionais, de forno a lenha e duas queimas (Figura 24), pela moderna tecnologia de monoqueima, com o uso do forno contínuo e a gás (Figura 25), resultando no aumento de indústrias cerâmicas e possibilitando maior oferta de empregos.

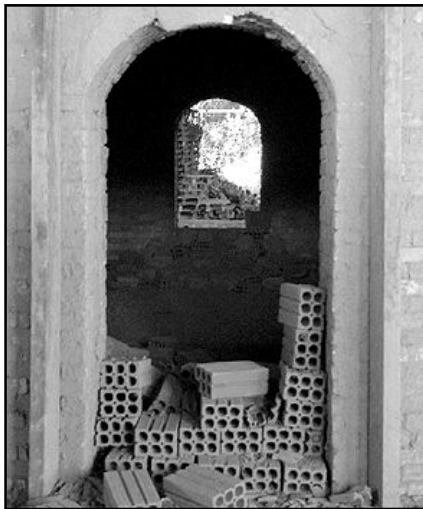


Figura 24: Forno lenha.

Fonte.: www.ht-eservices.com.br

Acesso em 02 de Janeiro de 2008



Figura 25: Forno contínuo a gás.

Fonte.: www.ht-eservices.com.br

Acesso em 02 de Janeiro de 2008

Na década de 90, Santa Gertrudes uniu-se aos municípios de Cordeirópolis, Rio Claro, Limeira, Araras, Piracicaba e Ipeúna e juntos formaram o Pólo Cerâmico de Santa Gertrudes, ganhando desta forma uma significativa parcela do mercado nacional e internacional.

O Brasil situa-se entre os quatro produtores de cerâmica de revestimento do mundo, com uma produção de 534 milhões de metros quadrados, competindo nesse segmento com a China, a Espanha e Itália, sendo o Pólo Cerâmico de Santa Gertrudes responsável por 60% de toda produção nacional. (Ministério do Trabalho e do Emprego, 2007).

Atualmente, o referido pólo possui ao todo quarenta e oito cerâmicas, sendo que dezenove encontram-se em Santa Gertrudes, atraindo diversos fornecedores de insumo e matérias-primas (transportadoras, produtores de esmaltes, laboratórios químicos, oficinas de manutenção de maquinário, etc.).

Dando continuidade ao processo de migração iniciado na década de 70, a cidade recebe atualmente migrantes de outros Estados, tais como Santa Catarina e Pernambuco, justificando sua elevada taxa geométrica de crescimento, comparada com a Região de Governo de Rio Claro e o Estado de São Paulo. (Figura 26)

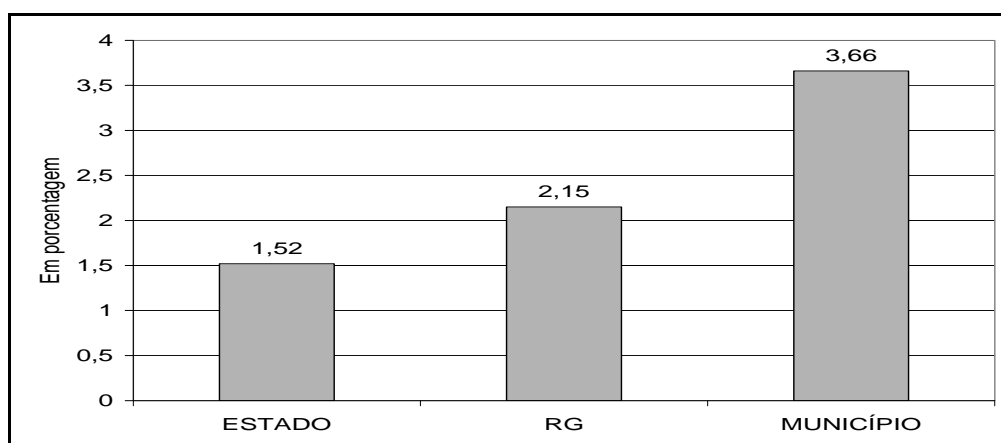


Figura 26: Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População – 2000/2006, Estado de São Paulo, Região de Governo de Rio Claro e município de Santa Gertrudes.

Fonte.: SEADE, 2007

De acordo com as atuais estimativas (SEADE, 2006), a população da cidade de Santa Gertrudes possui 25% de crianças, 67% de adultos e 8% de idosos, sendo que estes últimos somam cerca de 1570 pessoas.

Seguindo a mesma evolução da população mundial, os últimos censos demonstram o aumento da população idosa na cidade de Santa Gertrudes (Tabela 2).

Tabela 2: Crescimento da população idosa da cidade de Santa Gertrudes:

CENSOS	% DA POPULAÇÃO IDOSA
1980	6,95%
1990	11,94%
2000	13,32%

Fonte: Censos 1980,1990 e 2000.

Org.: A. Domingos, 2006.

Como já mencionado anteriormente, o Índice de Envelhecimento da cidade de Santa Gertrudes (Figura 27) está próximo do valor apresentado pelo Estado, no entanto é inferior ao da região de governo de Rio Claro, fato este justificado por se tratar de uma cidade com apenas 75 anos de fundação.

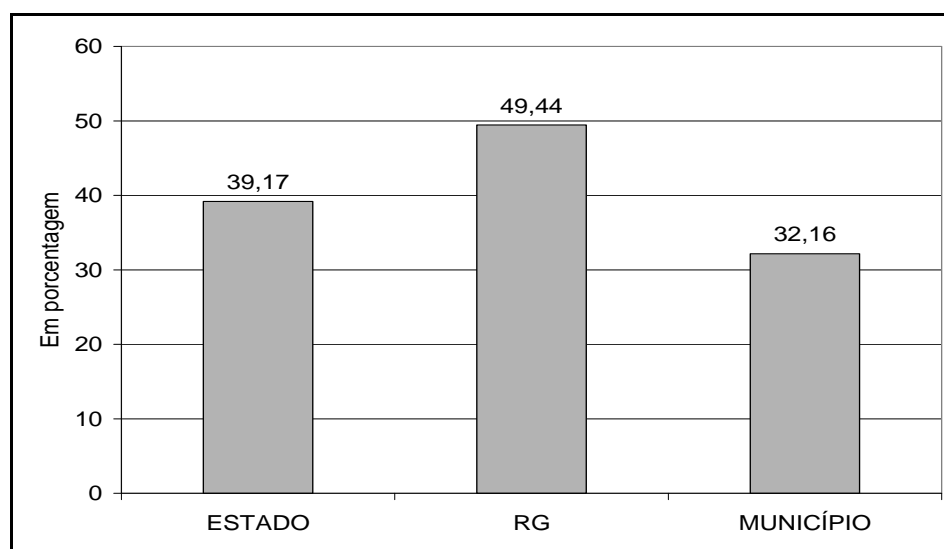


Figura 27: Índice de Envelhecimento 2005: Estado de São Paulo, Região de Governo de Rio Claro e município de Santa Gertrudes.

Fonte.: SEADE, 2007

Org.: Domingos, 2007

De acordo com Domingos (1999) a população idosa da cidade de Santa Gertrudes concentra-se nos bairros centrais e intermediários. No entanto, observou-se que a maioria dos idosos migrantes encontra-se nos bairros intermediários: Bom Sucesso e Jardim Parque Industrial. (Figura 28)

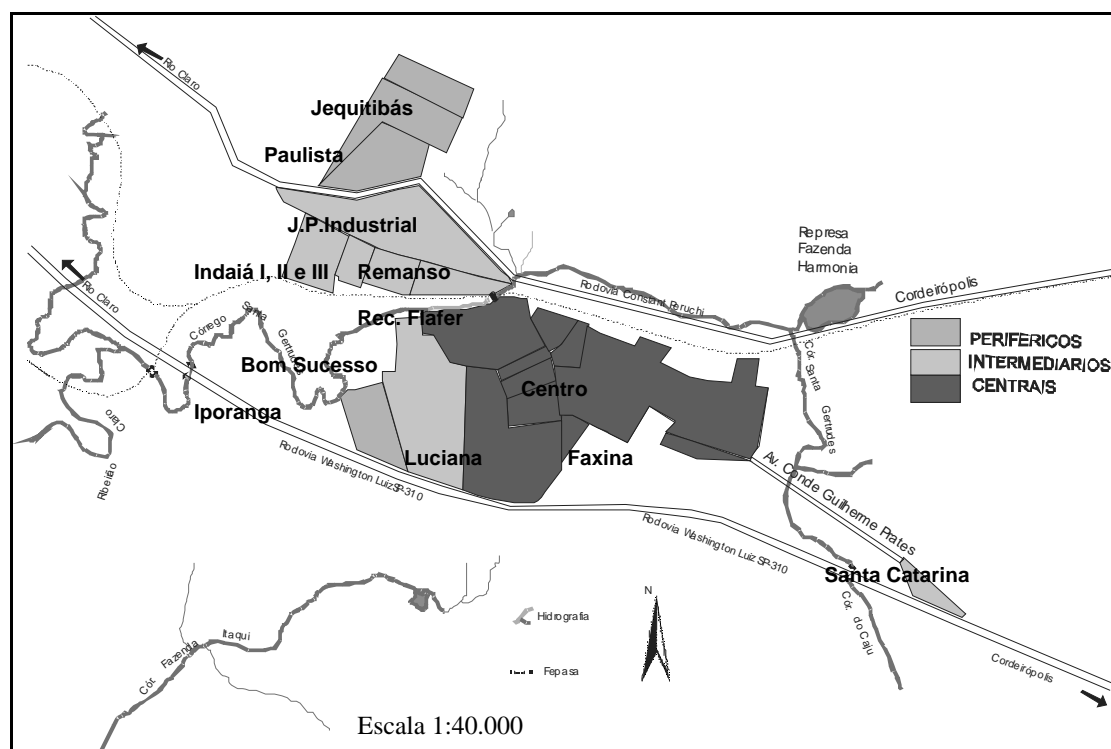


Figura 28 – Localização dos bairros periféricos, intermediários e centrais na cidade de Santa Gertrudes – SP.

Fonte: DOMINGOS, 1999.

Adap.: Domingos, A., 2007.

Os valores apresentados até o momento evidenciam que a cidade de Santa Gertrudes segue a tendência mundial de envelhecimento populacional. Desse modo, o estudo das ações dos serviços de saúde voltadas para a manutenção da capacidade funcional de sua população idosa poderá contribuir, no futuro, para uma melhor condição de vida urbana.

CAPÍTULO 6:
O PSF E A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA
CIDADE DE SANTA GERTRUDES – SP

6.1 – Os serviços públicos de Saúde na cidade de Santa Gertrudes.

O trabalho de campo iniciou-se procurando obter informações com relação aos serviços de saúde oferecidos na cidade de Santa Gertrudes, para posteriormente se observar, especificamente, o Programa Saúde da Família. Para tal utilizou-se o banco de dados digital do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS divulga uma série de informações referentes aos serviços públicos de saúde, organizados no formato de indicadores municipais de Saúde. Entretanto, tais indicadores não geram nenhuma informação com relação à qualidade do atendimento oferecido, apenas apresentam os dados quantitativos de forma organizada, como pode ser observado a seguir: (Figura 29)

Indicadores	Descrição	Valores
Rede Ambulatorial	Centro de Saúde	1
	Unidade de Vigilância Sanitária	1
	Consultório Odontológico	3
	Consultórios	4
Rede Hospitalar	Não apresenta dados	
Assistência Ambulatorial	De Atenção Básica	99.366
	Procedimentos especializados	28.930
	Procedimentos Assistenciais de alta complexidade	0
Assistência Hospitalar	Não apresenta dados	

Figura 29 - Indicadores Municipais de Saúde: Santa Gertrudes/SP

Fonte.:SIA/SUS

Org.: Domingos, A., 2007

Observou-se, ao longo desta pesquisa, a dificuldade de se obterem dados referentes aos indicadores municipais atuais, pois os divulgados pelo SUS e utilizados para a gestão de serviços datam do ano de 2005.

Verificados os dados atuais junto à Secretaria Municipal de Saúde, pudemos notar que não houve aumento da rede ambulatorial, e até a presente data (junho de 2008) a administração local não oferece serviço hospitalar para

seus moradores, pois os casos de internações e partos continuam sendo encaminhados para cidades vizinhas, como Rio Claro, Limeira e Araras.

Com relação aos programas do Sistema Único de Saúde, são oferecidos na cidade de Santa Gertrudes: Farmácia Popular, Brasil Sorridente, Medicamentos Fracionados, DTS/AIDS, **Saúde da Família**, Combate à Dengue, Pratique saúde, Doe órgão doe vida, SAMU, Humaniza SUS e Gripe Influenza.

Com relação ao Programa Saúde da Família, o mesmo foi implantado em duas fases. A primeira, iniciada em 1999, atingiu 54,3% da população, concentrada nos bairros periféricos e intermediários.

A segunda fase foi implantada em Maio de 2008, com a inauguração do PSF São Joaquim, responsável pelo atendimento dos bairros centrais e do bairro Santa Catarina. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, até o final de 2008 será alcançada a meta de atendimento de 100% da população urbana de Santa Gertrudes.

Desta forma, esta pesquisa irá observar as ações das ESFs (Figura 30) destinadas à população idosa, da cidade de Santa Gertrudes.

UNIDADE	BAIRRO	EQUIPE	ANO DE INSTALAÇÃO
UNIDADE	BAIRRO	EQUIPE	ANO INSTALAÇÃO
PSF JEQUITIBÁS	JEQUITIBÁS	1 MÉDICO DA FAMÍLIA 1 ENFERMEIRO 1 AUXILIAR ENF. 8 AGENTES	2006
PSF BOM SUCESSO	BOM SUCESSO	1 MÉDICO DA FAMÍLIA 1 PEDIATRA 1 ACUPUNTURISTA 1 ENFERMEIRO 1 AUXILIAR ENF. 6 AGENTES 1 AUX. ADM.	2001
PSF JARDIM PARQUE INDUSTRIAL (POLICLÍNICA)	JD. P. INDUSTRIAL	1 MÉDICO DA FAMÍLIA 1 PEDIATRA 1 ACUPUNTURISTA 1 ENFERMEIRO 1 AUXILIAR ENF. 6 AGENTES 1 AUX. ADM.	1999
PSF SÃO JOAQUIM	SÃO JOAQUIM	EM IMPLANTAÇÃO	2008

Figura 30: Unidades de Saúde da Família na cidade de Santa Gertrudes.

Fonte.: DOMINGOS, 2007

Org.: DOMINGOS, 2007

Neste caso serão observadas as unidades implementadas (PSF Jardim Parque Industrial, PSF Bom Sucesso e PSF Jequitibás) e as que ainda estão em fase de implementação (PSF São Joaquim), pois o fato da implementação de uma USF ser um processo contínuo permite observar unidades de saúde em diferentes fases. (Figura 31)

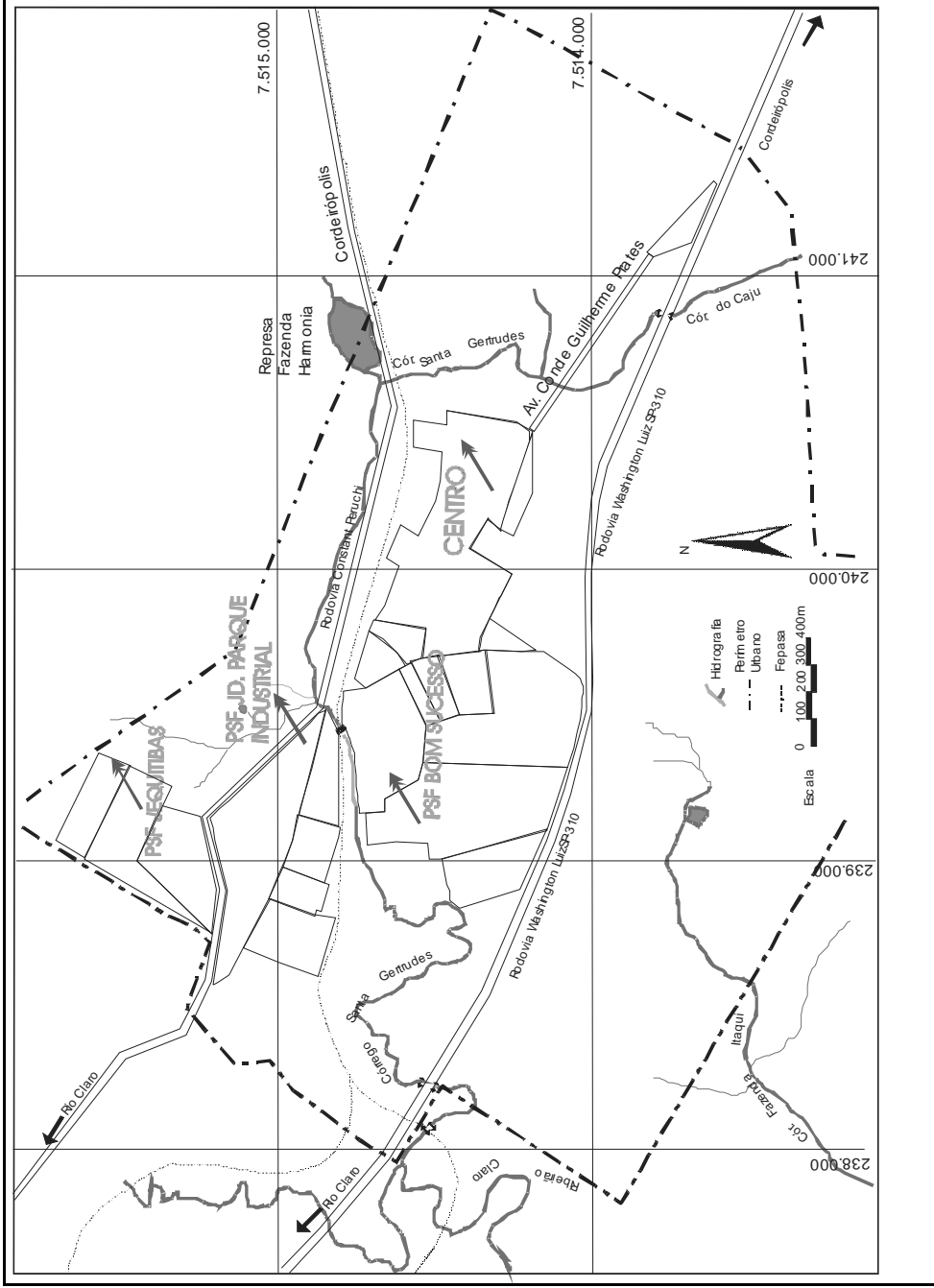


Figura 31 – Localização das USF na cidade de Santa Gertrudes - SP

Fonte.: DOMINGOS, 2007

Org.: DOMINGOS, 2007

No sentido de verificar os dados informados pelo SUS, foram visitadas as seguintes Unidades de Saúde da Família: PSF Jequitibás (Foto 32); PSF Jardim Parque Industrial (Foto 33); PSF Bom Sucesso (Foto 34) e a Unidade de Atenção Básica (Foto 35).



Figura 32- PSF Jequitibás

Domingos, A., Junho de 2007.



Figura 33: PSF Jardim Parque Industrial.

Domingos, A., Junho de 2007.



Figura 34: PSF Jardim Bom Sucesso

Domingos, A., Junho de 2007.



Figura 35: Hospital e Maternidade S. Francisca

Domingos, A., Junho de 2007.

Na cidade de Santa Gertrudes, como em outras cidades brasileiras, atualmente os recursos financeiros e humanos estão voltados para a saúde curativa, não possibilitando o tratamento eficaz de toda a população.

As visitas às unidades de atendimento revelaram o cotidiano do usuário: a espera para o agendamento de consultas com especialistas; as longas filas no momento do atendimento; a precariedade dos ambulatórios; o deslocamento para as cidades vizinhas; e principalmente a falta de humanização no atendimento em saúde.

Observando a Equipe de Saúde da Família na cidade de Santa Gertrudes.

Esta etapa da investigação aconteceu no mês de Maio de 2007, através de três encontros, que contaram com a presença de enfermeiras (dois profissionais) e ACS's (12 profissionais). Os encontros foram iniciados com a apresentação dos participantes, sendo os mesmos posicionados em círculo para facilitar a dinâmica proposta, e posteriormente convidados a conversar a respeito das temáticas:

O espaço geográfico e o território:

No primeiro encontro os presentes foram convidados a falar a respeito de espaço geográfico e território, ficando esta pesquisadora responsável por observar e registrar em anotações os comentários realizados.

“...espaço geográfico é onde está localizada a cidade de Santa Gertrudes...”³

Fala 1: Enfermeira, 36 anos.

“ ...é onde fica o céu, as estrelas e os planetas...”

Fala 2: ASC, 40 anos.

“...espaço geográfico tem a ver com as florestas, os rios, as matas...”

Fala 3: ACS, 32 anos.

Inicialmente notou-se o receio por parte dos ACS's em participarem da roda da conversa, sendo os comentários liderados pelas enfermeiras presentes, necessitando-se realizar o convite por diversas vezes para que os mesmos apresentassem suas idéias para o enriquecimento da dinâmica.

O conceito de espaço geográfico é relacionado à localização de cidades, como se observa na fala 1, como sendo algo materializado e sem mudanças ao longo do tempo. Percebe-se o sentido pontual dado ao conceito de espaço geográfico.

³ As falas citadas nesta pesquisa representam a vivência dos envolvidos, o modo como os mesmos vêm a temática proposta, desta forma optou em transcrevê-las na íntegra.

A fala 2 apresenta o conceito de espaço geográfico como sendo algo distante, conservando o sentido de localização de coisas, neste caso, das estrelas, planetas etc.

A fala 3 exclui o homem do espaço geográfico, pois o percebe através dos aspectos físicos e biológicos.

“...território é a área do município...”

Fala 1: Enfermeiro 25 anos.

“...é o território nacional...”

Fala 2: ACS 30 anos.

“...é as casas que nós visitamos...”

Fala 3: ACS 29 anos.

Observa-se, através das falas acima, que o conceito de território está associado aos limites administrativos locais, municipais, estaduais e até nacional. A Fala 3, inclusive, representa o território através da área de abrangência do atendimento de cada ACS.

O envolvimento de profissionais de diversas áreas:

“...não possuímos profissionais sem ser médicos, enfermeiros ou agentes nas unidades, todas as ações são planejadas e pensadas por entendidos do assunto...”

Fala 1: Enfermeira, 25 anos

“...não sei se outros profissionais no planejamento da saúde seria uma necessidade, pois quando pacientes precisam de outros profissionais como a assistente social, nós encaminhamos...”

Fala 2: Enfermeira, 36 anos

“...já é difícil trabalhar com alguns médicos que se acham deuses, imagine outros doutores só falando, precisa de gente é pra trabalhar e não para conversar...”

Fala 3: Enfermeira, 36 anos

“...a cidade é pequena e o recurso também é, tem que empregar mais médico, enfermeiro e agentes para cuidar do povo...”

Fala 4: ASC, 30 anos

Através das falas observou-se que, tanto os enfermeiros quanto os agentes, não percebem a necessidade de trabalhar com profissionais de outras áreas. Tal postura se explica porque os envolvidos exercem suas funções fundamentadas em uma medicina curativa, onde apenas médicos, enfermeiros e agentes estão habilitados para realizar tais funções.

A Fala 3 revela um grande problema vivenciado nos sistemas de saúde no Brasil, que é a relação médico e enfermeiros, de acordo com a responsável pela fala 3. Este é um assunto tratado inclusive nos Congressos Nacionais e Internacionais de Enfermagem, e trata-se da falta de profissionalismo e ética de alguns médicos, que acabam por tratar os demais profissionais e até mesmo pacientes com desprezo e arrogância, fazendo com que vários congressos no país divulguem a necessidade de humanização nos serviços de saúde.

A Fala 4 apresenta um dos maiores obstáculos para o realização de uma equipe interdisciplinar, que é a falta de recursos financeiros para a contratação de profissionais, pois, como relata o ACS, a cidade não possui recursos financeiros para contratar o número de médicos necessários, refletindo em um tempo longo de espera no atendimento médico, em alguns casos cerca de 30 dias, e também no encaminhamento para outras cidades, como Rio Claro e Limeira.

O envolvimento de outros setores da gestão local:

“...procuramos trabalhar conjuntamente com outros órgãos da prefeitura, como a Educação, que nos auxilia na divulgação da campanhas e informação da população...”

Enfermeira 25 anos.

“...nós visitamos escolas e associação de bairros para falar de campanhas do governo...”

ASC, 40 anos

“... a gente trabalha muito com a Promoção Social, pois tem casos que a Farmácia não tem o remédio, então a Promoção compra, ou às vezes precisa de operar em outras cidades, e agora com a Bolsa Família a gente tem que ficar de olho nas famílias...”

ASC, 32 anos

Através das falas acima, constatou-se que não há atualmente, na cidade de Santa Gertrudes, um projeto integrado entre os vários setores da gestão local.

Na maioria dos casos, o que acontece é o auxílio de secretarias, como a de Educação, na divulgação de ações da Secretaria de Saúde, não havendo integração no momento do planejamento das ações.

Envelhecimento Populacional:

“...preocupamos-nos com a população idosa de Santa Gertrudes, e temos muita atenção ao cuidarmos de nossos idosos, através da realização de controle de doenças como Diabetes e Hipertensão, além de Campanhas como a da Gripe...”

Fala 1: Enfermeira, 25 anos.

“...nós visitamos as casas e quando o idoso não consegue ir até o posto a gente pede a ambulância...”

Fala 2: ACS, 32 anos.

“...tem casos de alguns de idoso que a gente mede a pressão, pergunta como ele tá, e se não tiver bom a gente fala para procurar o médico...”

Fala 3: ACS, 40 anos.

“...tem idoso que reclama da distância do centro de especialidade e da farmácia, quando não tem ninguém pra pegar o remédio para ele...”

Fala 4: ACS, 34 anos.

“...eu não quero vive muito, dando trabalho pra família, eu não quero acabar igual a uns velhos que a gente visita...”

Fala 5: ACS, 22 anos.

“...tem velhinho que reclama da família pra gente, conta que pega o dinheiro da aposentadoria todinha, uns conta que o filho fez empréstimo no nome, e tem uns que fala que quer morar sozinho, em qualquer canto, menos no asilo...”

Fala 6: ACS, 32 anos.

Através da fala 1, nota-se que as ações do PSF na cidade de Santa Gertrudes resumem-se ao controle da Hipertensão e do Diabetes, e que tais programas não são direcionados apenas aos idosos, mas à população em geral. Dessa forma, constata-se que a única ação elaborada e aplicada especialmente para os idosos é a Campanha Nacional de Vacinação contra o vírus da Gripe, que acontece todos os anos no mês de Maio.

As falas 2 e 3 demonstram que os idosos procuram o atendimento médico, na maioria dos casos, quando já estão com os sintomas das doenças, não participando de ações voltadas para a prevenção de doenças que são comuns aos

idosos, o que poderia minimizar os agravos à saúde desta parcela da população, bem como a economia de gastos no tratamento de doenças.

A Fala 3 retoma a problemática da localização do Centro de Especialidades, no Jardim Parque Industrial, e da Farmácia Municipal, no Centro, pois como o serviço de transporte de pacientes é ineficaz, muitos acabam por desistir das consultas, quando passam por uma melhora, e devido à distância da Farmácia Municipal, alguns pacientes acabam por comprar medicamentos em estabelecimentos particulares localizados em seus bairros.

Citou-se também que o transporte de pacientes para as consultas ou a solicitação de medicamentos acontece em ambulâncias, que a princípio deveriam transportar apenas pacientes com necessidades de pronto-atendimento.

A Fala 5 evidencia o despreparo de alguns profissionais da saúde para lidarem com a vida humana, especialmente com idosos, associando o envelhecimento com doenças e dependência de todas as atividades diárias, sendo a chegada da velhice considerada o fim da vida humana.

A Fala 6 relata o despreparo da família responsável pelo idoso e cita uma das violências sofridas por esta parcela da população, que é a exploração econômica, impulsionada no ano de 2006 pela abertura do crédito automático para aposentados.

Registro fotográfico de espaços públicos com possibilidades de uso pela população idosa.

Além das visitas domiciliares realizadas pelos ASC's, os idosos da cidade de Santa Gertrudes recebem o atendimento básico de Saúde nos PSF's do Jd. Jequitibás, do Jd. Parque Industrial e do Jd. Bom Sucesso, todos equipados para realizar pequenos curativos, consultas com clínicos gerais, com pediatras e ginecologista.

Já o PSF Jd. Parque Industrial, além dos serviços acima citados, realiza também as consultas com especialistas, tais como neurologista, acupunturista, endocrinologista, cardiologista e outros.

Para a realização destas consultas, o paciente deve ter o encaminhamento do clínico geral e ir primeiramente agendar a consulta, que, de acordo com o responsável por este departamento, pode demorar cerca de 30 dias para o paciente ter acesso a este serviço.

De acordo com os responsáveis, tanto o PSF Jequitibás (Foto 33) quanto o PSF Bom Sucesso (Foto 35) estão localizados em imóveis particulares e com a necessidade de vários reparos. Observou-se também que ambos os estabelecimentos não possuem identificação visível do serviço ali oferecido, o que acarreta dificuldades de localização para novos usuários.

Aos finais de semana, todo o atendimento básico de saúde é realizado no Hospital e Maternidade S. Francisca, e os casos de internação são encaminhados para os hospitais de cidades vizinhas, como Rio Claro, Limeira e Araras.

Espaços Públicos da cidade de Santa Gertrudes – SP, destinados ao esporte:

Os bairros Jd. Santa Catarina (loteado em 1970), Jd. Jequitibás (loteado em 2004) e Jd. Paulista (loteado em 2000), mesmo com espaço públicos disponíveis para tal finalidade (Figura 36), não possuem construções destinadas às práticas de esportes ou lazer.



Figura 36: Espaço público do Jardim Paulista

Domingos, A., Junho de 2007.

O bairro Jd. Parque Industrial e seus arredores possuem um campo de futebol e uma quadra poliesportiva, que de acordo com o responsável não é utilizada por idosos, apenas por crianças e adultos.

O bairro Jd. Luciana e seus arredores possuem um campo de futebol (Figura 37), um ginásio poliesportivo (Figura 38) e uma quadra de bocha (Figura 39). Os dois primeiros espaços não são utilizados por idosos, diferentemente da quadra de bocha, freqüentada por idosos nos finais das tardes e nos fins de semana.



Figura 37: Campo de Futebol Jd. Luciana.



Figura 38: Ginásio Poliesportivo Jd. Luciana

Domingos, A., Junho de 2007.



Figura 39: Quadra de Bocha do Jd. Luciana.

Domingos, A., Junho de 2007.

No Centro da cidade está localizado o Ginásio Municipal, (Figura 40), onde é realizada a única atividade esportiva adaptada para a população idosa da cidade de Santa Gertrudes, que é a prática do Vôlei da Terceira Idade, na qual cerca de 10 idosos são treinados por uma professora de educação física, semanalmente. Em anexo ao Ginásio estão a piscina municipal e outro campo de futebol, que de acordo com o responsável não são utilizados por idosos.



Figura 40: Ginásio Municipal

Domingos, A., Junho de 2007

Espaços Públicos da cidade de Santa Gertrudes – SP, destinados ao lazer:

Como ocorre em outras cidades, os espaços públicos mais freqüentados por idosos da cidade de Santa Gertrudes são as praças (Figuras 41, 42, 43, 44, 45) e “jardins” (Figuras 46 e 47).

Estes espaços públicos proporcionam as rodas de conversa, e é através delas que os idosos acompanham o cotidiano urbano de Santa Gertrudes.



Figura 41: Praça do Jd. Parque Industrial.



Figura 42: Praça 1 do Centro.



Figura 43: Praça 2 do Centro.

Domingos, A., Junho de 2007



Figura 44: Praça localizada no Jd. Margarida.

Domingos, A., Junho de 2007



Figura 45: "Jardim" localizado no bairro Recanto Flafer.

Domingos, A., Junho de 2007



Figura 46: "Jardim" localizado no bairro Jd. Margarida

Domingos, A., Junho de 2007



Figura 47: Praça localizada no bairro Bom Sucesso

Domingos, A., Junho de 2007

Os idosos dos bairros que não possuem espaços públicos de lazer socializam-se em bares particulares ou mesmo nas calçadas em frente às residências.

Cerca de 10% da população idosa da cidade de Santa Gertrudes frequenta espaços públicos destinados especificamente ao lazer e socialização desta faixa etária, os quais estão localizados no Jd. Indaiá – Núcleo de Promoção Social João Vitte (Figura 48) e no Jd. Faxina - Centro de Convivência do Idoso (Figura 49).



Figura 48: Núcleo Social João Vitte.

Domingos, A., Junho de 2007



Figura 49: Centro de Convivência do Idoso.

Domingos, A., Junho de 2007

Os encontros dos idosos, em ambos os espaços, são monitorados por profissionais da Secretaria Municipal de Promoção Social e são realizadas rodas de conversa, trabalhos manuais e exercícios físicos. Os dois imóveis estão organizados com amplo salão, banheiros masculino e feminino e uma copa.

Espaços Públicos da cidade de Santa Gertrudes – SP, destinados à cultura:

No Centro Cultural Isidoro Demarchi (Figura 50), aos idosos da cidade de Santa Gertrudes é oferecida a oportunidade de participarem do Coral Municipal da Terceira Idade, no qual aprendem técnicas de canto e têm a oportunidade de participação em vários eventos públicos.



Figura 50: Centro Cultural Municipal Isidoro Demarchi

Espaços Públicos da cidade de Santa Gertrudes – SP, destinados à educação da população idosa

A educação de jovens e adultos (EJA), na cidade de Santa Gertrudes, ocorre na Escola Municipal de Ensino Fundamental “Cecy”, localizada no bairro Jardim Parque Industrial, através de aulas no período noturno.

De acordo com a coordenadora do programa, são muito poucos os idosos que freqüentam as aulas (6 idosos), pois como a maioria é de adultos e jovens, os idosos não conseguem acompanhar o ritmo de aprendizado adotado, sendo comum a presença de jovens em idade de realizar a educação convencional, e que devido a problemas de comportamento acabam sendo transferidos para o EJA, não possibilitando um ambiente planejado para o idoso.

Com base em todas essas informações, foi possível verificar que os espaços físicos necessários para atividades esportivas e de socialização existem na maioria dos bairros, no entanto não há envolvimento entre administração municipal e organizações comunitárias para a elaboração de atividades voltadas para os idosos.

Também foi observada a presença de idosos nas inúmeras instituições religiosas, presentes em todos os bairros, sendo comum a existência de várias instituições em cada bairro. Esses templos religiosos se apresentam como os lugares de maior socialização dos idosos.

Nos bairros Jd. Paulista, J. Jequitibás e J. Santa Catarina, que representam os loteamentos mais recentes da cidade, a situação é mais grave, pois não existem espaços públicos necessários para as diversas práticas de socialização, ficando os espaços para idosos restritos aos templos religiosos ali presentes.

Percebe-se assim a necessidade de ações da gestão local que promovam o uso destes espaços pela população idosa, realizando as adaptações físicas necessárias, bem como a contratação de profissionais qualificados para coordenarem tais atividades.

6.2 - Os Sujeitos envolvidos na problemática: Envelhecimento Populacional na cidade de Santa Gertrudes.

6.2.1 - Os Agentes Comunitários de Saúde.

Todos (24 indivíduos) os agentes comunitários de saúde da cidade de Santa Gertrudes foram convidados a participarem das experiências de aplicação de questionários e de observação da situação de moradia junto à população idosa e seu cuidador informal.

Participaram das dinâmicas citadas 14 agentes, que antecipadamente responderam ao questionário apresentado a seguir. A apresentação e análise das respostas foram realizadas com o emprego da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, explicada anteriormente.

Caracterização dos agentes participantes da pesquisa:

Dos participantes, 57% possuem entre 18 e 28 anos, 29% entre 29 e 39 anos e 14% estão na faixa etária dos 40 a 45 anos (Figura 51) sendo 86% de mulheres e 14% de homens (Figura 52); 66% possuem renda familiar entre R\$ 400,00 e R\$ 800,00, 17% entre R\$ 801,00 e R\$ 1200,00 e 17% acima de R\$ 1200,00. (Figura 53).

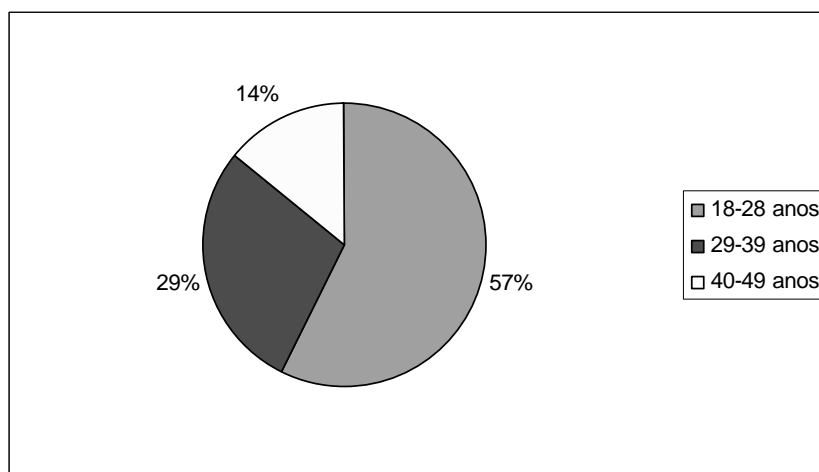


Figura 51: Agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, por faixa etária.

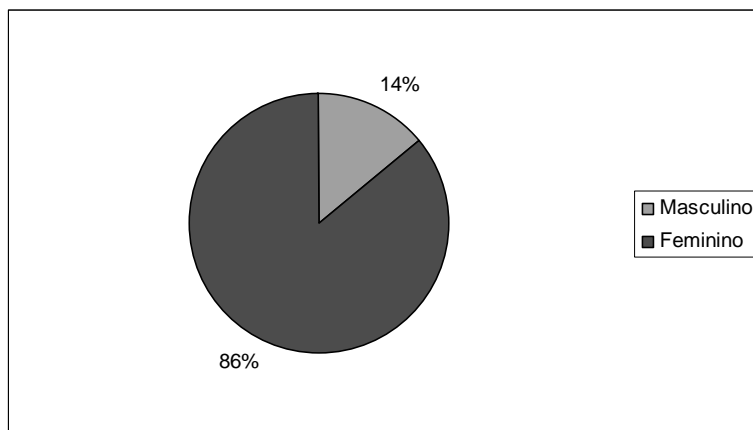


Figura 52: Agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, por sexo.

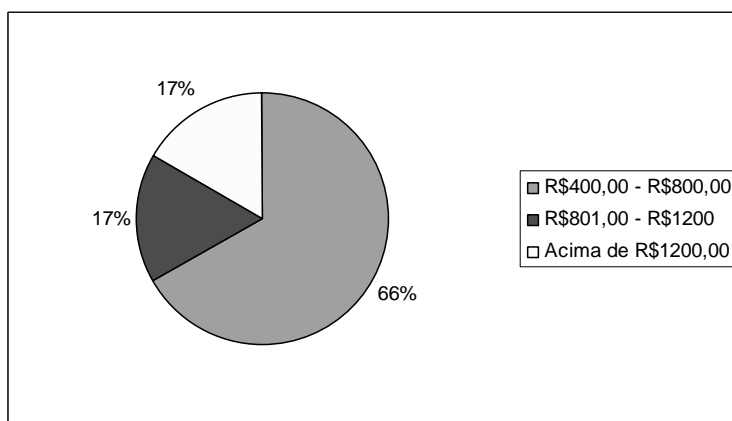


Figura 53: Agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, por renda.

De acordo com a Figura 54, tem-se que 38% dos agentes atuam no bairro Bom Sucesso, 37% no Jardim Parque Industrial, 13% no bairro Jequitibás, e o restante nos bairros Jardim Paulista e Iporanga.

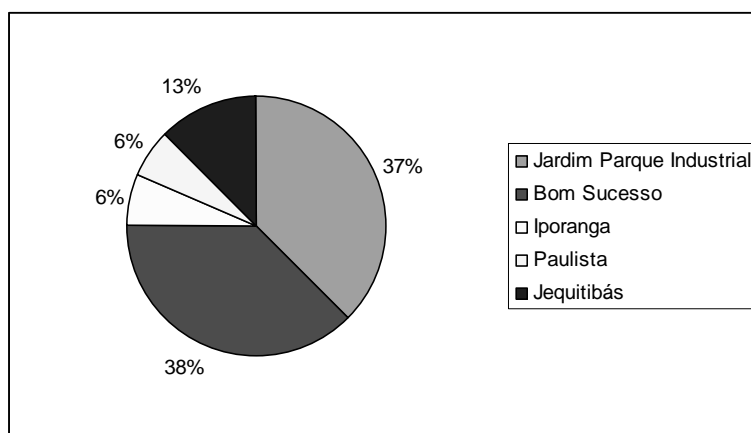


Figura 54: Bairro de atuação dos agentes comunitários de saúde.

Pergunta 1: Existem atividades desenvolvidas aqui no PSF, voltadas exclusivamente para a população idosa ?

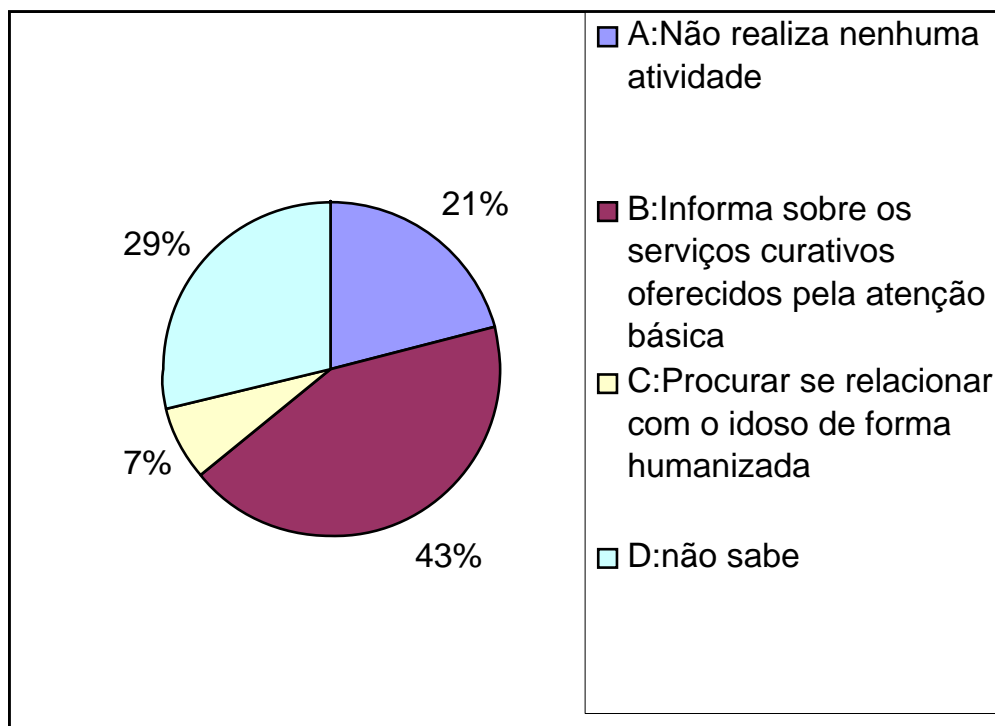


Figura 55: Atividades voltadas para a população idosa, desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde.

De acordo com a Figura 55, a maioria dos entrevistados (43%) entende que o auxílio ao idoso ocorre no momento em que o agente informa os serviços médicos oferecidos, bem como especialidades e horários de atendimento. Entre os agentes, este serviço é denominado de encaminhamento, quando o idoso ou o cuidador informal são orientados de como buscar os serviços necessários para o tratamento de diversas doenças.

Nota-se que não há nenhuma ação voltada para a prevenção de doenças ou mesmo melhora da capacidade funcional, conceito este apresentado anteriormente e divulgado pelo Ministério da Saúde, mas totalmente desconhecido pelos agentes e enfermeiros presentes nesta pesquisa.

Uma parcela dos entrevistados (29%) diz não saber de nenhuma ação do Programa Saúde da Família voltada exclusivamente para a população idosa, pois conhece apenas o Hiperdia, programa voltado para todas as faixas etárias, sendo o mesmo de controle das doenças Hipertensão e Diabetes, não ocorrendo ações voltadas para a prevenção destas doenças na comunidade em geral.

Já 21% afirmam que não há qualquer ação destinada à melhoria da condição de vida do idoso, e 7% dos entrevistados citam que a forma como visitam o idoso, agindo de forma humanizada, já é considerada uma ação voltada para os mesmos, mesmo que a visita não proporcione nenhuma informação ou mudança do cotidiano do idoso.

Pergunta 2 – Quais as principais dificuldades que você encontra para atender o idoso, aqui no PSF?

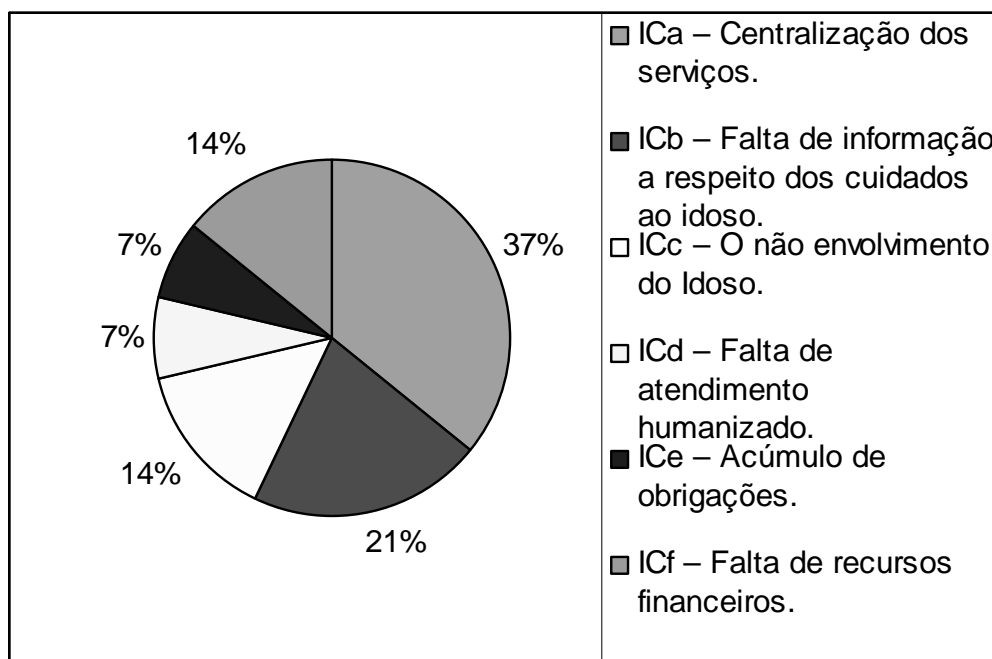


Figura 56: Principais dificuldades encontradas pelos agentes para atender ao idoso.

A Figura 56 demonstra que a maioria dos entrevistados (37%) aponta a centralização dos serviços de consulta médica na Unidade da Saúde da Família

do bairro Jardim Parque industrial como um problema, pois todos os moradores da cidade são atendidos neste mesmo local. Além disso, é sempre necessária uma primeira visita a um clínico geral para o mesmo encaminhar o idoso para o especialista, então o paciente ou alguém responsável deve ir até a Unidade agendar a consulta, que normalmente demora entre 15 e 30 dias.

Quando chega o dia da consulta o paciente deve “madrugar” em uma fila para pegar a senha de atendimento, pois os médicos possuem uma cota de atendimento pré-estabelecida, que varia entre 6 e 12 pacientes, dependendo da especialidade médica.

Nota-se, então, que este formato de atendimento é excludente, pois, por exemplo, o idoso morador no Centro da cidade encontrará dificuldades em caminhar até o bairro J.Parque Industrial, ato que poderá, inclusive, agravar o seu quadro clínico. No sentido de minimizar este problema, a Secretaria da Saúde Municipal oferece aos moradores o serviço de transporte através de peruas, vans ou ambulâncias, que, de acordo com os entrevistados, não consegue suprir a demanda.

Outra parcela dos envolvidos (21%) afirma que as principais dificuldades estão na falta de informação por parte da Secretaria de Saúde Municipal, pois seus funcionários não se sentem preparados para oferecer qualquer tipo de serviço para a população idosa.

Já 14% admite que o fato de não haver recursos financeiros para a saúde torna inviável a realização de qualquer trabalho que resulte na melhora da saúde do idoso; outros 14% citam que encontram dificuldades para lidar com a população idosa, pois sentem certas resistências em realizar algumas visitas, ou mesmo transmitir informações da Secretaria de Saúde.

A minoria dos entrevistados (7%) entende que o acúmulo de obrigações, tais como grande número de casas para visitar, quintais para fiscalizar, impede que sejam desenvolvidas ações para os idosos; outros 7% acreditam que a falta de humanização no atendimento prestado pelos agentes é a principal dificuldade.

Pergunta 3 – De que forma o PSF orienta os cuidadores informais no atendimento aos idosos ?

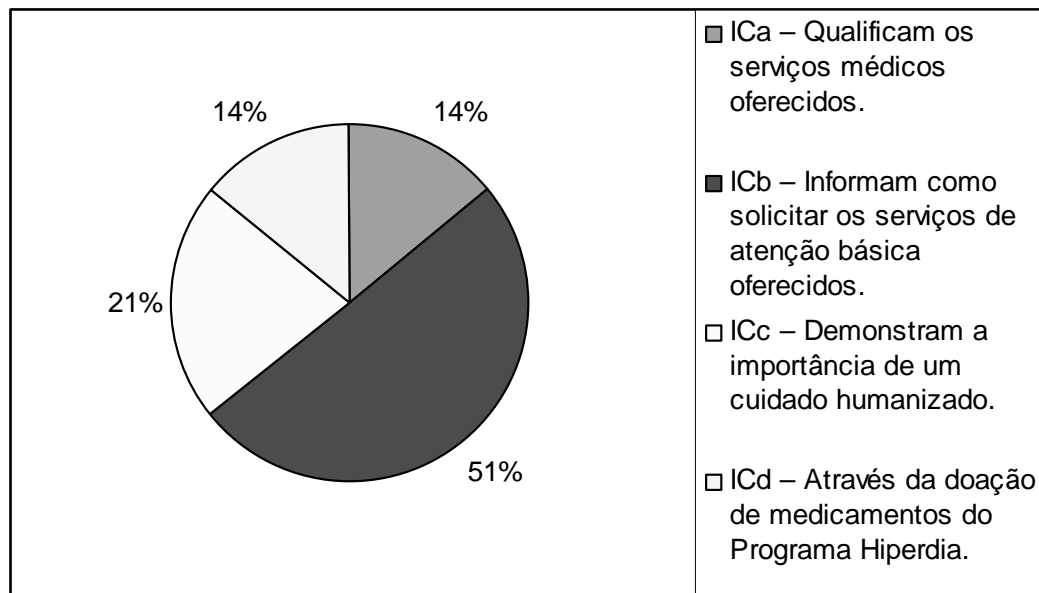


Figura 57: Orientação realizada pelos agentes para auxiliar os cuidadores informais.

Através do Figura 57, verifica-se que a maioria (51%) cita que auxiliam os cuidadores informais orientando sobre como solicitar o serviço de saúde para o idoso enfermo, apontando quais as especialidades atendidas, explicando a sistemática de atendimento, procurando saber quais medicamentos estão disponíveis na Farmácia Municipal.

Já 21% acreditam que a melhor orientação está em aconselhar o cuidador informal em ser paciente com o idoso enfermo, procurando inclusive amparo religioso para suportar os desafios desta situação.

A minoria (7%) auxilia os cuidadores citando quais médicos, na opinião dos agentes, irão atender de forma mais coerente e atenciosa o idoso enfermo; outros 7% vêem a doação de medicamentos para os hipertensos e diabéticos como o melhor auxílio realizado para com os cuidadores informais.

Pergunta 4 - Quais ações poderiam auxiliar a melhoria da capacidade funcional dos idosos atendidos pelos PSF?

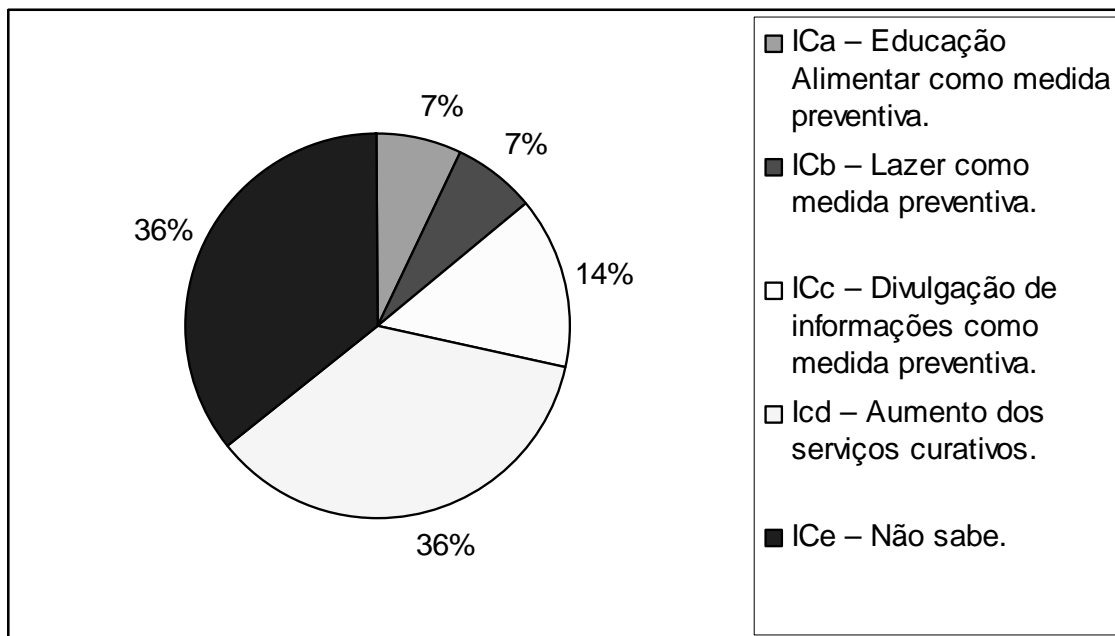


Figura 58: Ações que poderiam contribuir com a melhoria da capacidade funcional dos idosos atendidos pelo PSF.

A Figura 58 revela que a grande parte dos entrevistados divide-se entre os que acreditam na melhora da capacidade funcional, através do aumento de medicamentos doados (36%), e entre os que não sabem como proporcionar a melhora da capacidade funcional (36%).

No entanto, 14% citam a importância de divulgar ações que irão reduzir os riscos de doenças futuras, como informações sobre a ingestão de álcool, o tabagismo e o sedentarismo. Citam a importância de informar a comunidade através de palestras, panfletos na conta de água, ou seja, acreditam na realização de uma medicina preventiva.

A menor parcela (7%) aponta a importância da alimentação e do lazer (7%) no cotidiano do idoso, no entanto não relaciona essas práticas aos serviços públicos, acreditando serem estas decisões e ações particulares.

Observação de variáveis de moradias relacionadas à saúde da população idosa:

A primeira dinâmica proposta para os agentes comunitários de saúde foi a de observar a situação de algumas variáveis de moradia que podem influenciar na condição de saúde do morador, sendo o mesmo idoso ou não.

A medicina preventiva contempla a observação da moradia da população, já que, em alguns casos, medidas simples de higienização correta, melhorias na ventilação e iluminação podem diminuir a ocorrência de crises de certas doenças, como as respiratórias, e eliminar a ocorrência de outras, como a diarreia e algumas viroses.

Desta forma, no mês de Maio de 2007, momento em que aconteceram os encontros com os agentes comunitários de saúde, foram apresentadas a eles algumas variáveis de moradia que influenciam na saúde da população em geral, e solicitado que os mesmos passassem a observá-las nas visitas realizadas.

Os agentes envolvidos nesta pesquisa visitaram e observaram 47 moradias distribuídas nos bairros de cobertura do Programa de Saúde da Família, respondendo ao questionário apresentado a seguir: (Figura 59)

Tipo de moradia:	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Casa de Cômodo	<input type="checkbox"/> Barraco	
Calçamento de rua:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Fachada da moradia:	<input type="checkbox"/> Acabada	<input type="checkbox"/> Inacabada			
Nº de cômodos:	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Acima de 5
Possui área externa:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Possui arborização:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Os cômodos recebem iluminação solar ao longo do dia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Os cômodos recebem ventilação:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Os cômodos possuem condições de higiene aceitáveis:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
O idoso demonstra satisfação com relação a sua moradia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			

Figura 59: Distribuição das variáveis de moradia de idosos atendidos pelo PSF na cidade de Santa Gertrudes:

Fig.60:Tipo de Casa.

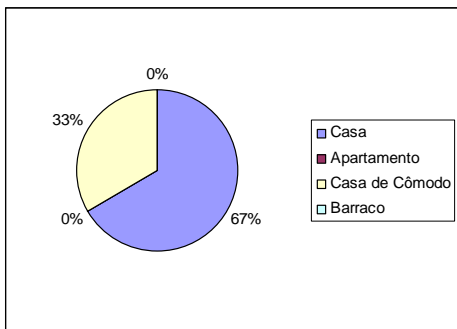


Fig.:61 Calçamento de Rua.

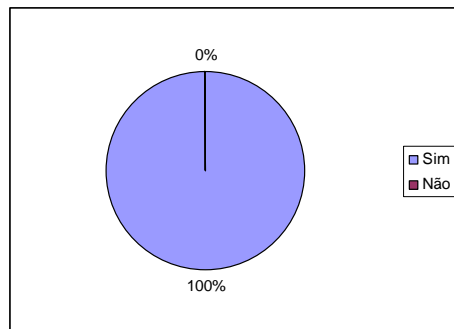


Fig.:62 Fachada da Moradia.

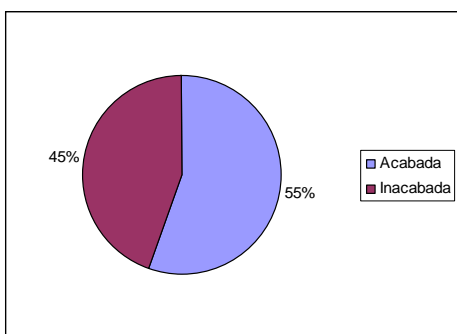


Fig.:63 Número de Cômodos.

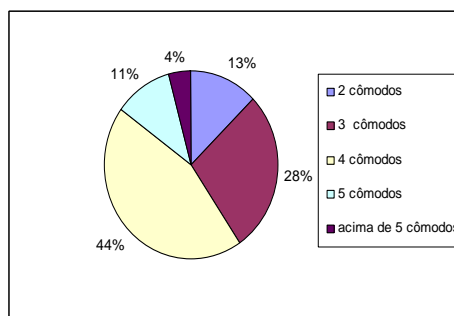


Fig.:69 Possui área externa.

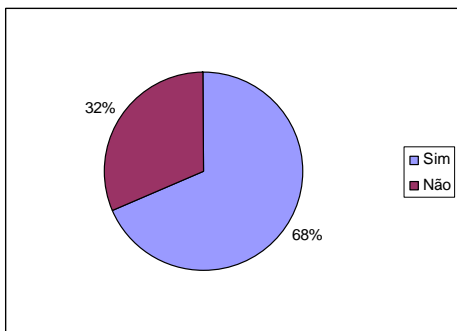


Fig.:70:Possui arborização.

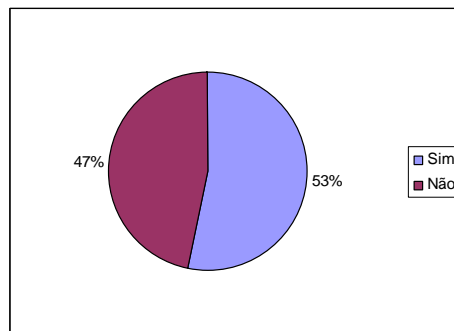


Fig.:71: Os cômodos recebem iluminação solar ao longo do dia.

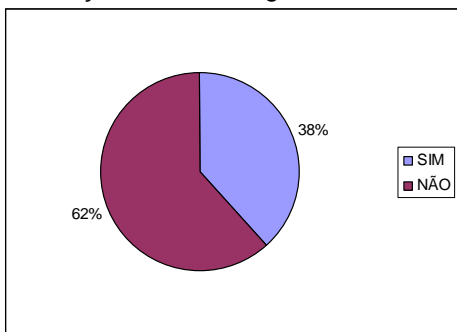
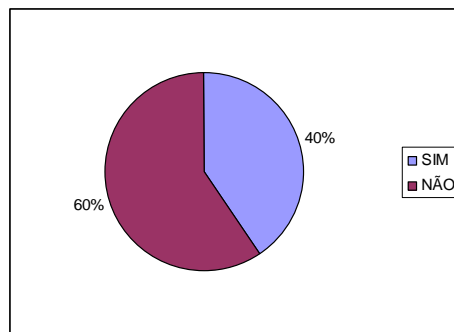


Fig.:72 Os cômodos recebem ventilação



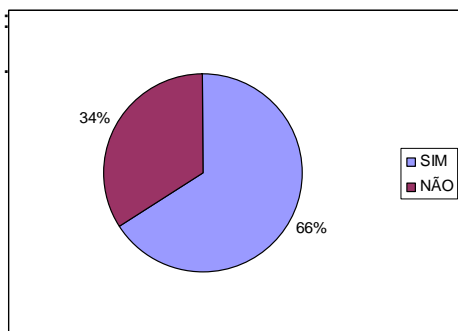


Fig.: 73 Condições de higiene aceitáveis

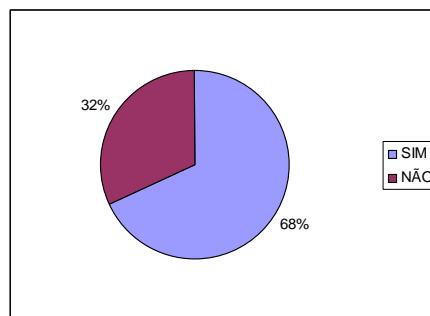


Fig.: 74 O idoso demonstra satisfação com relação a sua moradia.

Através das Figuras 60 a 74, observa-se que a maior parte (67%) dos entrevistados possui casas e 33% dividem cômodos da mesma casa com outras famílias, como se fossem cortiços. Nenhum dos entrevistados mora em bairros de apartamentos.

Todo o espaço urbano de Santa Gertrudes possui calçamento, rede de água e esgoto, inclusive os loteamentos mais recentes (Jardim Parque dos Jequitibás).

Com relação ao acabamento das moradias, 55% possuem acabamento, com cobertura de pintura, e o restante (45%) possui apenas a parede de tijolos ou, em alguns casos, a parede apenas rebocada, contribuindo para o aumento de umidade no interior da casa

Dentre os entrevistados, 44% moram em 4 cômodos, dividindo muitas vezes o mesmo quarto com filhos, netos e outros familiares; 28% moram em 3 cômodos; 11% moram em 5 cômodos e 4% moram em mais de 5 cômodos.

A maior parte das moradias (68%) possui área externa, sendo que 53% possuem arborização.

Cerca de 62% dos moradores não recebem luz solar ao longo do dia, o que contribui para a propagação de umidades nas paredes; 60% não recebem ventilação, tornando os cômodos quentes e abafados.

De acordo com os agentes, 66% das casas possuem condições satisfatórias de higiene, e 68% dos entrevistados dizem-se satisfeitos com relação a sua moradia.

Esta pesquisa não almejou verificar a relação moradia e doença nas casas visitadas, pois esta dinâmica exigiria maior preparo por parte dos agentes, bem como o envolvimento de enfermeiros e médicos.

O objetivo desta dinâmica foi apontar para os agentes comunitários de saúde a importância de observarem diversos aspectos do espaço vivido de sua clientela.

Os agentes comunitários participantes desta dinâmica comentaram que, a partir desta experiência, começaram a “prestar mais atenção” na situação de moradia dos atendidos pelo programa, e em alguns casos passaram a sugerir modificações como abertura de janelas, plantio de árvores em jardins e higienização adequada das casas.

6.2.2 – Os idosos envolvidos nesta pesquisa:

Para a realização deste estudo, os idosos foram organizados em três grupos, de acordo com as seguintes particularidades: a existência de idosos que não participam de grupos de socialização; a existência de idosos participantes de grupos de socialização (Clube do vovô e Grupo União) e a existência de idosos internos de um asilo.

Os idosos não participantes de grupos de socialização foram entrevistados pelos agentes comunitários de saúde e os idosos participantes dos grupos de socialização e os internos do asilo pela pesquisadora.

Caracterização dos grupos de idosos:

Grupo 1: Idosos não participantes de grupos de socialização:

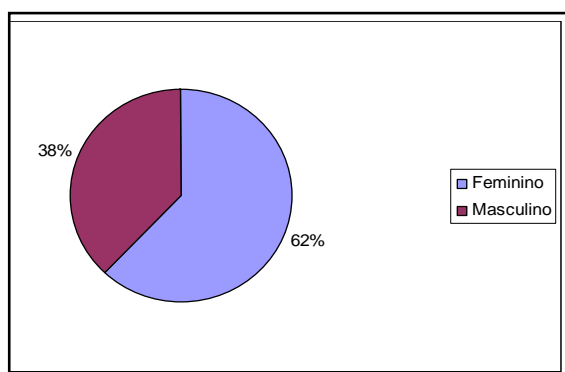


Figura 75: Idosos por sexo.

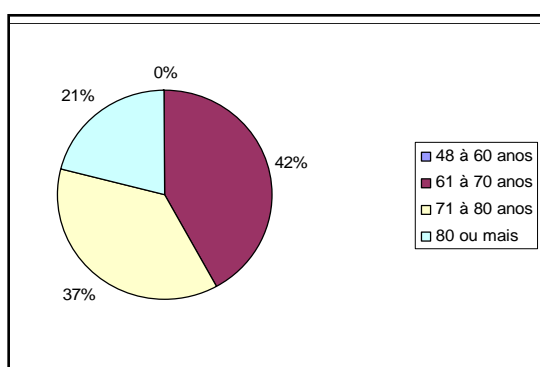


Figura 76: Idosos por faixa etária.

De acordo com as Figuras 75 e 76, os idosos do Grupo 1 são os indivíduos atendidos pelo programa e não participantes de grupos de terceira idade. Estes somam 62% de mulheres e 38% de homens, estando assim classificados quanto à faixa etária: 42% entre 61 e 70 anos; 37% entre 71 e 80 anos e 21% acima dos 80 anos.

Grupo 2: Idosos participantes de grupos de socialização:

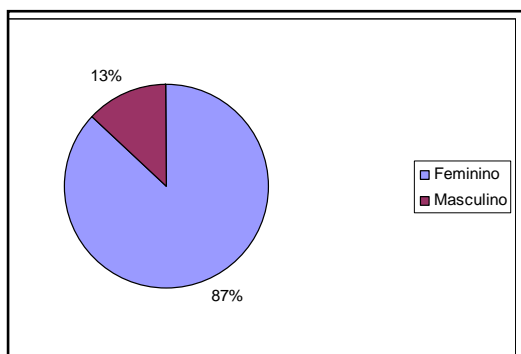


Figura 77: Idosos por sexo.

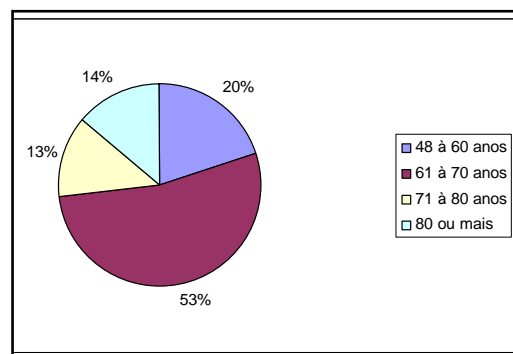


Figura 78: Idosos por faixa etária.

De acordo com as Figuras 77 e 78, os idosos do Grupo 2 são os indivíduos participantes de grupos de socialização (Grupo União e Clube do Vovô), que somam 87% de mulheres e 13% de homens. Encontram-se nas seguintes faixas etárias: 53% entre 61 e 70 anos; 20% entre 48 e 60 anos; 14% 80 ou mais anos, e 13% entre 71 e 80 anos.

Grupo 3: Idosos internos do Lar dos Velinhos Santa Gertrudes:

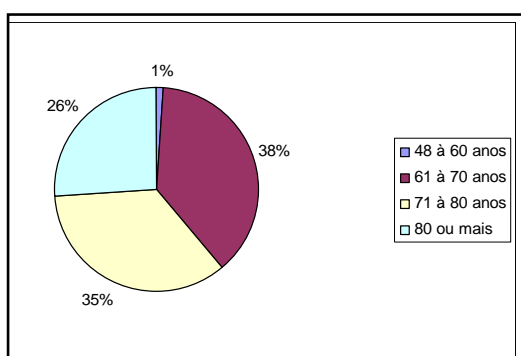


Figura 79: Idosos por faixa etária.

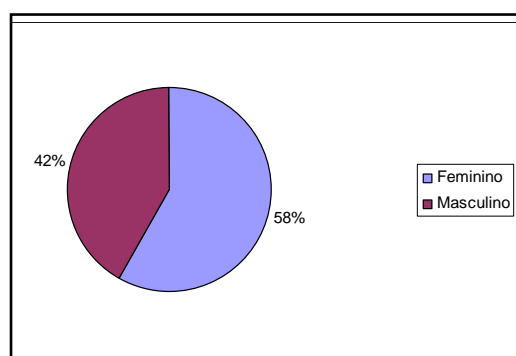


Figura 80: Idosos por sexo.

As Figuras 79 e 80 mostram os idosos do Grupo 3, que são indivíduos internos no Lar dos Velinhos de Santa Gertrudes. Dentre estes, 58% são

mulheres e 42 homens, pertencentes às faixas etárias: 38% entre 61 e 70 anos; 35% entre 71 e 80 anos; 26% 80 ou mais anos e 1% entre 48 e 60 anos.

Os idosos e a realização das atividades de vida diária:

Com base nos estudos de Cianciarullo (2005), percebeu-se a importância de realizar a avaliação da capacidade funcional dos idosos envolvidos nesta investigação. Primeiramente, com o intuito de apresentar para os agentes comunitários de saúde mais uma técnica de obtenção de dados referentes à população idosa.

Desta forma, foram aplicados os questionários elaborados por Lawton (1960, apud CIANCIARULLO, 2005, p.265), que possibilitaram estabelecer se os idosos envolvidos nesta investigação são dependentes ou independentes para a realização das atividades básicas da vida diária e também para as atividades consideradas instrumentais.

Grupo 1: Idosos não participantes de grupos de socialização:

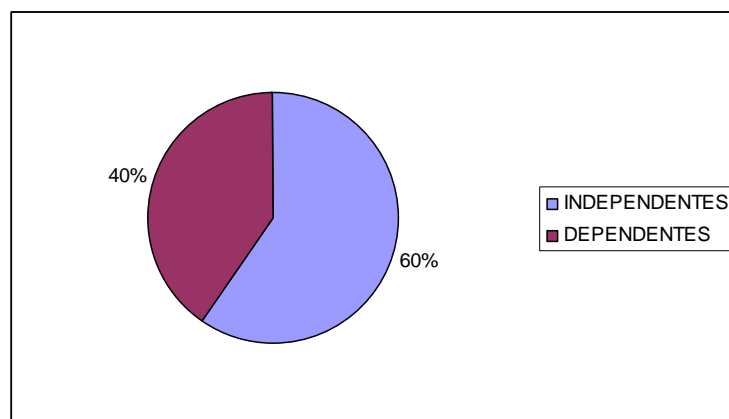


Figura 81: Idosos do grupo 1 e as Atividades Instrumentais de Vida Diária.

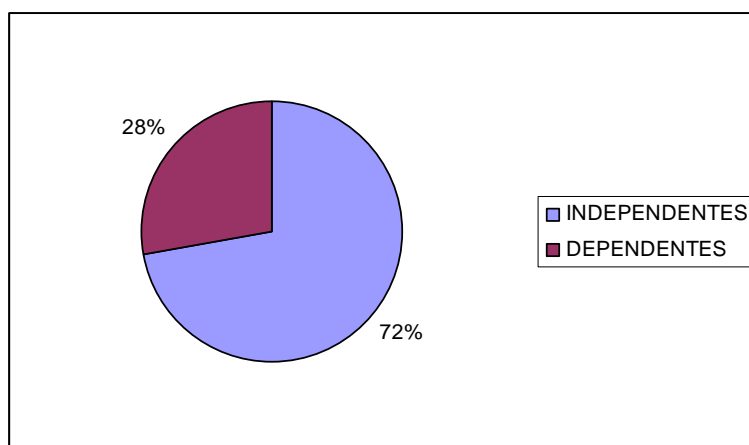


Figura 82: Idosos do grupo 1 e as Atividades Básicas de Vida Diária.

Como pode ser observado nas Figuras 81 e 82, dos 47 idosos atendidos pelo Programa Saúde da Família na cidade de Santa Gertrudes, com relação às atividades básicas de vida diária, 72% são independentes e 28% são dependentes.

Com relação às atividades instrumentais de vida diária, 60% são independentes e 40% são dependentes, apresentando dificuldades em utilizar o telefone e tomar condução para ir a lugares distantes.

Grupo 2: Idosos participantes dos grupos de socialização:

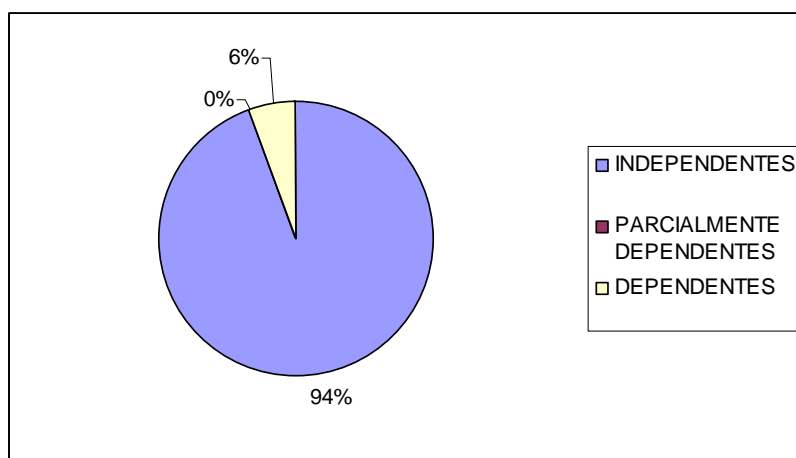


Figura 83: Idosos do grupo 2 e as Atividades Básicas de Vida Diária.

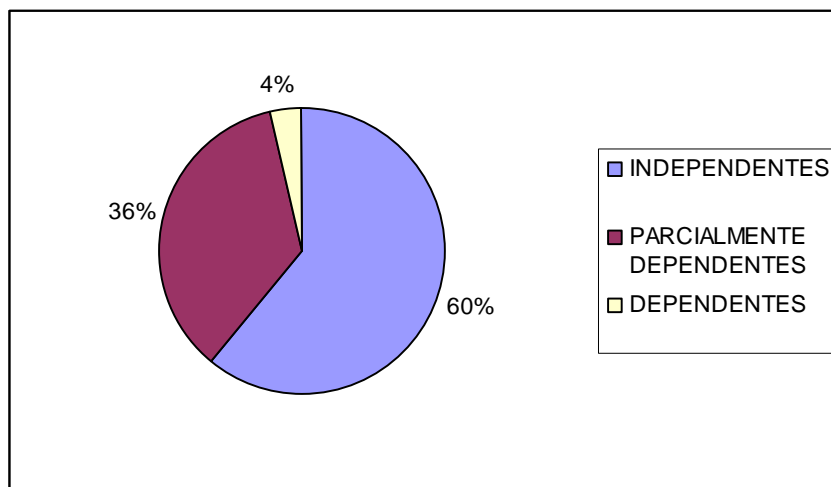


Figura 84: Idosos do grupo 2 e as Atividades Instrumentais de Vida Diária.

De acordo com as Figuras 83 e 84, sobre as atividades básicas de vida diária, 94% dos idosos participantes dos grupos de socialização são independentes e 6% são dependentes, apresentando dificuldades de locomoção.

Dentre os idosos participantes do grupo de terceira idade, 60% são independentes na realização das atividades instrumentais de vida diária, 36% são parcialmente dependentes e 4% são dependentes, apresentando maiores dificuldades nos momentos de cuidarem da própria finança e de tomarem certos medicamentos receitados.

Grupo 3: Idosos internos do asilo Lar dos Velhinhos:

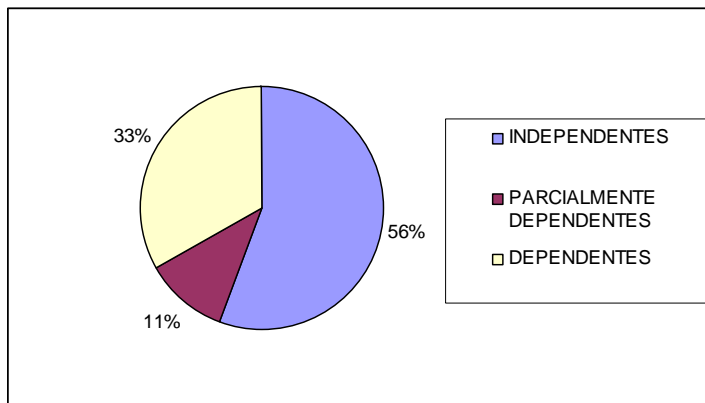


Figura 85: Idosos do grupo 3 e Atividades Básicas de Vida Diária.

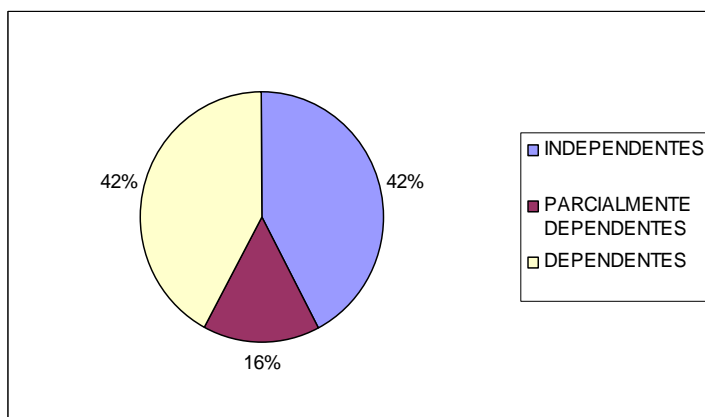


Figura 86: Idosos do grupo 3 e as Atividades Instrumentais de Vida Diária.

De acordo com a Figura 85, com relação à realização de atividades básicas da vida diária, os idosos internos do Lar dos Velhinhos são 33% dependentes, 11% parcialmente dependentes e 56% independentes.

A Figura 86 revela que, dentre os idosos internos do Lar dos Velhinhos, 42% são dependentes na realização de atividades instrumentais de vida diária, 16% são parcialmente dependentes e 42% são independentes.

Através desta dinâmica, foram evidenciadas as ações do cotidiano da população idosa, que devem ser observadas pelos agentes no momento das visitas, podendo os mesmos sugerir medidas de auxílio para a execução das mesmas.

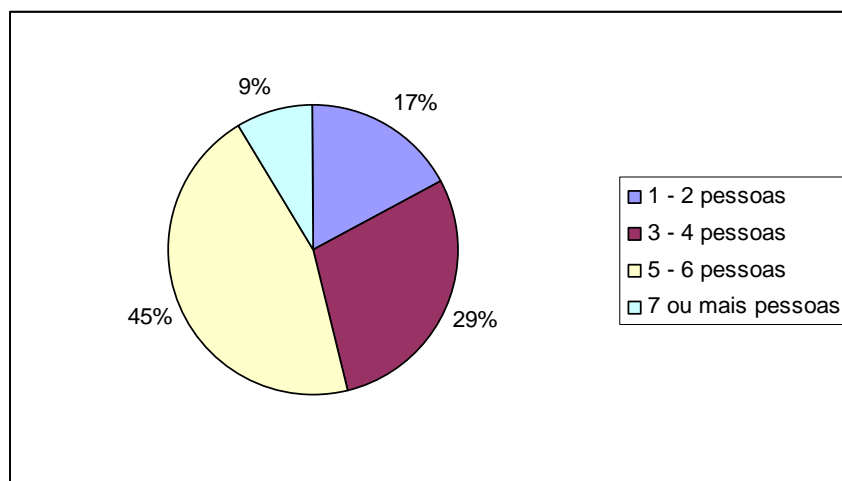
Resultados da entrevista dos idosos:**Pergunta 1 - Quantas pessoas residem com o (a) senhor (a) ?**

Figura 87: Idosos do grupo 1 por número de moradores nas residências.

De acordo com a Figura 87, dentre o grupo de idosos atendidos pelo PSF na cidade de Santa Gertrudes, 45% dividem a moradia com 5 a 6 pessoas, em sua maioria familiares diretos como filhos e netos; 29% vivem em residências menos numerosas com 3 a 4 pessoas; 17% vivem com 1 a 2 pessoas, e a minoria, 9%, divide a residência com 7 ou mais pessoas.

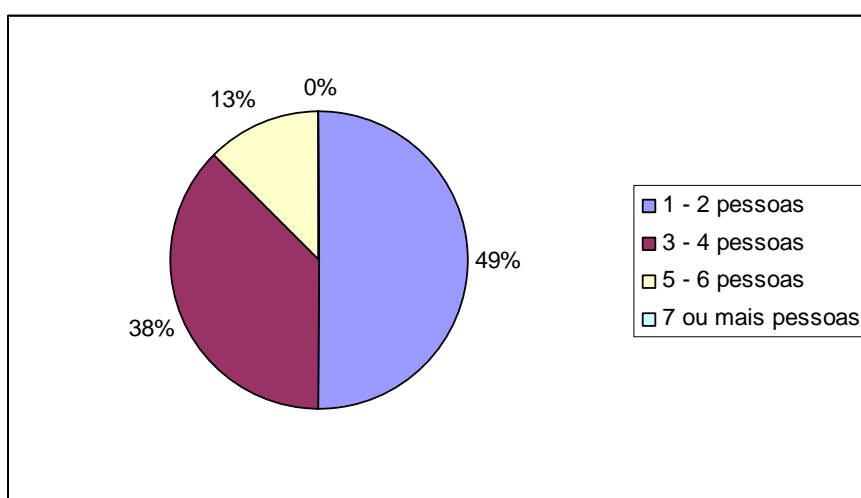


Figura 88 : Idosos do grupo 2 por número de moradores nas residências.

Conforme apresenta a Figura 88, o grupo 2, formado por participantes do Clube do Vovô e do Clube da Amizade, apresentou dados diferenciados do grupo anterior, pois 49% dos entrevistados moram com 1 a 2 pessoas, 38% moram com 3 a 4 pessoas e 13% dividem a moradia com 5 a 6 pessoas.

Pergunta 2 - Qual é a renda familiar:

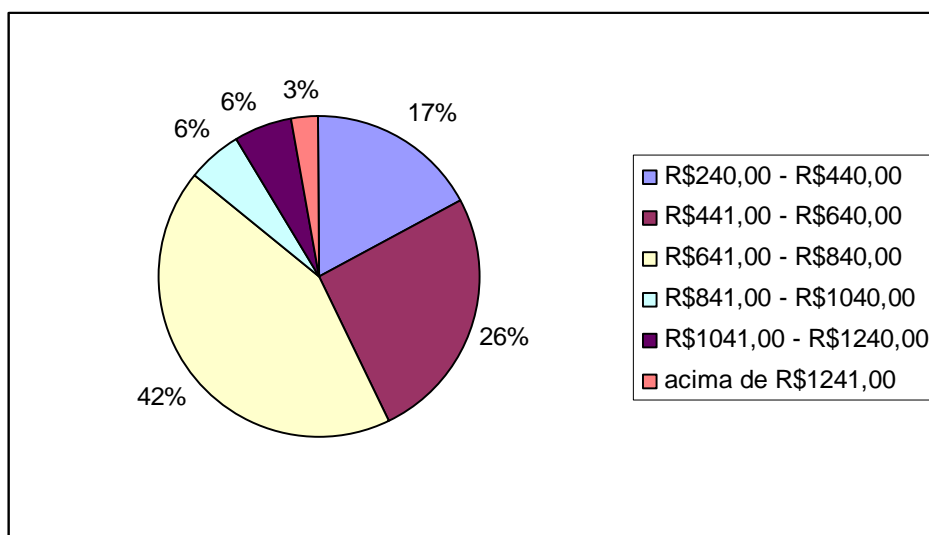


Figura 89: Idosos do grupo 1 por renda familiar.

Dentre os idosos do Grupo 1, 42% possuem renda familiar entre R\$ 641,00 e R\$ 840,00; 26% possuem renda entre R\$441,00 e R\$ 640,00; 17% de R\$ 240,00 a R\$ 440,00, e 15% possuem renda familiar acima de R\$ 840,00. (Figura 89)

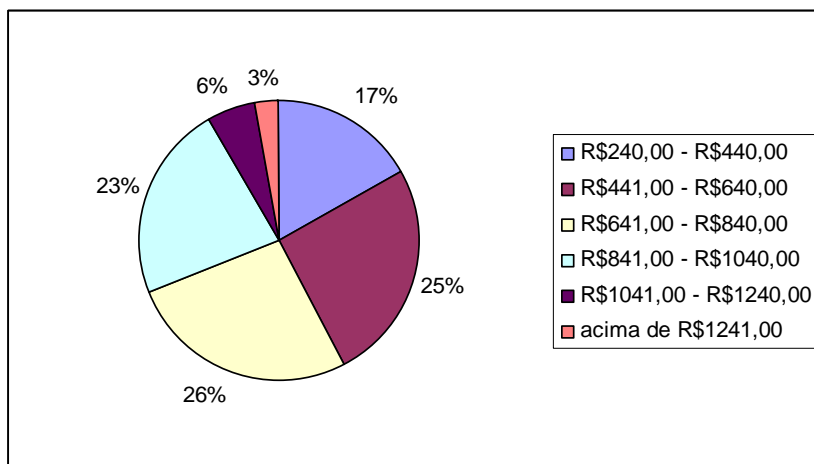


Figura 90: Idosos do grupo 2 por renda familiar.

De acordo com a Figura 90, os idosos do Grupo 2 se dividem assim: 26% possuem renda familiar entre R\$ 641,00 e R\$ 840,00; 25% entre R\$ 441,00 e R\$ 640,00; 23% entre R\$ 841,00 e R\$ 1040,00; 17% entre R\$ 240,00 e R\$ 440,00.

Nota-se que o Grupo 2 apresenta situação financeira mais favorável do que o Grupo 1, pois enquanto o primeiro possui apenas 6% de idosos com renda familiar entre R\$ 841,00 e R\$ 1040,00, o grupo 2 possui 23% de seus idosos nesta categoria.

Muitas vezes esta melhor situação financeira favorece a participação dos idosos em atividades sociais, geralmente incentivados por familiares. Em certos casos observados, os participantes não possuem preocupações oriundas de dificuldades financeiras.

Com relação aos internos do Lar, observou-se que a maior parte dos entrevistados (68%) não sabe informar se possuem alguma renda, como, por exemplo, a aposentadoria, e alguns não sabem informar qual é o valor da mesma.

Este asilo abriga idosos ou adultos em situação de abandono, bem como oferece acomodação e atendimento médico particular.

O administrador do mesmo citou que alguns internos recebem a aposentadoria e repassam uma parte do valor para a instituição, outros a família realiza o pagamento particularmente, e alguns não podem pagar os custos.

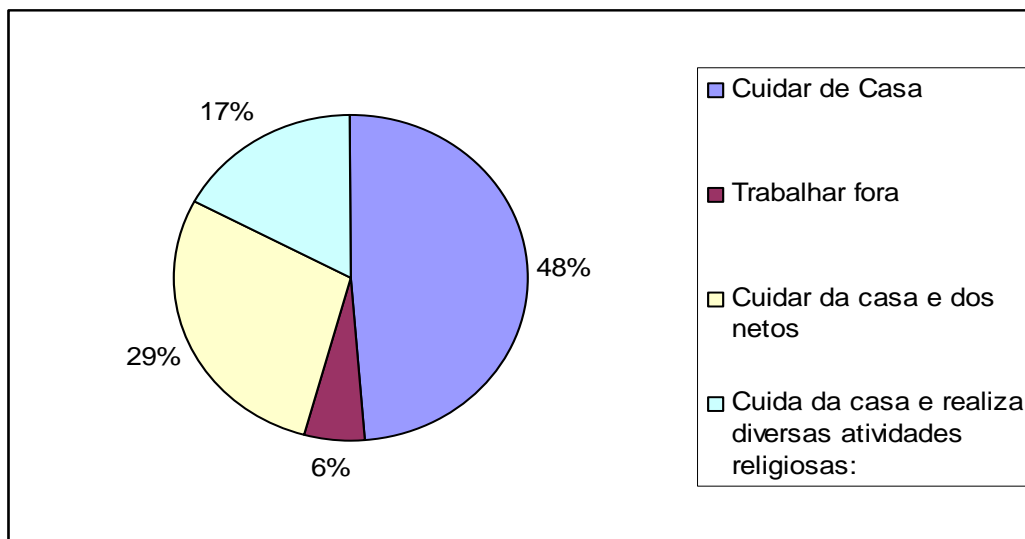
Pergunta 3 – Quais são suas atividades diárias?

Figura 91 : Idosos do grupo 1 por atividades diárias.

De acordo com a Figura 91, a maior parte dos idosos do Grupo 1, 48%, tem como atividade diária realizar os trabalhos domésticos, não executando qualquer outra atividade; outros 29% dividem as atividades diárias entre os trabalhos domésticos e os cuidados com familiares como os netos, pois em alguns casos os idosos são responsáveis legais pelos netos, já que os mesmos foram abandonados pelos pais.

O restante deles, 17%, realiza as atividades domésticas e participa de eventos religiosos, como tardes de oração, pastorais etc. A menor parcela dos entrevistados, 6%, trabalha fora de casa.

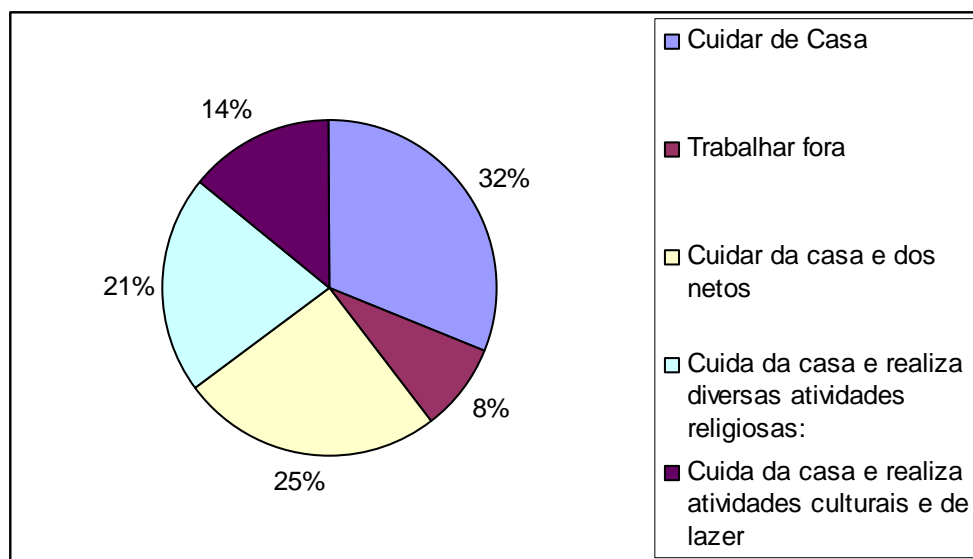


Figura 92 : Idosos do grupo 2 por atividades diárias.

Através da Figura 92, observou-se que o Grupo 2 apresentou dados muito semelhantes ao grupo 1, pois 14% dos entrevistados realizam os trabalhos domésticos e também participam de atividades culturais, como o coral da terceira idade, atividades esportivas como o vôlei adaptado e ginástica localizada, além de atividades de lazer como aulas de artesanato e dança de salão.

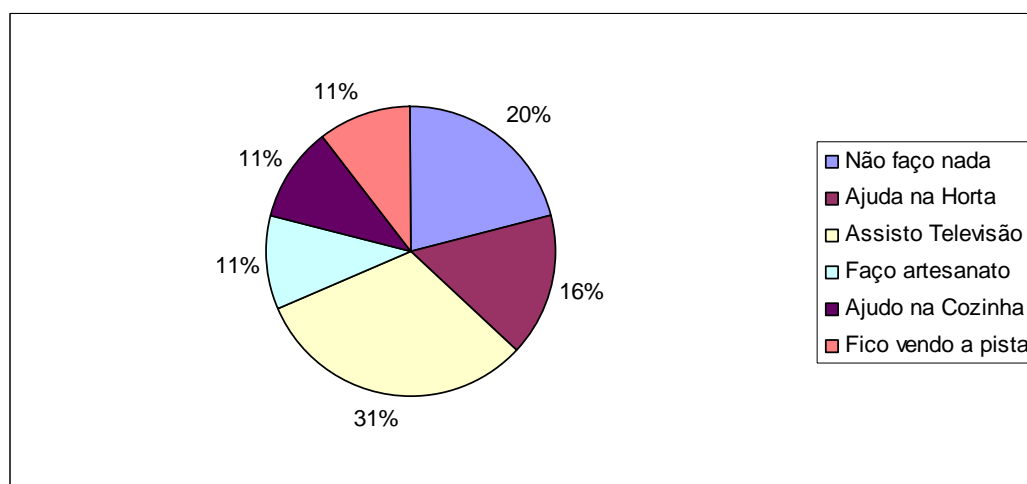


Figura 93 : Idosos do grupo 3 por atividades diárias.

O grupo 3 apresentou um quadro preocupante com relação às atividades diárias realizadas ou propostas pela instituição envolvida, como demonstra a Figura 93, pois a maioria dos entrevistados cita como atividade diária assistir televisão (31%). O mais grave é que 20% afirmam não realizar atividade alguma; 16% auxiliam no cultivo de verduras e legumes, e o restante divide-se entre realizar artesanatos, auxiliar na cozinha e observar os arredores do asilo.

Pergunta 4: O (a) Senhor (a) possui algum problema de saúde? Qual?

De acordo com a Figura 94, todos os idosos do Grupo 1 possuem problemas de saúde, pois os mesmos fazem parte do Programa HIPERDIA. Notou-se que não há atividade preventiva com os idosos das áreas de cobertura do PSF, apenas a aferição regular da pressão arterial e a distribuição dos medicamentos de controle.

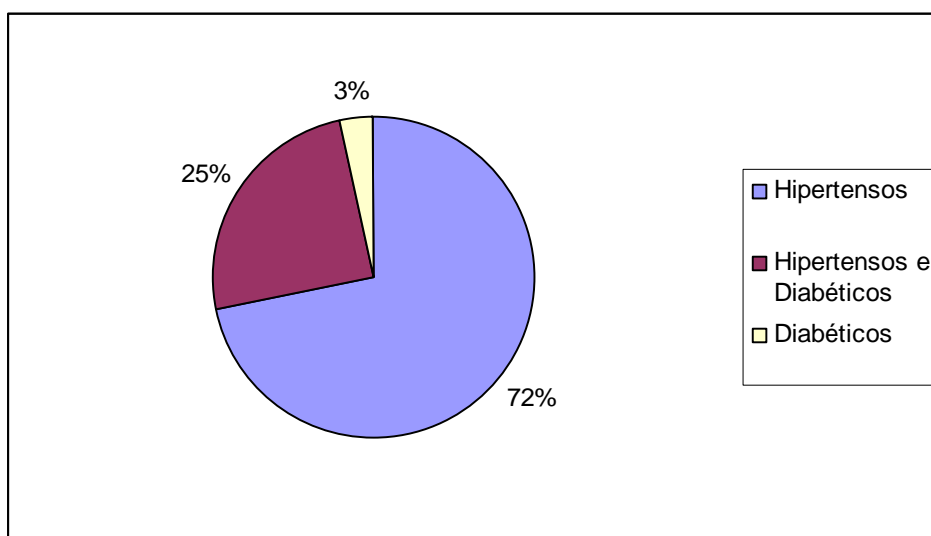


Figura 94 : Idosos do grupo 1 por problemas de saúde.

De acordo com este Figura, 72% são hipertensos, 25% hipertensos e diabéticos e 3% são hipertensos e diabéticos.

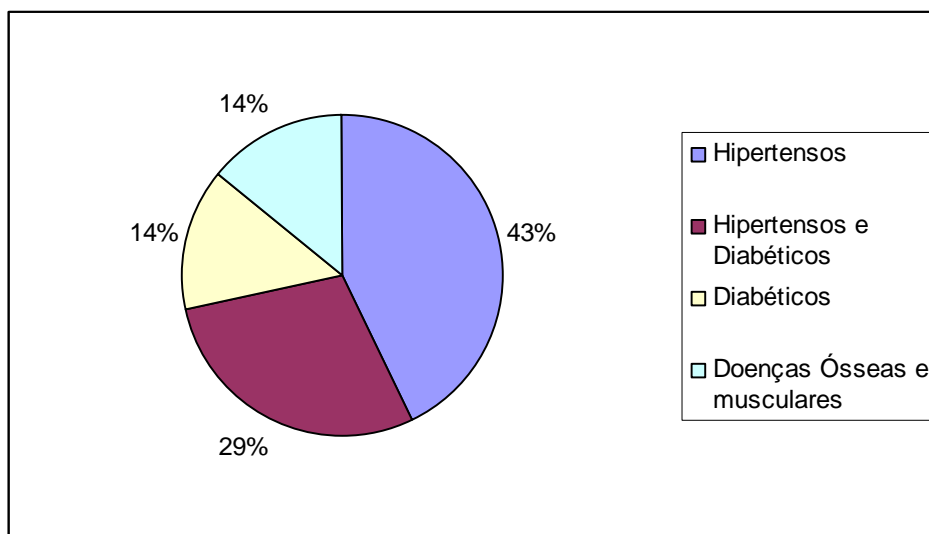


Figura 95: Idosos do grupo 2 por problemas de saúde.

A Figura 95 revela que, dentre os idosos do grupo 2, além de doenças como Hipertensão (43%), Hipertensão e Diabetes (29%), e Diabetes (14%), 14% têm doenças ósseas e musculares.

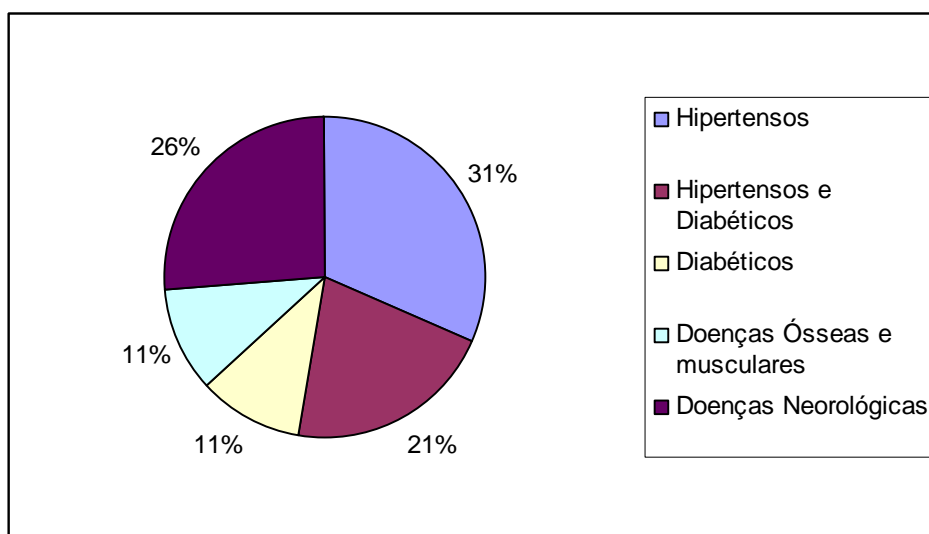


Figura 96: Idosos do grupo 3 por problemas de saúde.

De acordo com a Figura 96, os idosos internos do Lar dos Velinhos, além das doenças já citadas, somam 26% dos que apresentam doenças neurológicas.

Pergunta 5: O (a) senhor (a) participa de alguma atividade social ?

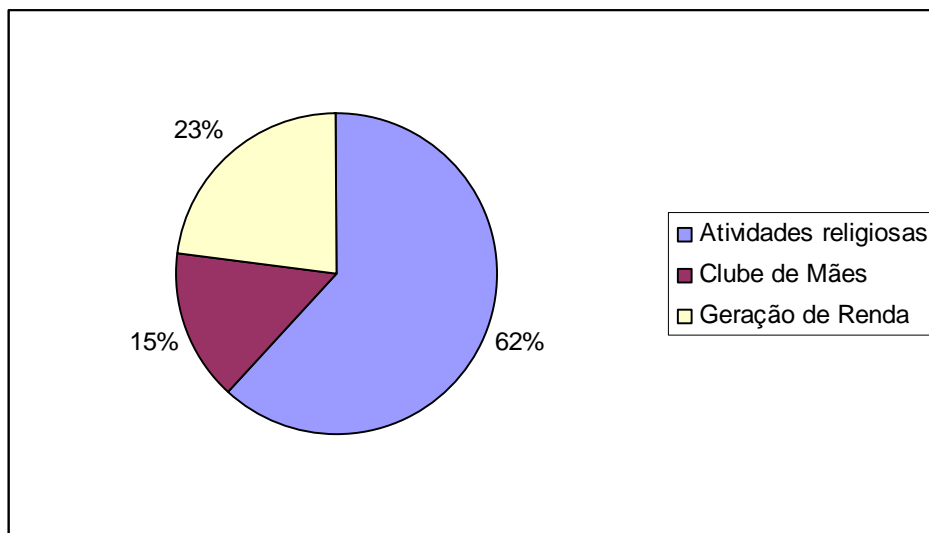


Figura 97: Idosos do grupo 1 por atividades sociais.

A Figura 97 demonstra que, dentre os idosos do Grupo 1, 37% participam de atividades sociais. Parte deste grupo participa de eventos religiosos (62%); de atividades artesanais para geração de renda (23%), e 15% participam do chamado Clube das Mães, no qual mulheres de várias faixas etárias encontram-se semanalmente para a realização de trabalhos manuais.

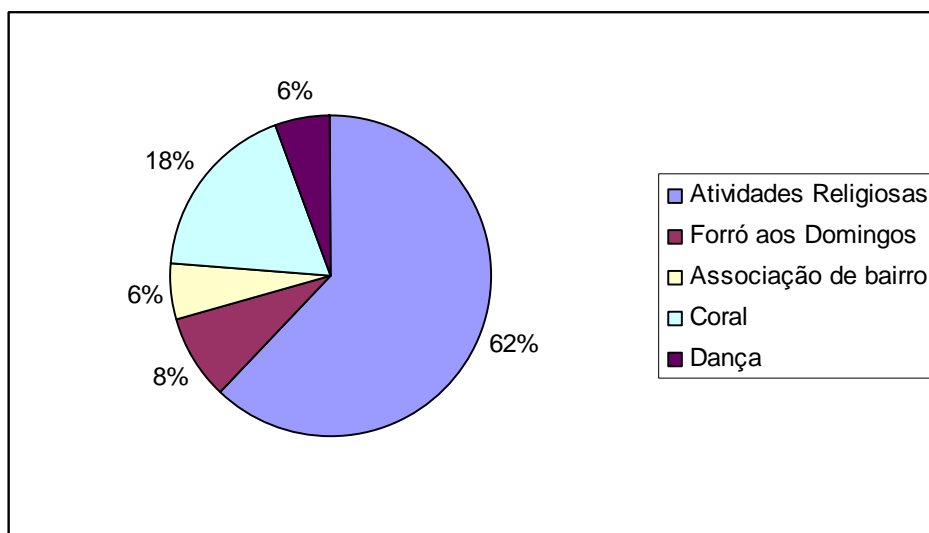


Figura 98: Idosos do grupo 2 por atividades sociais.

A Figura 98 evidencia que todos os idosos do grupo 2 participam de atividades sociais, além das proporcionadas nos encontros semanais no Centro de Convivência do Idoso.

Dentre os envolvidos, 62% participam de atividades religiosas; 18% realizam aulas de canto do Coral da Terceira Idade; 8% realizam aulas de dança de salão; 6% freqüentam as reuniões das associações de bairros, e 6% freqüentam os bailes realizados todos os domingos no Lar dos Velinhos.

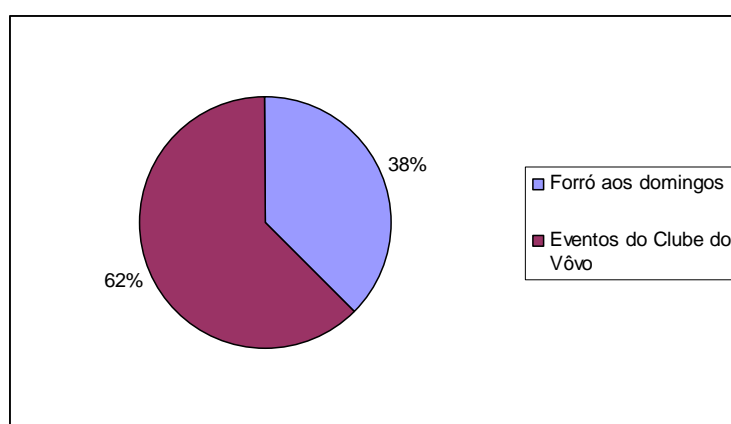


Figura 99: Idosos do grupo 3 por atividades sociais.

De acordo com a Figura 99, dentre os idosos internos do Lar dos Velinhos, apenas 26% realizam atividades sociais, sendo que estas atividades são representadas por participações em eventos do Clube do Vôvo (62%) e o baile realizado no próprio asilo (38%). Os idosos com dificuldades de locomoção e mesmo os acamados ficam excluídos de atividades de socialização.

No momento da entrevista, foi possível notar o descontentamento por parte de alguns idosos em relação à realização do baile aos domingos, pois este acontece no refeitório, ao lado dos quartos, deixando o ambiente agitado e prejudicando a visita por parte dos familiares e o repouso de alguns internos.

De acordo com a Diretoria da instituição, o mesmo se faz necessário para auxiliar as despesas mensais do asilo, sendo o recebimento de mensalidade e as doações insuficientes para pagar todos os gastos.

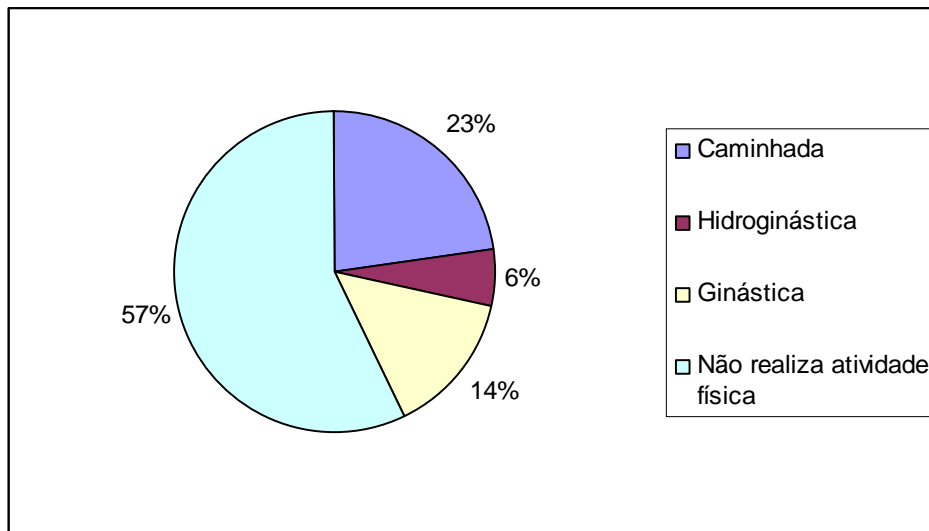
Pergunta 6: O (a) senhor (a) participa de alguma atividade física ?

Figura 100 : Idosos do grupo 1 por atividades físicas.

Interpretando a Figura 100, verifica-se que a maioria dos idosos do Grupo 1 (57%) não realiza nenhuma atividade física. Alguns justificam não obterem saúde para a realização dessas práticas, outros argumentam a falta de oportunidades.

Uma parte dos idosos (23%) realiza caminhadas pelas vias públicas, de preferência no período matutino, evitando maiores temperaturas; 14% freqüentam aulas de ginástica localizada, oferecidas pela Secretaria Municipal de Esportes, realizadas no Centro do Idoso e no Núcleo de Convivência Social João Vitte, e 6% têm a oportunidade de realizar aulas semanais de hidroginástica, realizadas na única academia com piscina da cidade.

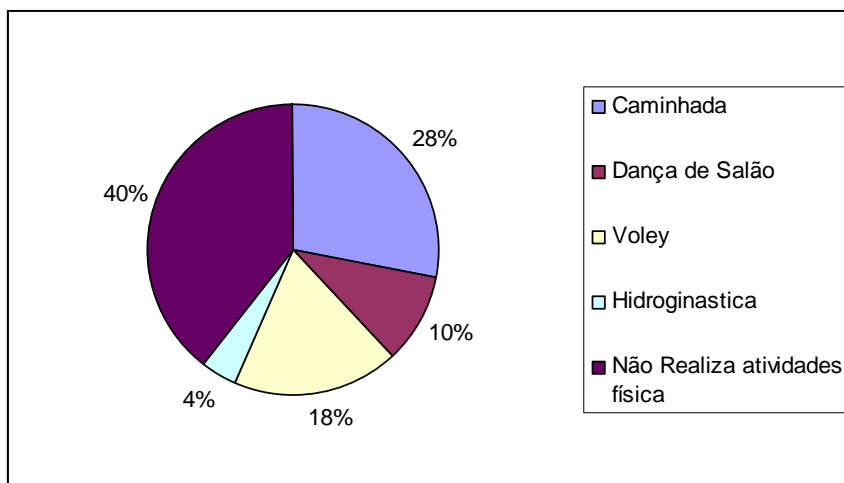


Figura 101: Idosos do grupo 2 por atividades físicas.

A Figura 101 demonstra que 60% dos idosos do Grupo 2 realizam atividades físicas, sendo as mesmas representadas por caminhadas (28%), Vôlei (18%); Dança de Salão (10%) e Hidroginástica (4%).

Os idosos envolvidos nas atividades físicas oferecidas pela administração municipal recebem treinamento semanal, com técnicas adaptadas ao seu condicionamento físico, e através dos jogos organizados na região, os mesmos acabam realizando diversas viagens, proporcionando o conhecimento de pessoas e lugares novos.

A entrevista com o grupo de idosos internos do Lar dos Velhinhos Santa Gertrudes revelou que os mesmos não realizam atividades físicas; em certos casos, devido à orientação médica, são encaminhados para a realização de fisioterapia no Centro de Atenção Básica.

Pergunta 7: Quais atividades você gostaria de realizar ?

Com relação à pergunta 7, a análise das respostas mostrou semelhança no conteúdo informado pelos grupos 1, 2 e 3. Desta forma, optou-se por apresentá-las agrupadas.

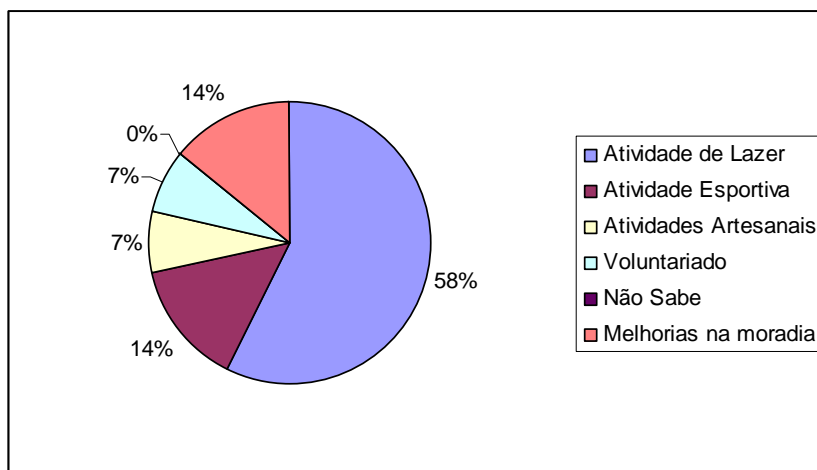


Figura 102: Todos os idosos envolvidos na pesquisa por atividades que gostariam de realizar.

A Figura 102 demonstra que, de todos os idosos envolvidos nesta pesquisa, 58% citaram que gostariam de realizar atividades relacionadas ao lazer, como realizar pescarias, nadar, conhecer novos lugares; 14% associaram a possibilidade de realizar melhorias na moradia, como pequenas reformas ou mesmo aumento de cômodos. Outros 14% não souberam mencionar nenhuma atividade.

Dentre todos os entrevistados, 7% gostariam de realizar atividades artesanais, como aulas de pintura em panos de pratos, crochê, macramê, tricô, ponto cruz, decoupage etc.

Através destas atividades, as entrevistadas (os 7% citados são mulheres) revelaram que gostariam de contribuir com a renda familiar através da venda dos produtos elaborados.

Outros 7% gostariam de realizar atividades relacionadas ao voluntariado, em hospitais, entidades religiosas ou mesmo no lar dos velhinhos.

Pergunta 8: Por que o (a) senhor(a) não realiza as atividades anteriormente citadas?

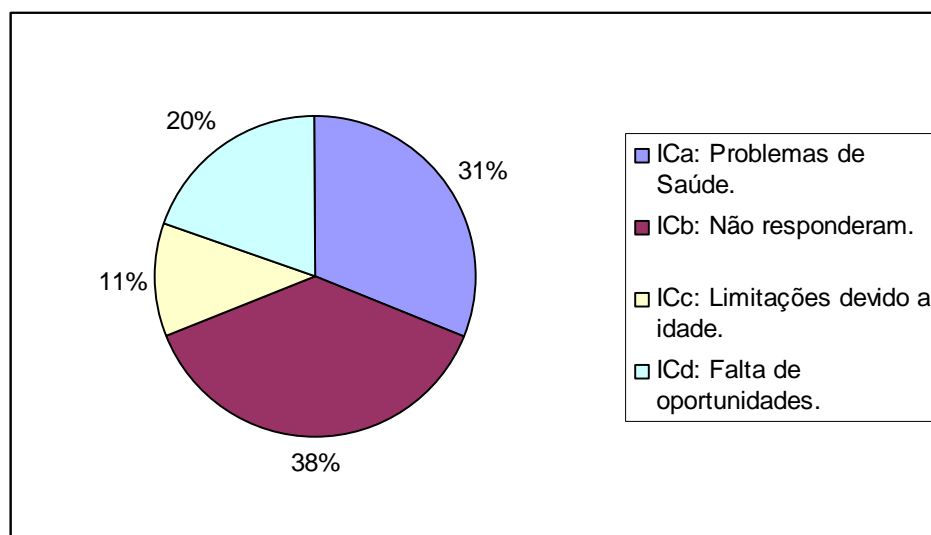


Figura 103: Todos os idosos envolvidos por motivos da não realização de atividades desejadas.

Através da Figura 103, pode-se observar que a maior parte dos entrevistados, 38%, não soube informar o motivo que os impede de realizar as atividades citadas anteriormente, demonstrando certo conformismo com sua atual situação de vida. Outros 31% associaram a incapacidade de realizar tais atividades a problemas de saúde.

Os que citaram como causa da não realização de atividades a falta de oportunidades foram 20%. Estes demonstraram a vontade de realizá-las, mas colocaram como impedimento a condição financeira e a falta de serviços públicos. Uma minoria (11%) argumentou que estão muito velhos para realizar tais práticas.

Pergunta 9: O (a) senhor (a) utiliza o sistema de saúde público ou privado ?

Dentre os idosos do grupo 1, 100% utilizam o serviço de saúde público. Já entre os idosos do grupo 2 (Figura 104), 74% utilizam o serviço público e 15% utilizam ambos os serviços, de acordo com a necessidade, pois certos exames são negados pelo atendimento do convênio, obrigando o idoso a utilizar o atendimento público. O atendimento privado é utilizado por 8% dos idosos, sendo a maioria destes dependentes em planos de saúde empresariais, oferecidos por todas as indústrias cerâmicas .

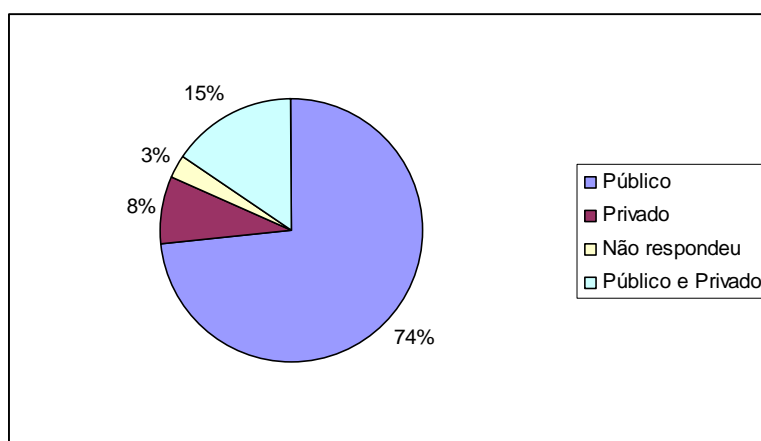


Figura 104: Idosos do Grupo 2 por sistema de saúde utilizado.

Dentre os idosos do grupo 3, 78% utilizam o atendimento público de saúde; 11% o privado, e os outros 11% utilizam ambos os serviços de saúde. (Figura 105)

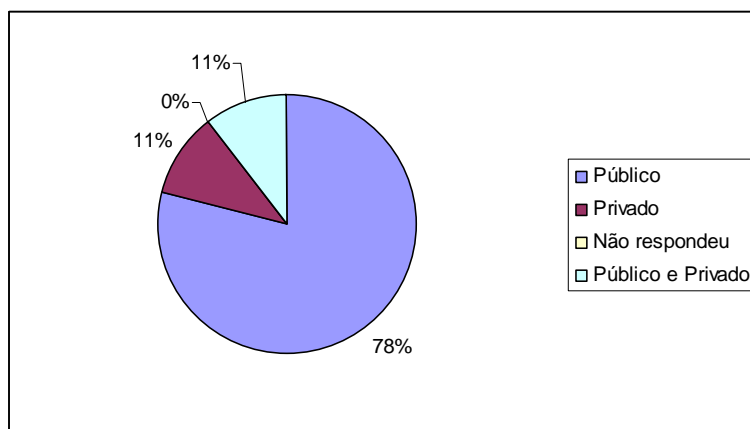


Figura 105 : Idosos do Grupo 3 por sistema de saúde utilizado.

Pergunta 10: O que o (a) senhor (a) espera do futuro ?

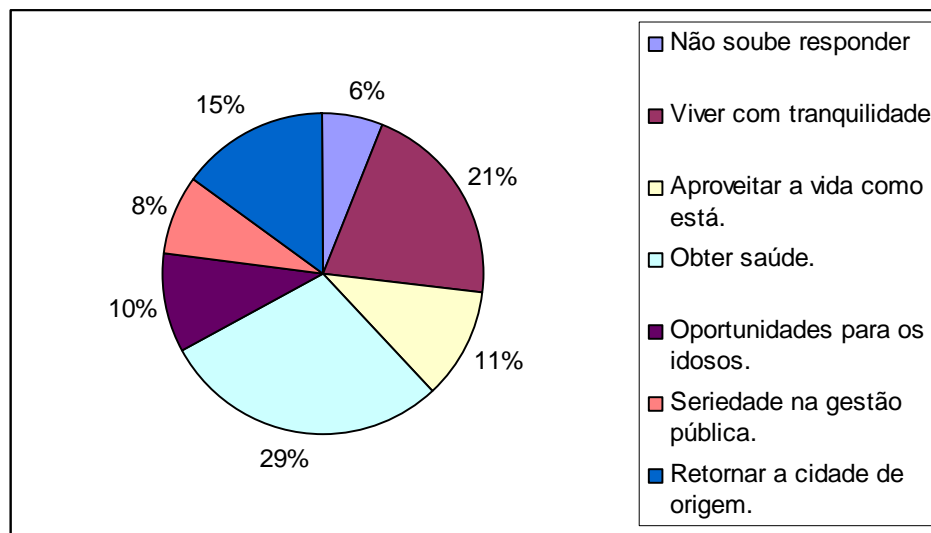


Figura 106: Idosos do Grupo 1 por perspectivas do futuro.

A Figura 106 revela que a maior parte dos entrevistados (29%) espera que no futuro ocorra a minimização de suas doenças e em certos casos até a cura das mesmas. Nota-se que não concebem serem felizes estando com certas doenças como hipertensão, diabetes e osteoporose, almejando envelhecer sem estes sintomas e desejando intensamente que possam ser medicados e tratados para o alcance da cura.

Outros 21% dos idosos do grupo 1 esperam viver com mais tranquilidade no futuro. Citam como impedimento para esta tranquilidade a intensificação de problemas cotidianos com filhos e mais comumente com netos.

Os entrevistados relataram o aumento da responsabilidade familiar na velhice, momento este que acreditavam viver em paz, no entanto são, muitas vezes, os únicos responsáveis pela renda familiar, através da aposentadoria, acabando por sustentarem filhos e netos.

Uma parte dos entrevistados (16%) espera, no futuro, retornar à cidade de origem, pois são imigrantes vindos principalmente do Estado de Minas Gerais, que saíram de suas cidades já adultos e estão envelhecendo na cidade de Santa Gertrudes.

Nesta fase da vida, começam a sentir falta da tranquilidade dos sítios e fazendas onde nasceram, e também da fartura de certos alimentos que eram de produção própria, e que na cidade muitas vezes eles não possuem meios financeiros de consumi-los.

Alguns idosos do grupo 1 (11%) demonstraram estar satisfeitos com sua atual situação, esperando que a mesma continue no futuro sem mudanças; 10% almejam o oferecimento de mais oportunidades para a população idosa; 8% citam a importância da seriedade da gestão local para a ocorrência de um futuro próspero, e a menor parte, 6%, não soube informar quais suas perspectivas para o futuro.

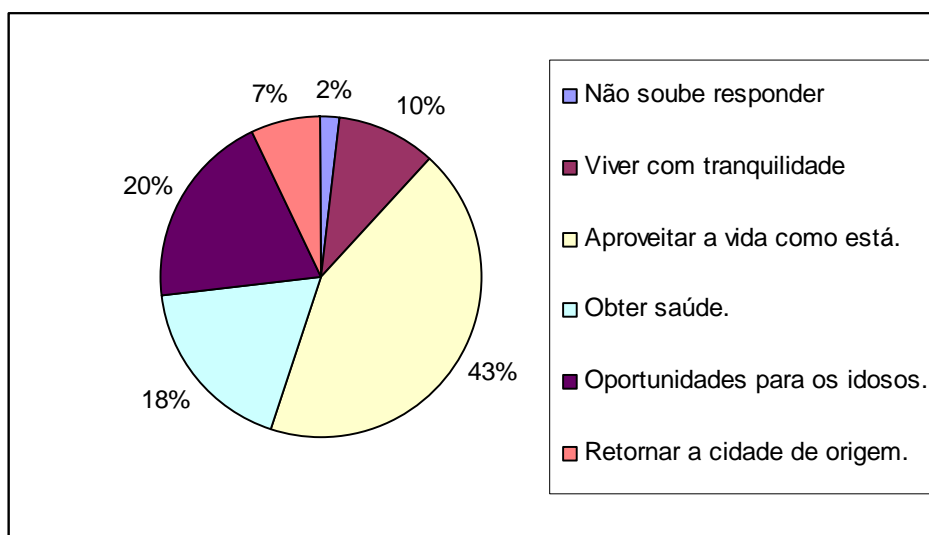


Figura 107: Idosos do grupo 2 por perspectivas do futuro.

Através da Figura 107, verifica-se que 43% dos idosos participantes dos grupos de socialização esperam do futuro que possam aproveitar a vida da forma como a mesma está, apresentando várias atividades que almejam continuar realizando, como a prática de esportes adaptados; práticas de artesanato, e principalmente as várias viagens oferecidas pela administração pública, nas quais realizam novas amizades e conhecem novos lugares.

Uma parte dos entrevistados (20%) espera que no futuro aumente o número de oportunidades para a terceira idade. Citam a existência de dois pontos

de comércio na cidade, que empregam idosos para realizarem tarefas que respeitam suas limitações.

Dentre os entrevistados, 18% apontam a esperança de obter saúde no futuro. Mesmo assim, este grupo demonstrou ter conhecimento de suas limitações e se propõe a um esforço maior em busca de tratamentos e medicamentos.

Outros 10% esperam viver com mais tranquilidade no futuro, com garantia de melhorias financeiras; 7% almejam retornar à cidade de origem e 2% não souberam informar o que esperam do futuro.

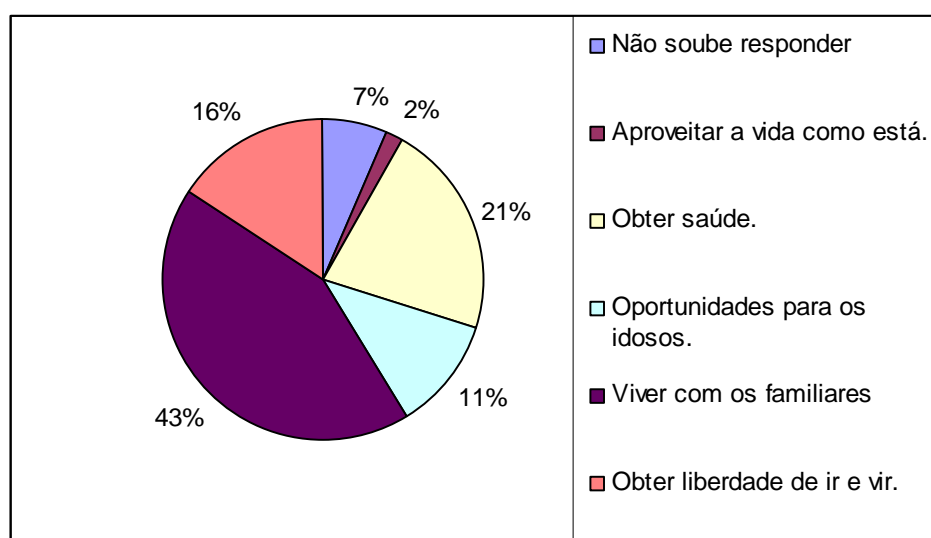


Figura 108: Idosos do grupo 3 por perspectivas do futuro.

De acordo com a Figura 108, a maioria dos idosos do grupo 3 (43%) espera que no futuro possa morar com seus familiares, acreditando estar internado por um curto espaço de tempo. Alguns citam que a internação decorreu da incapacidade momentânea dos filhos ou familiares mais próximos cuidarem dos problemas de saúde do idoso, principalmente no caso dos acamados.

Outros 21% esperam no futuro alcançar a saúde através da eliminação das dores e respectivas doenças.

Cerca de 16% dos idosos internos no Lar dos Velinhos esperam no futuro poder realizar passeios para diversos lugares, como visitar familiares. O fato de não poderem sair do asilo gera a sensação de aprisionamento, ficando o mesmo

sempre com os portões trancados, devido à ocorrência de fugas por parte de internos.

Alguns (11%) citam a necessidade de oportunidades para os idosos, através do desenvolvimento de atividades físicas, sociais e culturais, e reclamam da falta de atividades no Lar dos Velhinhos de Santa Gertrudes, onde têm apenas como atividade assistir televisão, ou aqueles que possuem possibilidade de locomoção realizam trabalhos no horta do asilo.

Dos entrevistados, 7% não souberam informar o que esperam do futuro; e a minoria (2%) espera aproveitar a vida da forma como está, demonstrando contentamento com relação a sua situação atual.

6.2.3 – Os cuidadores informais.

Nesta etapa da investigação, foram entrevistados pelos agentes comunitários de saúde 26 cuidadores informais, ou seja, familiares ou empregados responsáveis pelo bem estar de idosos.

Caracterização dos cuidadores informais:

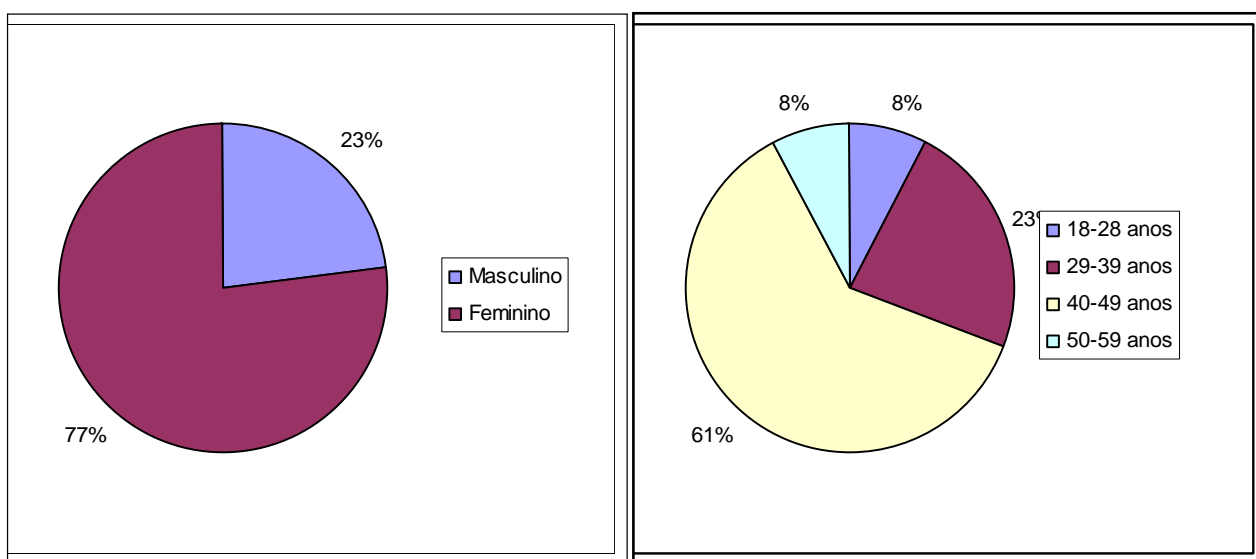


Figura 109: Cuidadores informais por sexo. Figura 110: Cuidadores informais por faixa etária.

A Figura 109 demonstra que, dentre os cuidadores informais entrevistados, (n=26) 77% são mulheres e 23% são homens. A maior parte (61%) possui entre 40 e 49 anos; 23% entre 29 e 39 anos; 8% entre 50 e 59 anos e 8% entre 18 e 28 anos. (Figura 110)

Pergunta 1: O (a) Senhor (a) reside com o idoso?

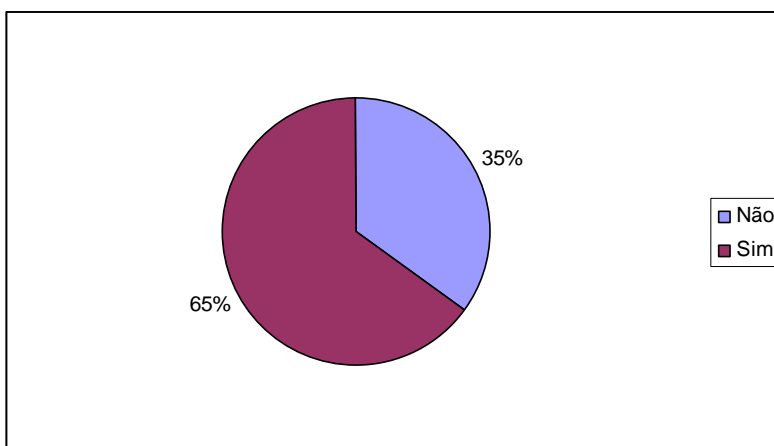


Figura 111: Porcentagem de cuidadores informais que residem com o idoso.

Através da Figura 111 verifica-se que, dentre os cuidadores informais, 65% residem com o idoso, sendo em sua grande maioria familiares diretos, como filhos e/ou genros e noras. Não residem conjuntamente 35% deles, representados por acompanhantes, na maioria das vezes sem vínculo empregatício, e também por familiares que prestam o atendimento em horas pré-determinadas.

Pergunta 2: Qual o motivo dos senhores (as) morarem na mesma casa?

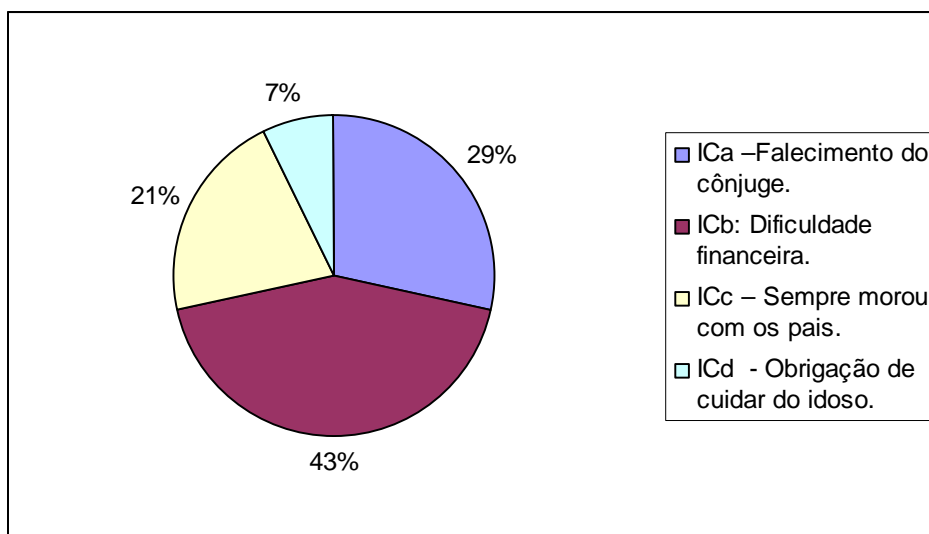


Figura 112: Cuidadores informais por motivos de morarem com os idosos.

De acordo com a Figura 112, dentre os cuidadores informais, 43% moram com o (s) idoso (s) devido à dificuldade financeira; 29% devido ao falecimento do cônjuge do idoso. Neste caso, para não deixar o idoso(a) solitário, o cuidador decidiu morar na mesma residência.

Outros 21% dos cuidadores informais sempre moraram com o idoso, e neste caso são, em sua maioria, filhos do mesmo; e 7% dos entrevistados afirmam serem obrigados a morar com o idoso, situação esta imposta por outros parentes, ou mesmo devido à condição de saúde do idoso em questão.

Pergunta 4: Qual a rotina do idoso ?

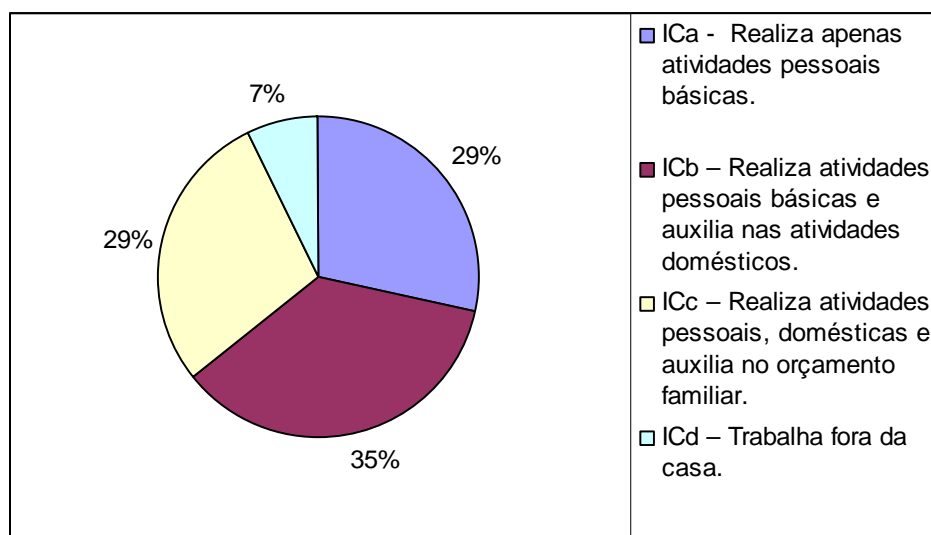


Figura 113: Atividades realizadas pelos idosos sob a responsabilidade dos cuidadores informais.

De acordo com a Figura 113, nota-se que a maior parte dos idosos (35%) realiza, ao longo do dia, atividades pessoais básicas, como higienização do corpo, além de atividades domésticas, como o preparo de refeições e a manutenção da residência.

Cerca de 29% dos idosos realizam apenas atividades vinculadas a sua higiene pessoal, sendo muitas vezes incapazes de auxiliar em outras ações; outros 29%, além das atividades já citadas, realizam atividades remuneradas

esporadicamente, sem vínculo empregatício, no sentido de contribuírem com a renda familiar.

Já a minoria (7%) realiza atividade remunerada, com vínculo empregatício, como serviços de porteiros, pedreiro e jardineiro.

Pergunta 5: O (a) idoso necessita de auxílio para a realização de suas atividades básicas ?

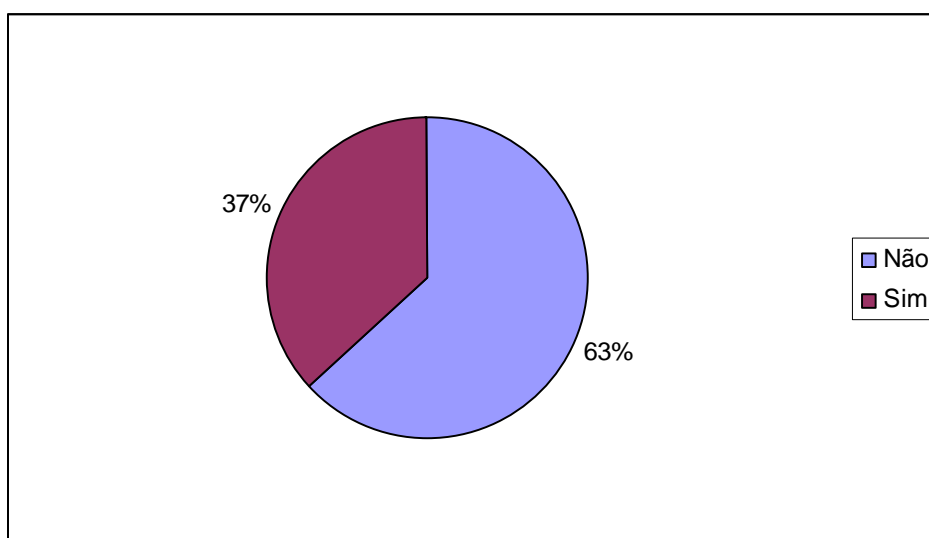


Figura 114: Porcentagem de idosos que necessitam de auxílio na realização das atividades básicas.

A Figura 114 demonstra que, dentre os idosos sob responsabilidade dos cuidadores informais, 63% não necessitam de auxílio para a realização de atividades básicas, como tomar refeições, vestir e tirar roupas, cuidar da aparência, locomover-se, deitar-se e levantar-se da cama, e tomar banho.

Já 37% necessitam de auxílio de acordo com sua incapacidade. Em alguns casos o idoso consegue realizar as atividades solicitando ajuda, e em outros é totalmente incapaz de realizar, como ocorre com os acamados.

Pergunta 6: O (a) idoso (a) necessita de cuidados médicos? Quais ?

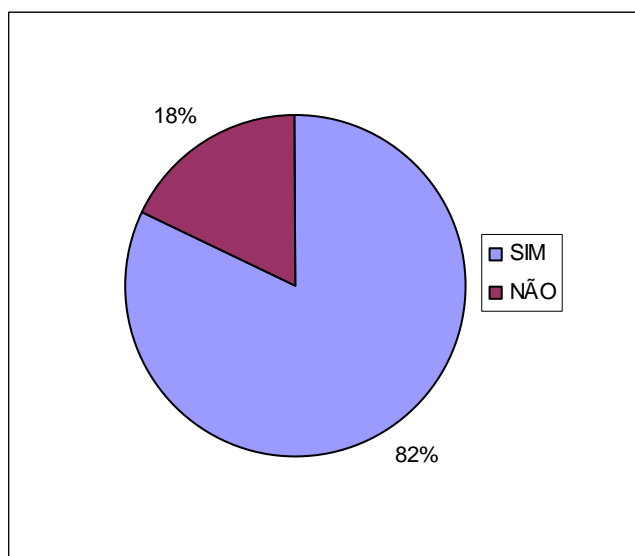


Figura 115: Porcentagem de idosos que necessitam de auxílio médico.

A Figura 116 revela que 82% dos idosos necessitam de auxílio médico, como: consultas médicas com diversos especialistas (43%); cuidados hospitalares freqüentes (29%); controle da hipertensão (21%) e controle do diabetes (7%).

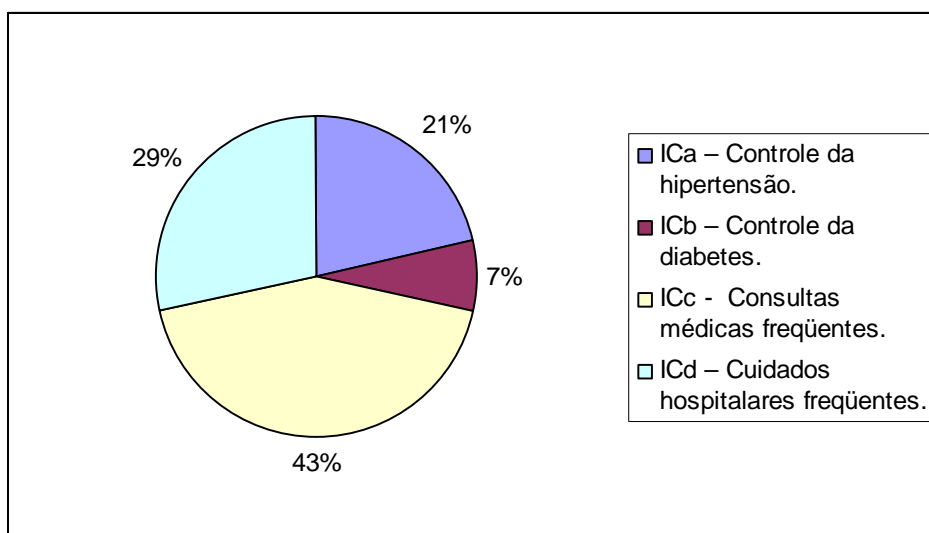


Figura 116: Auxílio médico necessário aos idosos.

Pergunta 7: Quais as adaptações realizadas para a convivência do (a) idoso (a) ?

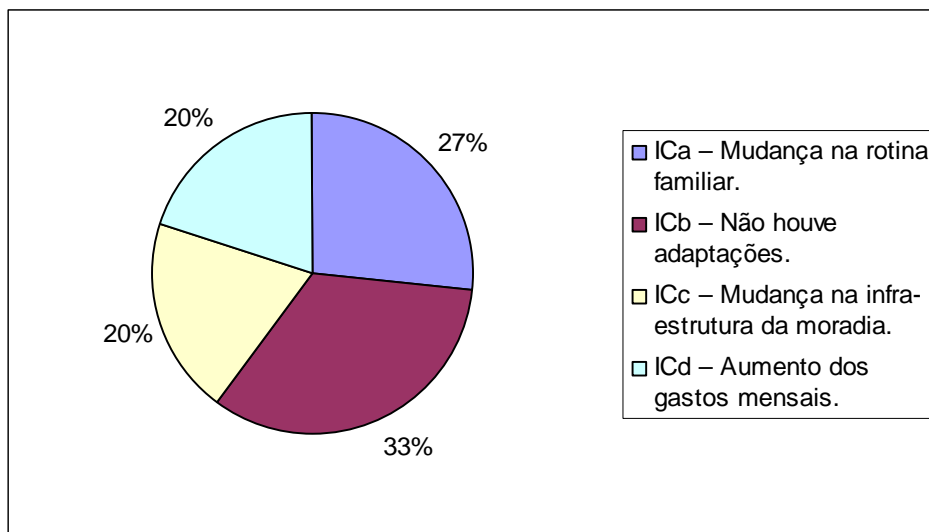


Figura 177: Adaptações realizadas para a convivência do (a) idoso (a).

A análise da Figura 177 aponta que 33% dos entrevistados afirmam não ter realizado nenhuma adaptação para conviver com o idoso; 27% citam que houve mudança na rotina familiar, como alteração de horários de refeições; agrupamento de irmãos em apenas um quarto, para melhor acomodar o idoso; maior disponibilidade para levar o mesmo às consultas médicas e atender as suas solicitações.

Uma parte dos entrevistados (20%) afirma ter realizado mudanças na infraestrutura da residência, como o aumento de cômodos, instalação de acessórios para auxiliar a locomoção do idoso, construção de rampas. Outros 20% afirmam que tiveram que se adaptar ao aumento dos gastos mensais, devido à compra de medicamentos e alimentos necessários para o bem estar do idoso.

Pergunta 8: O (a) senhor (a) possui as informações suficientes para auxiliar o idoso sob sua responsabilidade ?

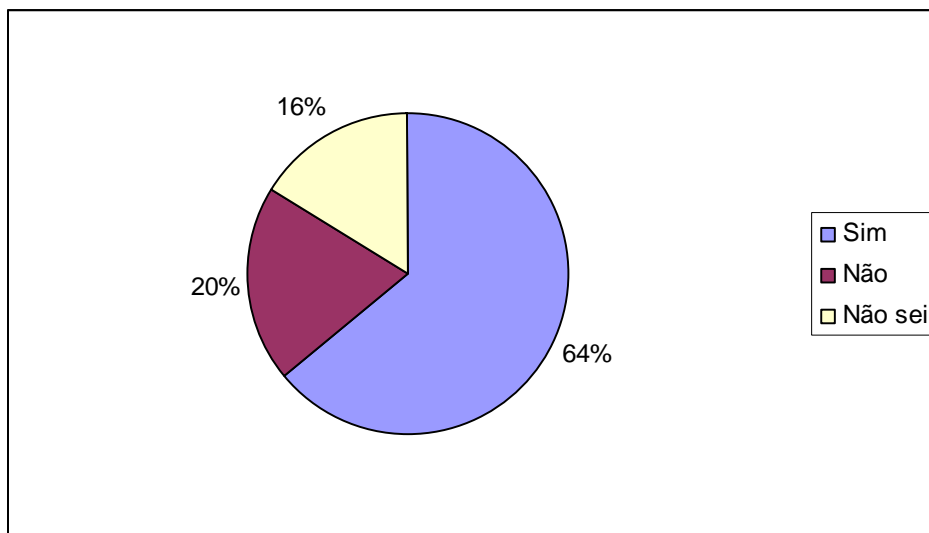


Figura 118: Porcentagem dos cuidadores informais que acreditam ter informações suficientes para auxiliar o idoso sob sua responsabilidade.

A Figura 118 aponta que 64% dos cuidadores informais acreditam ter informações suficientes para auxiliar o idoso; 20% informam não possuir informações suficientes, o que muitas vezes dificulta o entendimento de orientações médicas; e 16% não souberam informar se possuem condições de auxiliar o idoso sob sua responsabilidade.

Pergunta 9: O (a) senhor (a) está satisfeito com a localização da Unidade de Saúde da Família, responsável pelo atendimento do idoso?

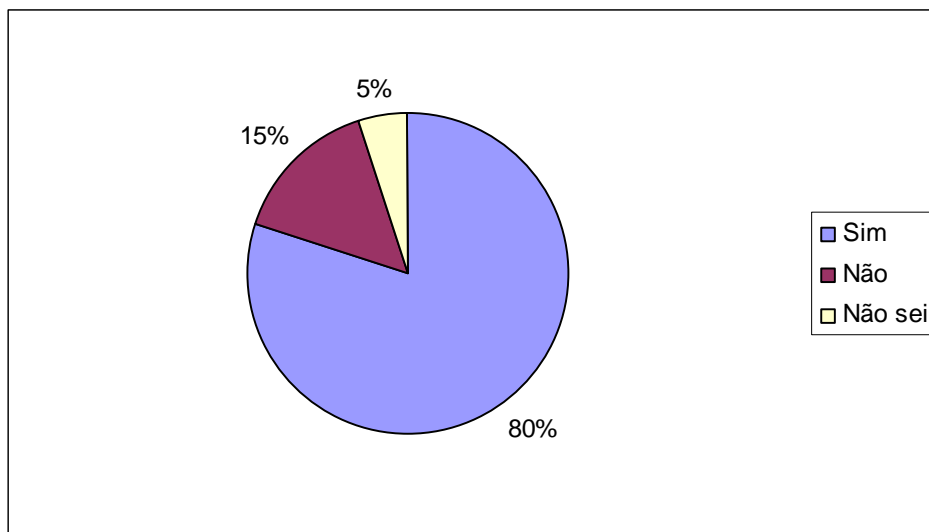


Figura 119: Satisfação do cuidador informal com relação à localização da Unidade de Saúde da Família.

Através da Figura 119, verifica-se que a maior parte dos cuidadores informais (80%) está satisfeita com a localização das unidades de saúde de família; 15% dizem-se insatisfeitos e 5% não souberam opinar.

No entanto, os entrevistados revelaram que a insatisfação está mais relacionada à centralização de certos serviços, como a realização das consultas com os especialistas, que acontece apenas no PSF do Jardim Parque Industrial, fazendo com que toda a população se desloque para este ponto de atendimento.

O mesmo acontece com a distribuição dos medicamentos, que é realizada no Centro de Atenção Básica, no centro da cidade. Desta forma, todos os pacientes, após realizarem consultas no Jardim Parque Industrial, caso necessitem de medicação devem se deslocar até o Centro da cidade.

O agendamento de exames, de consultas com especialistas em outras cidades e a compra de medicamento não disponibilizado, conforme informação dada em entrevista pela assistente social, são realizados apenas na Secretaria Municipal de Saúde.

Pergunta 10: Como a ESF auxilia no cotidiano do (a) idoso (a) ?

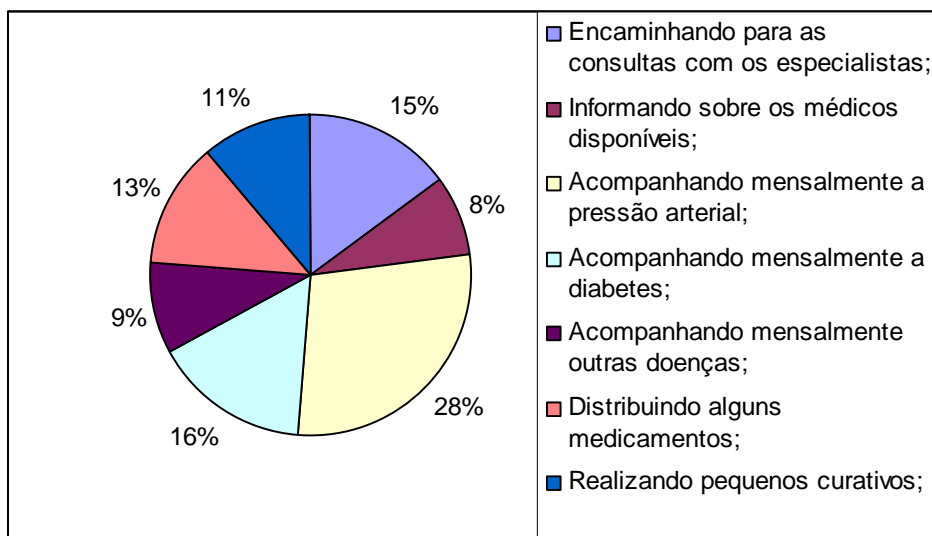


Figura 120: Auxílio da equipe saúde da família no cotidiano do idoso.

A Figura 120 demonstra que 28% dos cuidadores informais recebem o auxílio da ESF através do acompanhamento mensal da pressão arterial, que é realizado encaminhando o paciente até a unidade de saúde da família, na qual são realizados os exames necessários; 16% dos cuidadores encaminham os idosos para o tratamento do diabetes.

Outros 15% utilizam os serviços de encaminhando médico para consultas com especialistas de diversas áreas, pois ao encaminhar primeiramente o idoso para a consulta com o clínico geral, na USF, o mesmo encaminha o idoso para a consulta no PSF do Jardim Parque Industrial, já que, sem esta primeira consulta o idoso não consegue agendar as demais.

Uma parte dos entrevistados, 13%, afirmou que os agentes avisam sobre a chegada de medicamentos novos ou que estavam em falta; 11% realizam pequenos curativos nas USF; 9% realizam acompanhamentos mensais de outras doenças e 8% dos cuidadores informais entrevistados buscam na ESF informações referentes aos médicos disponíveis no sistema único de saúde. É também nas USF que são realizados os acompanhamentos de gestantes.

CAPÍTULO 7: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fundamentação metodológica selecionada para esta pesquisa possibilitou a percepção do espaço vivido dos idosos, da equipe do programa saúde da família e dos cuidadores informais. A visão de mundo daí resultante, multiplicada através dos agentes de saúde, no momento da realização das visitas domiciliares, é o objetivo maior desta pesquisa.

O estudo do espaço vivido demonstrou ser eficaz para auxiliar no planejamento de sistemas de saúde, confirmando a necessidade de mudanças de posturas no momento de tratar a população idosa, como pôde ser verificado ao vivenciar o cotidiano dos grupos de idosos: os idosos participantes dos grupos de socialização, os não participantes e os internos no Lar dos Velinhos.

Nesta pesquisa, a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo possibilitou o processamento dos depoimentos obtidos. Observou-se, no entanto, que para pesquisas com um número maior de amostragem, tal técnica ficaria inviável devido ao longo tempo necessário para o tratamento dos dados.

De acordo com os autores do Discurso do Sujeito Coletivo, no caso de um número grande de depoimentos (sendo esta quantidade subjetiva), orienta-se para que seja utilizado o chamado Qualiquantisoft, que é um software desenvolvido pelos autores na USP, em parceria com a Sales & Paschoal Informática, com o objetivo de facilitar a realização de pesquisas quali quantitativas, nas quais é utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

Enquanto recurso de informática, este software foi idealizado com o objetivo maior de servir de instrumento para que os pesquisadores possam realizar com mais segurança, eficiência e alcance pesquisas qualitativas que comportem uma massa maior de depoimentos.

Na presente pesquisa, a quantidade de dados levantados foi suficiente para fornecer uma visão completa de como funciona o Programa Saúde da Família na cidade de Santa Gertrudes, especificamente em relação aos idosos. Verificou-se, por exemplo, que as atividades do Programa Saúde Família, realizadas pelos Agentes Comunitários da Saúde, não possuem efeito na promoção da saúde da população idosa da cidade de Santa Gertrudes.

O dinheiro público é usado apenas em atendimento curativo, não sendo usado para a prevenção de doenças, fator primordial para se garantir uma vida longa e produtiva.

A implementação de ações preventivas no sistema único de saúde, na cidade de Santa Gertrudes, certamente resultaria na diminuição dos gastos públicos e, conseqüentemente, numa melhor disponibilidade dos recursos para uma melhor qualificação dos serviços oferecidos.

Com relação à implementação das unidades de saúde da família na cidade de Santa Gertrudes, observou-se que a área de atuação dos agentes comunitários de saúde é baseada apenas na divisão administrativa do espaço urbano em bairros.

Para tal não são considerados elementos do espaço vivido, como vínculos afetivos, itinerários realizados diariamente, presença de terrenos vazios, de matas, de córregos, aspectos estes que influenciam no cotidiano dos usuários do programa.

As equipes das Unidades de Saúde da Família são qualificadas para disseminar os tratamentos de saúde, mas não para trabalhar efetivamente com a promoção da saúde. Notou-se ainda que a maior parte dos agentes não reside na área de sua atuação, desobedecendo a uma das exigências do Programa.

Não há parcerias eficazes entre outros setores da gestão municipal com o intuito de promover a saúde.

A localização da farmácia municipal no centro e do Centro de Especialidades no bairro Jardim Parque Industrial contribui para a ineficácia dos serviços oferecidos, e também para a produção de desigualdades no atendimento entre os bairros centrais e os intermediários.

Com relação ao atendimento da população idosa, nota-se que os agentes de saúde não recebem informações para orientar os idosos e os cuidadores a respeito de práticas saudáveis que podem minimizar algumas doenças, como a ingestão de alimentos saudáveis e práticas de exercícios.

A secretaria de saúde da cidade de Santa Gertrudes realiza o programa de saúde nacional denominado Hiperdia; no entanto, o mesmo não é destinado

especificamente à população idosa e sim a todos os hipertensos e diabéticos, independentemente da faixa etária.

O trabalho de campo realizado possibilitou vivenciar o cotidiano deste projeto nas unidades de saúde de Santa Gertrudes. Durante o mesmo, verificou-se a inexistência de encontros entre a equipe de saúde e os usuários para a realização de ações de prevenção, ficando o programa restrito à entrega de medicamentos e verificação das oscilações das doenças já citadas.

Um fato positivo observado durante esta pesquisa foi a realização de um curso de práticas saudáveis de alimentação: “Alimente-se bem por um real”, fruto da parceria entre a Secretaria de Saúde, Promoção Social e SESI (Anexo), embora o mesmo tenha sido oferecido a um número reduzido de mulheres.

Este curso seria de grande efeito se ministrado para os idosos e seus cuidadores informais, possibilitando a eles o aprendizado do preparo e a orientação para a ingestão de alimentos saudáveis.

Propostas como a mencionada acima visam à promoção do envelhecimento saudável, conceito este pouco reconhecido pelos entrevistados nesta pesquisa, pois para os mesmos o envelhecimento está associado às doenças e também à morte.

A vivência com o grupo de idosos participantes do Clube do Vovô e do Clube União comprovou a importância da socialização em qualquer faixa etária, mas principalmente na população idosa. Em suas reuniões são vivenciadas práticas saudáveis, como palestras, exercícios físicos e, principalmente, busca-se a inclusão social, através de passeios, competições esportivas, apresentação de canto e dança.

Entre os grupos de socialização observados nesta investigação, algumas diferenças culturais entre ambos evidenciam a importância do espaço vivido de cada idoso. O Clube do Vovô, com sede no centro da cidade, é freqüentado pelos moradores dos bairros centrais e predominantemente por idosos acima de 60 anos; já o Clube União, localizado no bairro Jardim Indaiá, é freqüentado pelos moradores dos bairros intermediários, fazendo parte do mesmo homens e mulheres acima de 40 anos.

De acordo com a responsável por coordenar os dois grupos, a postura de ambos é diferente. Enquanto o Clube do Vovô é mais rígido com relação às mudanças e à realização das atividades, o Clube da União é mais aberto a novas práticas, o que favorece para que seus integrantes tomem conhecimento de práticas que visam envelhecer com um mínimo de doenças, ou até mesmo sem elas.

Notou-se aí o trabalho eficaz realizado pela Secretaria de Promoção Social para a melhora da capacidade funcional do idoso, no entanto tais ações são restritas aos participantes do grupo, sendo que as mesmas deveriam ser multiplicadas através dos agentes de saúde para os idosos usuários do Programa Saúde da Família.

A exclusão social do idoso tornou-se mais evidente ao vivenciarmos o cotidiano do Lar dos Velinhos da cidade de Santa Gertrudes.

Em certos casos, o idoso está tendo o atendimento médico que não teria em sua residência, por motivos econômicos e outros pessoais. No entanto, não se justifica o descaso por parte do poder público e da sociedade em geral com a falta de práticas saudáveis nesta instituição.

Tanto os funcionários quanto os internos relataram as condições satisfatórias de alimentação, cuidado médico e higiene do local. Porém, nenhuma ação de socialização, lazer, esporte ou cultura é realizada naquele local.

Esta visão de inutilidade e de incapacidade está presente tanto na visão dos cuidadores informais quanto na do restante da sociedade, e cabe aos setores da gestão pública, como a Secretaria de Saúde, em parceria com os demais órgãos públicos, difundir as práticas que podem levar a um envelhecimento saudável, através de jogos educativos, rodas de conversa, apresentação de filmes e peças de teatro.

Nesse sentido, propôs-se que fossem desenvolvidas atitudes de favorecimento da saúde dos idosos, como a promoção de hábitos saudáveis, o que resultaria em menor número de atendimentos e, conseqüentemente, menos filas e menores gastos com medicamentos.

A estrutura de funcionamento do Programa Saúde da Família permite, com toda certeza, obter cobertura total dos usuários do sistema único de saúde. Desse modo, torna-se possível aos agentes de saúde, através das visitas domiciliares, apresentar as práticas aqui elencadas e orientar idosos e cuidadores sobre como realizá-las.

Sendo assim, o Programa Saúde da Família poderá se tornar a ferramenta ideal para a inclusão social da população idosa de Santa Gertrudes, o que resultará na melhora de sua capacidade funcional.

CAPÍTULO 8: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M.C. A Questão do território no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995.

AZEVEDO, T.R. Técnicas de Campo e Laboratório em Climatologia. In: VENTURI, L.A.B. (Org.). Praticando Geografia – Técnicas de Campo e Laboratório em geografia e análise ambiental. São Paulo: Oficina de Texto, 2005. Cap.8, p.131-146.

BARCELLOS, C. A saúde nos Sistemas de Informação Geográfica: apenas uma camada a mais. Caderno Prudentino de Geografia. Presidente Prudente. V.25: p29-43, 2003.

BARATA, R.B. (et org.). Condições de vida e situação em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

BETTIOL, L. M. Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família, São Paulo; Editora Unesp, 2006.

BORDO, A.A. et org. As diferentes abordagens do conceito de território. Temas em Debates, 2005. Disponível em www.temasemdebate.cnpm.embrapa.br. Acesso em 15 de Janeiro de 2007.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Brasil, 2005. Disponível em: <http://ibge.gov.br>. Acesso em: 5 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção á saúde dos idosos. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 16 mai. 2006.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde Coletiva. Brasília. Disponível em: <http://www.opas.org.br> . Acesso em 10 dez. 2005.

CAMARANO, A.A. Mecanismos de Proteção Social para a População Idosa Brasileira. Texto para Discussão. Nº1179.

CARDOSO, V; GONÇALVES, L.H.T. Instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades da vida diária do cliente idoso. Arquivos Catarinenses de Medicina, 1995; 20 (1).

CASTRO, M.R; VARGAS, L.A.A. Interação/atuação da equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do anil com a população adscrita. Physis. Revista de Saúde Coletiva, v. 15, n.2. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em : <http://www.scielo.br>. Acesso em 28/09/2006.

CERQUEIRA, A.T.A.R.; OLIVEIRA, N.I.L. Programa de Apoio a Cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção á saúde dos idosos. Psicologia, São Paulo, v.13, n.1, p. 133-150, 2002.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.31, n.2,abr.,p.1-26. 1997.

CIANCIARULLO, T. “Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família: identificando as suas características no cenário do SUS.” São Paulo: ícone, 2005.

COSTA, E.F.A., PORTO,C.C., SOARES, A.T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. Revista da Universidade Federal de Goiás. V.5, Nº2, Dez.2003. Disponível em www.proec.ufg.br. Acesso em 09 de Fevereiro de 2007.

COSTA, M.C.N; TEIXEIRA, M.G.L. A concepção de espaço na investigação epidemiológica. Caderno de Saúde Pública. V.15, Rio de Janeiro, 1999.

DOMINGOS, A.E. Qualidade de vida Urbana em Santa Gertrudes – SP. Inédito - Iniciação Científica, Unesp – Rio Claro, 1999.

_____. Avaliação do Meio Ambiente de Santa Gertrudes – SP e Propostas para uma Agenda Local. Dissertação de Mestrado. IGCE, UNESP, Rio Claro, 2004.

EVANGELISTA, H.A. Geografias Moderna e Pós-Moderna. Geographia. Ano I, n 1, 1997. Disponível em www.uff.br/geographia. Acesso em Abril de 2007.

FOETSCH, A.A. Subsídios teórico-epistemológicos para um operacional estudo do lugar. Revista Espaço Acadêmico, Nº55, 2005. Disponível em www.espaçoacademico.com.br. Acesso em 04 de Abril de 2007.

JACOBI, C.M. Bases ecológicas para o desenvolvimento sustentável – Ecologia Urbana. Belo Horizonte, 2002. Disponível em: <http://ecologia.icb.ufmg.br>

LACAZ, C. da S. Introdução à geografia médica do Brasil. São Paulo: EDUSP, 1972.

LEBRÃO, M.L., DUARTE, Y.A.O. SABC – O Projeto SABC no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília, OPAS, 2003.

LEMOS, J.C., LIMA, S.C. A Geografia Médica e as Doenças Infecto-Parasitárias. “Caminhos de Geografia”. 3 (6) jun. 2002 Instituto de Geografia – UFU – Disponível em www.ig.br/revista. Acesso em 20 março de 2006.

LEFEVRE, F. Promoção de saúde, ou, A negação da negação – Rio de Janeiro: VIEIRA&LENT, 2004.

_____. “Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social”. Brasília: líber Livros Editora, 2005.

MACHADO, L.M.C.P. A Serra do Mar Paulista: um estudo de paisagem valorizada. Tese de Doutorado, IGCE, UNESP, Rio Claro, 1988.

MARANGONI, A.M.M.C. Questionários e Entrevistas - Algumas Considerações. In: VENTURI, L.A.B. (Org.). Praticando Geografia – Técnicas de Campo e Laboratório em geografia e análise ambiental. São Paulo: Oficina de Texto, 2005. Cap.10, p.167-174.

MAZETTO, F. A. P. Difusão Espacial da AIDS no Estado de São Paulo: Uma proposta metodológica em geografia médica. Tese de Doutorado – IGCE, UNESP, Rio Claro, 2001.

MINAYO, M.C.S et. Org. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública. v.21, n.3, p.898-906, 2005. Disponível em www.scielo.com.br. Acesso em 12-02-07.

NORONHA, J.C. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciência e Saúde Coletiva, v.6, n.2. Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, L. & MACHADO, L.M.P. Como adolescentes percebem geograficamente relações espaciais topológicas e euclidianas, através de pré-mapas. Boletim de Geografia Teorética, Rio Claro: AGETEO, v.5, n.9, 1975.

PARAGUASSU-CHAVES, C. A. Geografia médica ou da saúde – espaço e doença na Amazônia Ocidental. Porto Velho: EDUFRO, 2001.

PARAHYBA, M. I. Evolução da mortalidade dos idosos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 1998, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ABEP, 1998.

PEIXOTO, C.E. Família e Envelhecimento. Editora FGV: Rio de Janeiro, 2006

PEREIRA, M.P.; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. v.2, n.2, jun.2006. Disponível em www.hygeia.ig.ufu.br. Acesso em 20-11-2006.

PROTTI, S.T. A saúde do idoso sob a ótica da equipe do programa de saúde da família. Monografia. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2002.

RAFFESTIAN, C. Por uma geografia do poder. São Paulo: Ática, 1993.

RODRIGUES, R.A., & DIOGO, M.J. Como cuidar dos idosos. Editora Papyrus: São Paulo, 2007.

ROJAS, L.I. Geografia y salud: temas y perspectivas in América Latina. Caderno de Saúde Pública. v.14, n.4. Rio de Janeiro, out./dez. 1998. Disponível em www.scielo.com.br. Acesso em 12-02-07.

ROSEN, G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec, 1992.

SANTOS, M., SOUZA, M.A. et org. O espaço interdisciplinar. São Paulo: Nobel, 1986.

_____. Espaço e Método. São Paulo: Nobel, 1992.

_____. Espaço do Cidadão. São Paulo: Nobel, 1993.

SÁ JUNIOR, L.S.M. Desconstruindo a definição de saúde. Jornal do Conselho Federal de Medicina. Jul./Dez., 2004. Disponível em www.dis.unifesp.br. Acesso em 02 de Abril de 2007.

SORRE, M. Les fondements de la géographie humaine. Primeiro tomo: Les fondements biologiques (Essai d'une écologie de l'homme). 3^a ed., revista e ampliada. Paris, Armand Colin, 1951.

SPERANDIO, T.M., "Qualidade ambiental e de vida humana: as alterações socioambientais e a difusão da dengue em Piracicaba – SP". Dissertação de mestrado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, da Unesp, campus Rio Claro, 2006.

SIAB. Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência a Saúde da Família, Coordenação de Saúde de Comunidade, 2000. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em 20-11-2006.

SILVA, M. Quem vai cuidar dos nossos pais?, Editora Record: São Paulo, 2006.

SILVESTRE, J.A.; NETO, M.M. da Costa. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Caderno de Saúde Pública, v.19, n.3. Rio de Janeiro, Jun. 2003.

TUAN, Y. F. A Geografia Humanística. Perspectivas da Geografia. São Paulo:Difel, 1982.

VALVERDE, R.R.H.F. Transformação no conceito de território: competição e mobilidade na cidade. Geosp- Espaço e Tempo. São Paulo, n 15, São Paulo, 2004.

VENTURI, L.A.B. (Org.). Praticando Geografia – Técnicas de Campo e Laboratório em geografia e análise ambiental. São Paulo: Oficina de Texto, 2005.

TRIVINOS, A. N. Introdução á Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNGLERT, C.V.S.;ROSENBERG, C.P.; JUNQUEIRA, C.B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geográfica em saúde pública. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.21, n.5, out.,1987.

WATSON, C.S.A. População e Saúde, uma perspectiva geográfica. Estudo de caso de três áreas no município de São Paulo: 1980-92. Tese defendida junto ao Departamento de Geografia. FFLCH. Universidade de São Paulo, 1999.

ANEXO 1:
LEIS BRASILEIRAS RELACIONAIS AO IDOSO

- Lei Estadual n.7.466, de 1º de agosto de 1991- Dispõe sobre atendimento prioritário a idosos, portadores de deficiência e gestantes.
- Lei Federal n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso providências.
- Lei Estadual n. 9.315, de 26 de dezembro de 1995 – Institui no âmbito do Estado de São Paulo o “programa Educacional Direcionado ‘a terceira idade”.
- Lei Estadual n.9.499, de 11 de março de 1997 – Autoriza o Poder Executivo a instituir a “Fundação de Amparo ao Idoso”.
- Lei Estadual n.9.500, de 11 de março de 1997 – Dispõe sobre a concessão de desconto aos idosos em cinemas, teatros, museus e demais casas de espetáculos e parques de diversões.
- Lei Estadual n. 9.802, de 13 de outubro de 1997 – Dispõe sobre o Conselho de Estadual do Idoso.
- Lei Estadual n.9.892, de 10 de dezembro de 1997 – Institui a Política Estadual do Idoso.
- Lei Estadual n.10.003, de junho de 1998 – Institui o Programa Estadual de Vacinação de Terceira Idade.

Portaria 1395/GM - Política de Saúde do Idoso - Em 10 de dezembro de 1999.

- Lei Federal 10.741, de 1º de outubro de 2003 – Institui o Estatuto do Idoso
- Dentre as referidas leis acima citadas, a Lei Federal n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso, merece devida atenção pois tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

O Artigo 2º, considera idoso, para os efeitos desta, pessoa maior de sessenta anos de idade.

A política nacional do idoso apresenta as seguintes diretrizes:

- I – viabilizar de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

II – participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III – priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, a exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

IV – descentralização político-administrativa;

V – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

VI – implementação de sistema de informação que permita a divulgação da política, dos serviços, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII – priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;

IX – apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

**ANEXO 2: Exemplo do uso da Técnica do Discurso do Sujeito
Coletivo segundo LEFEVRE & LEFEVRE (2005)**

Pergunta: Por que você escolheu o curso de Nutrição?

ETAPA 1: AGRUPAR AS RESPOSTAS COM O MESMO CONTEÚDO:

ECH: Escolhi o curso de Nutrição porque me interessei pelas coisas que um nutricionista faz: era o curso que eu mais me identificava e o que mais me atraía. Sempre gostei do estudo das Ciências Biológicas, sempre tive facilidade em biologia e química e sabia que queria algo da área da saúde; por isso gostaria de fazer um curso em que tivesse contato com essas matérias.

IC (A): INTERESSE PELA ÁREA DE BIOMÉDICA

ECH: Escolhi o curso de nutrição porque não gostava de nenhum outro, e este parecia ser bem tranquilo. Fui por eliminatória; no fim, sobrou Nutrição.

IC (B): SEM COMPROMETIMENTO VOCACIONAL

ECH: Escolhi o curso de Nutrição porque achei que serei interessante me tornar uma profissional que pudesse, de alguma forma, trabalhar com promoção de saúde, cuidar da boa alimentação de maneira a exercer uma medicina preventiva, combatendo a desnutrição de pessoas carentes.

IC (C): RESPONSABILIDADE SOCIAL

ECH: Escolhi o curso de Nutrição porque queria ter uma vida saudável, me alimentar bem e não engordar com passar dos anos, vivendo com qualidade de vida.

IC (D): INTERESSE PESSOAL

ECH: Por ser uma área de constante crescimento, tive meu interesse despertado e comecei a me identificar com o curso, assisti palestra e a programas, além do que é uma área que ainda não está saturada.

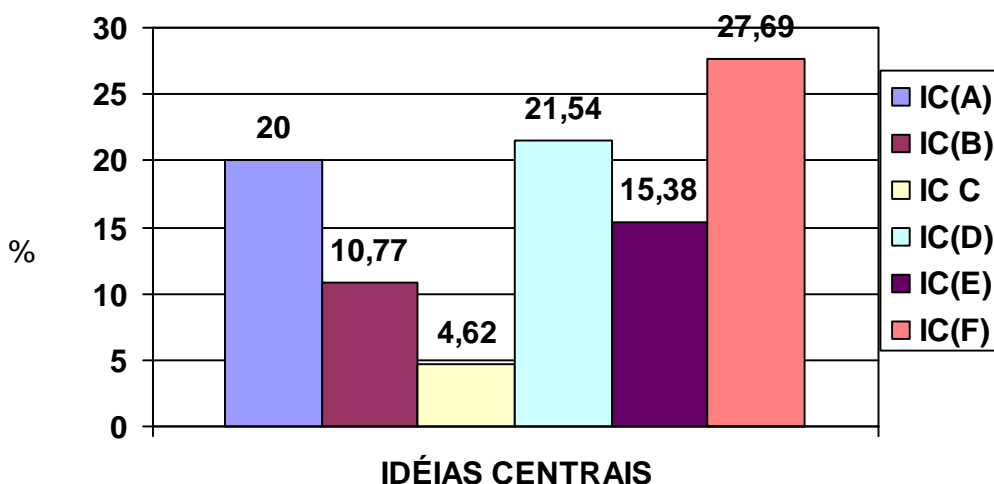
IC (E): INFLUÊNCIA EXTERNA

ECH: Escolhi o curso de nutrição, porque tive muito interesse pelos assuntos de saúde e alimentação. Queria me aprofundar mais na relação homem/alimento.

IC (F): INTERESSE PELOS TEMAS SAÚDE E ALIMENTAÇÃO

ETAPA 2: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS IDÉIAS CENTRAIS;

Porcentagem das IC referentes à pergunta: Por que você escolheu o curso de Nutrição.



Org.: Domingos, A.

Fonte: LEFEVRE & LEFEVRE (2005)

ETAPA 3: ELABORAÇÃO DO TEMA (DISCURSO DO COLETIVO)

De acordo com os autores acima citados: “os dados quantitativos e qualitativos das duas questões falam por si só, surpreendendo o fato de que maioria das respostas relativas ao motivo de escolha do curso de nutrição apontem para motivações pessoais (27,69% interesses pelos temas saúde e alimentação; e 21,54% interesses pessoal), estaria este tipo de resposta revelando algo típico da modernidade, são pontos a serem investigados.”

**ANEXO 3: EXEMPLOS DE CURSOS DESTINADOS AO CUIDADOR
DOMICILIAR**

1 - UNICAMP:

“XI CURSO PARA CUIDADORES INFORMAIS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR”

Serviço Social do Hospital das Clínicas

Disciplina de Medicina Interna - Departamento de Clínica Médica / FCM

20 e 21 de setembro de 2007

Local: Anfiteatro 5 da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP

Sobre o evento:

Às vezes, somos surpreendidos por uma doença na família, como um derrame, um acidente, uma criança que nasce com problemas mentais ou neurológicos. Como nos adaptar a esta nova situação?

Passar de pai, mãe, filho a cuidador é uma tarefa difícil. Por isso, este curso tentará ajudar você a vencer esta “batalha de adaptação” e mostrar que as pessoas não estão sozinhas.

PROGRAMA DO CURSO:

Conferência: “Cuidar de quem cuida”

- Suporte Respiratório Domiciliar –
- Pacientes Oncológicos –
- Pacientes com Seqüela de Trauma –
- Cuidados com a Criança –12:00 Almoço

Conferência: “Espiritualidade para o Cuidador”

Mesa Redonda:

- Aspectos Emocionais do Cuidador –
- Fisioterapia e Reabilitação Física Domiciliar –
- Terapia Ocupacional –

Conferência: Cuidado com Idoso

“Pacientes com doença de Alzheimer e doença de Parkinson”

- Pacientes com Doenças Cardiológicas –
- Como Adaptar o Ambiente Familiar aos Cuidado Domiciliar
- Depressão no Idoso

Descontraindo através da Atividade Física:

Descontraindo através da Música

Mesa Redonda

- Nutrição e Cuidado no Domicílio:
- Direitos Previdenciários do Paciente:
- Fonoaudiologia e Cuidado:

Conferência: “Perfil do Cuidador”

Cuidador de Idosos

O participante desenvolve a competência de acompanhar, apoiar e cuidar de idosos, com ou sem limitações para as atividades da vida diária (AVD). Mobilizando conhecimentos, habilidades, valores e atitudes sobre envelhecimento humano, identificando necessidades e expectativas desses indivíduos em relação a vários aspectos da sua vida cotidiana tais como: lazer, recreação, alimentação, higiene, respeitando a sua individualidade e privacidade, incentivando sua autonomia e independência, para garantir qualidade de vida à população assistida. (Carga horária: 40 horas)

Pré-Requisitos

Ter, no mínimo, 18 anos e, pelo menos, Ensino Fundamental completo. A participação nas atividades previstas requer habilidades: oral e de leitura de textos.

Método

Como estratégias serão propostas situações ativas que permitam ao participante colocar-se no papel do cuidador do idoso, entendendo o envelhecimento humano como um processo dinâmico, individual, que sofre a influência de questões culturais e históricas. O participante será instado a buscar alternativas que favoreçam o envelhecimento ativo, bem sucedido. Serão desenvolvidas dinâmicas, vivências, dramatizações, jogos, atividades em grupo. Haverá apresentação e discussão de vídeos e exposições dialogadas com o apoio de slides.

Programa

- O idoso na sociedade brasileira: aspectos epidemiológicos e demográficos
- Processo de envelhecimento: epidemiologia; fisiologia e alterações naturais neste processo; principais patologias que acometem os idosos; conceitos e terminologias
- Aprendendo a cuidar: auto-cuidado, autonomia e independência; lazer e ocupações terapêuticas; cuidados higiênicos e conforto; atividades físicas, segurança e funcionalidade do idoso; nutrição e a saúde oral

Certificação

O Senac confere o certificado de conclusão do curso.

Matrículas abertas nas unidades
Clique na unidade de seu interesse, conheça as opções de datas e horários e faça sua inscrição online. Ou **clique aqui** para ver outras unidades que oferecem o curso e registrar seu interesse pelas próximas turmas.

Unidades Senac

▯ **SENAC VILA PRUDENTE**

2 -
SE
NA
C:

ANEXO 4: Campanha Nacional de Vacinação do Idoso.

O Ministério da Saúde, em parceria com estados e municípios, realiza Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. Mais de 251 mil pessoas, entre servidores e voluntários, são mobilizadas em 73,7 mil postos de vacinação em todo o país, entre 8h e 17h. São utilizados 27,7 mil veículos, incluindo carros e barcos para a locomoção das equipes, além de uma aeronave. O Dia D será o ponto alto da campanha, e no ano de 2007 teve início no dia 24 de abril e se estendeu até 5 de maio.

Nesse período, a meta é vacinar contra a gripe 11 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o equivalente a 70% dos 15,7 milhões de idosos do país. O objetivo da campanha é proteger esse segmento da população, que é mais vulnerável a complicações da gripe e de outras doenças previsíveis por vacinas.

O investimento do Ministério da Saúde na campanha é de R\$ 130,5 milhões, dos quais R\$ 118,6 milhões foram aplicados na compra de 18,6 milhões de doses contra o vírus influenza. O restante dos recursos foi utilizado na aquisição de 240 mil doses contra pneumococos, de 4 milhões de doses difteria e tétano e de 1 milhão de doses contra febre amarela. Essas outras vacinas serão utilizadas para fazer a atualização da carteira de vacinação dos idosos. Também integram o orçamento da campanha de vacinação do idoso R\$ 4,8 milhões repassados aos estados e municípios para ações de mobilização.

A campanha publicitária de vacinação do idoso deste ano traz o slogan "Viva melhor. Vacine-se contra a gripe". Foram produzidos vídeos para TV, spot para rádio, pôsteres, cartazes e outdoor. A vacina contra a gripe é produzida com base nas três cepas (subtipo de vírus) de maior circulação no Hemisfério Sul.

Essa combinação eleva a capacidade de proteção da vacina. Ela diminui o risco de contrair a doença em até 90% dos casos. A vacina leva duas semanas para produzir efeito e deve ser tomada todos os anos. Os vírus presentes na vacina estão mortos e não podem se reproduzir e provocar a doença. Isso significa que a vacina não causa gripe.

Só não podem ser vacinados aqueles que têm um quadro raríssimo de alergia comprovada à proteína do ovo, uma vez que a dose é produzida em embriões de galinha. O Brasil é um dos poucos países que oferecem gratuitamente a vacina para maiores de 60 anos. As campanhas de vacinação de idosos começaram em 1999. Milhões de pessoas são vacinadas todos os anos no Brasil. No ano passado, o país superou a meta e vacinou 83,9% da população com mais de 60 anos, conquistando uma das melhores coberturas vacinais em todo o mundo. A gripe é considerada uma das doenças infecciosas que mais preocupam as autoridades sanitárias no Brasil e no mundo. No último século, ocorreram três pandemias (epidemia em escala mundial) responsáveis por mais de 50 milhões de mortes, problemas sociais e perdas econômicas: a Gripe Espanhola (1918), a Gripe Asiática (1957) e a Gripe de Hong Kong (1968). Especialistas acreditam

que uma nova pandemia poderá acontecer nos próximos anos, provocando milhões de casos da doença. A característica mutável do vírus influenza, causador da gripe, reforça essa hipótese.

Estimativas de estudos internacionais indicam que a vacina contra a gripe provoca redução da mortalidade em até 50% entre a população idosa. Além disso, constam nos resultados desses estudos a redução de 19% do risco de hospitalização por doença cardíaca e em até 23% do risco de doenças cerebrovasculares.

A campanha de vacinação do idoso segue recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de priorizar os idosos na vacinação. A gripe entre jovens não representa problema de saúde pública. Leva-se em consideração que o organismo do idoso é mais vulnerável à gripe. Assim, eles podem sofrer complicações, como a pneumonia ou a desestabilização de um quadro de doença cardíaca ou renal. (FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

ANEXO 5:
Depoimentos dos agentes comunitários, idosos e cuidadores da
cidade de Santa Gertrudes.

Pergunta 1: Existem atividades desenvolvidas aqui no PSF, voltadas exclusivamente para a população idosa ?

ECH1 – nenhuma.

ICa - não realiza nenhuma atividade

ECH2 - nada.

ICa - não realiza nenhuma atividade

ECH3 – nada, a gente ta é atrás da dengue.

ICa - não realiza nenhuma atividade

ECH4 – Nós falamos como proceder para ser atendido.

ICb – Informa sobre os serviços curativos oferecidos pela atenção básica.

ECH5 – A farmácia é muito boa, quando não tem remédio lá, a assistente compra, vem muita gente de minas se tratar aqui.

ICb – Informa sobre os serviços curativos oferecidos pela atenção básica.

ECH6 – Eu converso muito com eles, eles gostam de falar.

ICc – Procurar se relacionar com o idoso de forma humanizada.

ECH7 – Só falo o necessário, informo onde marcar consultas , fazer exames e que é necessário para participar dos programas do governo como o hiperdia e diabetes.

ICb – Informa sobre os serviços curativos oferecidos pela atenção básica.

ECH8 – Só podemos dizer onde ele deve ir.

ICb – Informa sobre os serviços curativos oferecidos pela atenção básica.

ECH9 – eu acho que atendo, mas não sei explicar.

ICd – não sabe.

ECH10 – eu não sei.

ICd – não sabe.

ECH11 – Não sei.

ICd – não sabe.

ECH12 – Sim, eu visito.

ICb – Informa sobre os serviços curativos oferecidos pela atenção básica.

ECH13 – Sim eu passo nas casas de idosos.

ICb – Informa sobre os serviços curativos oferecidos pela atenção básica.

ECH14 – Não sei qual é a atividade.

ICd – não sabe.

Pergunta 3 – Quais as principais dificuldades que você encontra para atender o idoso, aqui no PSF?

ECH1 - O hospital e a fisioterapia são muito longe.

ICa – Centralização dos serviços.

ECH2 – O Idoso não agüenta ir até o postinho azul marcar consulta.

ICa – Centralização dos serviços.

ECH3 - Eu não tenho muito estudo.

ICb – Falta de informação a respeito dos cuidados ao idoso.

ECH4 - É tanta visita que eu esqueço de perguntar as novidades do governo para as meninas (enfermeiras).

ICb – Falta de informação a respeito dos cuidados ao idoso.

ECH5 – Eles são muito teimosos.

ICc – O não envolvimento do Idoso.

ECH6 – É difícil convencer eles que precisam de ajuda.

ICc – O não envolvimento do Idoso.

ECH7 – Eu não tenho muito estudo, e não posso ensinar nada.

ICb – Falta de informação a respeito dos cuidados ao idoso.

ECH8 – Os médicos não escutam eles , não tem paciência.

ICd – Falta de atendimento humanizado.

ECH9 – O lugar das consultas é muito longe, tem que subir o morro.

ICa – Centralização dos serviços.

ECH10 – Eu não sou enfermeira.

ICb – Falta de informação a respeito dos cuidados ao idoso.

ECH11 – Tenho muitas casas para atender.

ICe – Acúmulo de obrigações.

ECH12 – Não há transportes com facilidade.

ICa – Centralização dos serviços.

ECH13 – Não temos muito remédio para dar.

ICf – Falta de recursos financeiros.

ECH14 – Chega pouco remédio.

ICf – Falta de recursos financeiros.

Pergunta 4 – De que forma o PSF orienta os cuidadores informais no atendimento aos idosos ?

ECH1= Indicamos qual médico ir.

ICa – Qualificam os serviços médicos oferecidos.

ECH2=Falamos quais médicos são bons.

ICa – Qualificam os serviços médicos oferecidos.

ECH3= Para procurar a assistente social.

ICb – Informam como solicitar os serviços de atenção básica oferecidos.

ECH4= A gente pede para ir no postinho medir a pressão e a diabetes.

ICb – Informam como solicitar os serviços de atenção básica oferecidos.

ECH5= Temos que ter paciência, temos que acabar com a dengue.

ICc – Demonstram a importância de um cuidado humanizado.

ECH6= Eles tem que ter muita paciência.

ICc – Demonstram a importância de um cuidado humanizado.

ECH7= Temos programas para os de pressão alta e diabéticos.

ICb – Informam como solicitar os serviços de atenção básica oferecidos.

ECH8= Damos mensalmente o medicamento da pressão e da diabete.

ICd – Através da doação de medicamentos do Programa Hiperdia.

ECH9= Falamos como agendar consultas.

ICb – Informam como solicitar os serviços de atenção básica oferecidos.

ECH10= Falamos para procurar o postinho.

ICb – Informam como solicitar os serviços de atenção básica oferecidos.

ECH11= Encaminhamos para os programas de hipertensos ou diabetes.

ICb – Informam como solicitar os serviços de atenção básica oferecidos.

ECH12= Falamos como marcar consultas se tem tal médico onde marcar.

ICb – Informam como solicitar os serviços de atenção básica oferecidos.

ECH13= Não é fácil cuidar de velho, dá muito trabalho, eu falo para não desistir.

ICc – Demonstram a importância de um cuidado humanizado.

ECH14= Encaminho os mais pobres para a Promoção.

ICd – Através da doação de medicamentos do Programa Hiperdia.

Pergunta 5 - Quais as ações poderiam auxiliar a melhoria da capacidade funcional dos idosos atendidos pelos PSF?

ECH1 – Ensinar a comer melhor.

ICa – Educação Alimentar como medida preventiva.

ECH2 – Melhorar as praças.

ICb – Lazer como medida preventiva.

ECH3 – Nós agentes precisamos aprender como lidar com o idoso para atendê-lo.

ICc – Divulgação de informações como medida preventiva.

ECH4 – Devemos fazer palestras nos bairros para falar dos programas de diabetes e pressão.

ICc – Divulgação de informações como medida preventiva.

ECH5 - Precisa dar mais vitamina eles são muito fraquinhos.

Icd – Aumento dos serviços curativos.

ECH6 – Não sei.

ICe – Não sabe.

ECH7 – Mais remédio e mais médico.

ICe – Não sabe.

ECH8 – Levar fisioterapias nas casas.

Icd – Aumento dos serviços curativos.

ECH9 - A farmácia é muito central, tinha que ter na Vigorelli, no Jequitibás, no Iporanga ou no Bom Sucesso.

Icd – Aumento dos serviços curativos.

ECH10 – Distribuir mais remédio controlado.

Icd – Aumento dos serviços curativos.

ECH11 – Não respondeu.

ICe – Não sabe.

ECH12 – Não respondeu.

ICe – Não sabe.

ECH13 – Não sei.

ICe – Não sabe.

ECH14 – Ter mais médico geriatra.

Icd – Aumento dos serviços curativos.

Os idosos envolvidos nesta pesquisa:

Pergunta 7: Quais atividades você gostaria de realizar ?

ECH1: Passear aos domingos.

ICa: Atividades de Lazer.

ECH2: Fazer esportes.

ICb: Atividades esportivas.

ECH3: Poder pescar, nadar e passear em um clube.

ICa: Atividades de Lazer.

ECH4: Costurar.

ICc: Atividades artesanais.

ECH5: Projetos para jovens.

ICd: Voluntariado

ECH6: Não sei.

ICe: Não sabe

ECH7: Uma quadra de vôlei aqui na Vigorelli.

ICb: Atividades esportivas.

ECH8: Eu gostaria de arrumar a casa, pintar e fechar a frente.

ICe: Realizar melhorias na moradia.

ECH9: Hidroginástica.

ICb: Atividades esportivas.

ECH10: Viajar.

ICa: Atividades de Lazer.

ECH11: Dançar, eu acho tão bonito quem sabe.

ICa: Atividades de Lazer.

ECH12: Para mim está ótimo.

ICe: Não sabe

ECH13: Cantar no coral.

ICa: Atividades de Lazer.

ECH14: Passear mais com o grupo.

ICa: Atividades de Lazer.

Pergunta 8: Por que não as realiza?

ECH1: Porque minha saúde não permite.

ICa: Problemas de Saúde.

ECH2: Não responderam.

ICb: Não responderam.

ECH3: Estou muito velho agora.

ICc: Limitações devido a idade.

ECH4: Porque não é realizada está atividade próximo de minha casa, no mínimo deveria ter mais aulas de canto.

ICd: Falta de oportunidades.

ECH6: Não tive oportunidade

ICd: Falta de oportunidades.

ECH7: Não tenho condições.

ICd: Falta de oportunidades.

ECH8: Porque o poder público não se interessa em oferecer suporte a esses projetos.

ICd: Falta de oportunidades.

Pergunta 10: O que o (a) espera do futuro ?

Uma vida melhor.

O futuro a Deus pertence.

Eu espero que eu consiga a paz para ter um futuro melhor.

Aproveitar a vida.

Melhorias.

Saúde, felicidade e muito amor.

Melhorias.

Uma vida sossegada.

Mais oportunidade para as pessoas idosas.

Uma velhice com saúde.

Espero acabar com a dor nas pernas e viver mais com saúde.

Melhoramento na saúde pública.

Pessoas mais interessadas em trabalhar pelo povo, ou seja, políticos mais sérios.

Felicidade.

Queria voltar para Minas.

Voltar para minha terra.

Queria sair daqui.

Ir morar perto dos meus filhos.

Queria voltar ao passado, agora só espero a morte.

Queria ser livre para ir onde quiser.

Queria minha família.

Os cuidadores informais.

Pergunta 2: Qual o motivo de vocês morarem na mesma casa?

ECH1 – Minha mãe faleceu e então mudamos para cá.

ICa –Falecimento do cônjuge.

ECH2 – Minha mãe faleceu e então o trouxe para morar comigo.

ICa - Falecimento do cônjuge.

ECH3 – Depois que ela ficou viúva, acabamos morando juntos.

ICa - Falecimento do cônjuge.

ECH4 – Assim que ela ficou sozinha ela veio morar aqui.

ICa - Falecimento do cônjuge.

ECH5 – A gente economiza dinheiro.

ICb: Dificuldade financeira.

ECH6 – O Aluguel tava muito caro, não agüentamos pagar.

ICb: Dificuldade financeira.

ECH7 – Alugamos a casa deles para ajudar todo mundo.

ICb: Dificuldade financeira.

ECH8 – Sempre morei com eles.

ICc – Sempre morou com os pais.

ECH9 – Mesmo depois de casada acabei ficando.

ICb: Dificuldade financeira.

ECH10 – Depois de separar do marido voltei para casa, para trabalhar minha mãe fica com meus filhos.

ICb: Dificuldade financeira.

ECH11 – Fui criado pela minha vó, casei e agora cuido dela.

ICc – Decisão de cuidar do idoso.

ECH12 – Não tenho dinheiro para morar em outro lugar.

ICb: Dificuldade financeira.

ECH13 – Ninguém quis saber dessa responsabilidade sobrou para mim cuidar.

ICd - Obrigação de cuidar do idoso.

ECH14- Agora é a hora de eu fazer por eles o que eles fizeram por mim.

ICc – Decisão de cuidar do idoso.

Pergunta 4: Qual a rotina do idoso ?

ECH1 –Acordo lá pelas 10 anda um pouco, almoça, assiste TV janta e dorme.

ICa - Realiza apenas atividades pessoais básicas.

ECH2 – Acorda, come, fica na tv, na calçada e dorme.

ICa - Realiza apenas atividades pessoais básicas.

ECH3 – Levanta, prepara o café, limpa a casa, faz o almoço, vai na igreja, faz a janta e dorme.

ICb – Realiza atividades pessoais básicas e auxilia nas atividades domésticas.

ECH4 –Ajuda a cuidar da casa.

ICb – Realiza atividades pessoais básicas e auxilia nas atividades domésticas.

ECH5 –Fica só na TV.

ICa - Realiza apenas atividades pessoais básicas.

ECH6 –Faz tudo, prepara a comida para gente.

ICb – Realiza atividades pessoais básicas e auxilia nas atividades domésticas.

ECH7 –Cuida da casa, e dos netos.

ICb – Realiza atividades pessoais básicas e auxilia nas atividades domésticas.

ECH8 –Olha meus filhos para eu trabalhar.

ICb – Realiza atividades pessoais básicas e auxilia nas atividades domésticas.

ECH9 – Só assiste TV e escuta a rádio, ele não pode andar.

ICa - Realiza apenas atividades pessoais básicas.

ECH10 – Cuida da casa, e faz crochê para ajudar no orçamento.

ICc – Realiza atividades pessoais, domésticas e auxilia no orçamento familiar.

ECH11 –Acorda, vai trabalhar janta, vai no bar e dá umas voltas.

ICd – Trabalha fora da casa.

ECH12 –Cuida da casa e vai nos grupos.

ICc – Realiza atividades pessoais, domésticas e auxilia no orçamento familiar.

ECH13 – Acorda muito cedo, limpa a casa, vai fazer faxina, pega meu filho na creche, e ainda vai no forró do lar no domingo.

ICc – Realiza atividades pessoais, domésticas e auxilia no orçamento familiar.

ECH14- Faz muitas coisas na igreja e em casa.

ICc – Realiza atividades pessoais, domésticas e auxilia no orçamento familiar.

Pergunta 4: O (a) idoso (a) necessita de cuidados médicos? Quais ?

Não: 18%

Sim: 82%

ECH1 – A pressão sobe muito.

ICa – Controle da hipertensão.

ECH2 – A diabete vive alta, ela come doce escondido.

ICb – Controle da diabete.

ECH3 – Tem muita dor nos ossos é a artrite, vai sempre no médico, ela acha que vai melhorar.

ICc - Consultas médicas freqüentes.

ECH4 – As feridas na pela não secam, por causa da diabete.

ICd – Cuidados hospitalares freqüentes.

ECH5 – Tem que controlar o colesterol.

ICc - Consultas médicas freqüentes.

ECH6 – O Coração, já é até safenado, não morreu de sorte.

ICd – Cuidados hospitalares freqüentes.

ECH7 – Tem muitos problemas a pressão a diabete, e a dor na coluna.

ICc - Consultas médicas freqüentes.

ECH8 – Ela fala que dói tudo quando vai no médico.

ICc - Consultas médicas freqüentes.

ECH9 – Tem problema na cabeça, toma muito calmante, tem uns que não faz mais efeito.

ICd – Tratamento neurológico.

ECH10 – Depressão, vai no neuro.

ICd – Tratamento neurológico.

ECH11 – Já teve câncer, no estômago, tem que cuidar.

ICc - Consultas médicas freqüentes

ECH12 – Vai sempre no postinho com a pressão alta

ICa – Controle da hipertensão

ECH13 – Reumatismo.

ICc - Consultas médicas freqüentes

ECH14 – Mede a Pressão sempre.

ICa – Controle da hipertensão

Pergunta 7:Quais as adaptações realizadas para a convivência do (a) idoso (a) ?

ECH1 – Meu marido foi dormir no sofá, para eu cuidar dela na minha cama.

ICa – Mudança na rotina familiar.

ECH2 – Nenhuma.

ICb – Não houve adaptações.

ECH3 – Não houve necessidade ainda.

ICb – Não houve adaptações.

ECH4 – Colocamos um piso que não escorrega.

ICc – Mudança na infra-estrutura da moradia.

ECH5 – Pedimos a cama de hospital, a cadeira de banho, para a associação.

ICc – Mudança na infra-estrutura da moradia.

ECH6 – A janta tem ser bem cedo.

ICa – Mudança na rotina familiar.

ECh7 – Assistimos muito Silvio Santos agora, meus filhos não gostam.

ICa – Mudança na rotina familiar.

ECH8 – Não temos dinheiro para fazer melhorias.

ICb – Não houve adaptações.

ECH9 – Ela fala que está tudo bom.

ICb – Não houve adaptações.

ECH10 – Pedimos para a promoção a cama, a cadeira de rodas, arrumamos os móveis par não bater.

ICc – Mudança na infra-estrutura da moradia.

ECH11 – Tivemos que contratar uma enfermeira.

ICd – Aumento dos gastos mensais.

ECH12 – Pagamos uma mulher para cuidar a noite.

ICd – Aumento dos gastos mensais.

ECH13 – Gastamos muito com remédios, são caros, e a aposentadoria não dá.

ICd – Aumento dos gastos mensais.

ECH14 – Tenho que levá-la a muitos médicos, então tirei até carta.

ICa – Mudança na rotina familiar.