

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**LETÍCIA TERRA PEREIRA**

**O OLHAR DAS “MUITO IDOSAS” DE PIUMHI-MG ACERCA DO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FRANCA**

**2012**

**LETÍCIA TERRA PEREIRA**

**O OLHAR DAS “MUITO IDOSAS” DE PIUMHI-MG ACERCA DO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais para obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social – Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Iris Fenner Bertani

**FRANCA**

**2012**

Pereira, Letícia Terra

O olhar das “muito idosas” de Piumhi-MG acerca do Programa de Saúde da Família / Letícia Terra Pereira. – Franca : [s.n.], 2012  
79 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientador: Iris Fenner Bertani

1. Idosos – Saúde. 2. Serviço Social – Políticas públicas e sociais – Saúde. 3. Programa Saúde da Família – Piumhi (MG). 4. Velhice. I. Título.

CDD – 301.435

**LETÍCIA TERRA PEREIRA**

**O OLHAR DAS “MUITO IDOSAS” DE PIUMHI-MG ACERCA DO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social – Trabalho e Sociedade.

**BANCA EXAMINADORA**

**Presidente:**

---

**Profa. Dra. Iris Fenner Bertani / FCHS – UNESP**

**1º Examinador:**

---

**2º Examinador:**

---

**Franca, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.**

***Dedico,***

***Aos meus avós Maria e João (sempre presentes).***

***Os quais, com muita sabedoria e simplicidade, me ensinaram a valorizar e amar mais as pessoas.***

***Com saudade, Letícia.***

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço,

A Deus, por me dar força e paciência para superar as dificuldades.

À Iris, professora e orientadora, pelos ensinamentos e por acreditar em mim.

Aos meus pais, Jademir e Maria Inês, os quais amo muito, pelo incentivo e apoio em todos os momentos da minha vida.

Ao meu namorado Caio, pelo amor e paciência durante esse período.

Aos meus irmãos Gabriel, pela sabedoria e companheirismo. E João Marcos, pelo carinho e alegria.

À minha cunhada Elidi pela amizade e pelos momentos de reflexão sobre nossas experiências profissionais.

Aos meus familiares, meus amigos e familiares do Caio, por fazerem parte da minha vida e por vibrarem com as minhas conquistas.

À Lázara, José Luís, Adriana e Katiscilene, eternos amigos da Fundação Espírita Allan Kardec pela confiança.

À minha querida amiga Eva, pela sinceridade, cuidado e força nos momentos que mais precisei.

Às colegas do Grupo QUAVISSS pela troca de conhecimentos.

Às minhas queridas alunas e aluno do Instituto Municipal de Ensino Superior de Bebedouro (IMESB) e às alunas da Faculdade Frutal (FAF) pelo carinho e por me permitirem conhecer o prazer de ensinar.

Às colegas de Mestrado Anita e Grazi pelo apoio e incentivo constantes.

Aos usuários do Hospital Psiquiátrico e Hospital Dia da Fundação Espírita Allan Kardec por terem feito parte da minha vida e me ensinado a valorizá-la sempre.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Serviços Social da Unesp de Franca, pelos ensinamentos.

Às professoras Edvânia Lourenço e Fernanda Sarreta, pelas contribuições no meu Exame Geral de Qualificação.

Às sujeitas desta pesquisa por terem contribuído para a efetivação desta pesquisa.

À coordenadora do Programa de Saúde da Família de Piumhi e às enfermeiras das unidades que estudei, pela atenção e pelas informações fornecidas.

Aos colegas de trabalho do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de Piumhi pelo acolhimento e confiança nesse pouco tempo de convivência.

À tia Dadá, pela correção final de português.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram para que fizesse deste sonho uma conquista.

PEREIRA, Letícia Terra. **O olhar das “muito idosas” de Piumhi-MG acerca do Programa de Saúde da Família**. 2012. 79 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2012.

## RESUMO

Sabe-se que ao aumento da expectativa de vida e o consequente aumento no número de idosos é uma realidade observada mundialmente. As estatísticas relacionadas a esta demanda demonstram que as mulheres vivem mais que os homens. Essa diferença acentua-se com o avançar da idade, na qual fazem parte os “muito idosas” ou “velhos-velhos”, terminologias utilizadas por alguns autores. Considerando a vivência e as experiências acumuladas ao longo de anos, embasadas por legislações como a Constituição Federal/1988, Política Nacional do Idoso - PNI, Estatuto do Idoso e no campo da política pública de saúde como o Sistema Único de Saúde, Programa de Saúde da Família - PSF, Pacto pela Saúde, o presente estudo teve como objetivo investigar como as mulheres com idade igual ou superior a 80 anos percebem a intervenção do PSF no município de Piumhi/MG. Este conta com 100% de cobertura do programa, de acordo com a legislação que regulamenta a implantação do programa. O que se questiona neste estudo é: tendo o município uma “estrutura” consolidada do programa, a população de idosas que vivenciaram os diversos momentos de construção da política de saúde, realmente conhece o trabalho desenvolvido pela Equipes de Saúde da Família (ESF)? Optou-se pela escolha apenas de mulheres para serem sujeitas da pesquisa e que fossem atendidas pelo programa desde o início da sua implantação. Àquelas que foram selecionadas para participarem da pesquisa, por meio de sorteio aleatório, foram informadas sobre os objetivos e riscos da pesquisa e consentiram por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quanto ao percurso metodológico foram utilizadas a pesquisa bibliográfica e documental, através de livros, periódicos e revistas especializadas; e a pesquisa de campo, na qual as entrevistadas puderam expor suas reflexões e conhecimento acerca da política de saúde pública com ênfase no PSF. Acredita-se que a contribuição deste segmento etário para a participação e intervenção na realidade social poderá melhorar a execução e desenvolvimento das políticas públicas que atendem a população em geral, a qual, consequentemente também passará pelo processo de envelhecimento.

**Palavras-chave:** muito idosas. envelhecimento. Programa de Saúde da Família. Piumhi/MG. serviço social.

PEREIRA, Letícia Terra. **O olhar das “muito idosas” de Piumhi-MG acerca do Programa de Saúde da Família**. 2012. 79 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2012.

## **ABSTRACT**

The growth of life's expectation and the consequent growth of the number of elderly people is a reality observed all over the world. The statistics related to this demand show that women live more than men. This difference is higher when the age advances, which the “very old” or “old-old” are parts, according some authors terminologies. Considering the living and the experiences accumulated over the years, grounded by legislations as Federal Constitution of 1988, National Elderly Policy, Elderly Statute and on the public policy of health as Unique System of Health, Family's Health Program, Pact for Health, the present study had as an objective investigate how women with 80 or more age see the reflects of the Family's Health Program works at the city of Piumhi/MG. The city covers 100% of the program, according to the legislation that regulate the implantation of the program. The question of this study is: with the program's structure consolidated, does the elderly women's population that lived the many moments of health policy's construction know the work developed by the Family's Health Teams? The researches have chosen only women answered by the program since its beginning to be subjects. Those who were selected to participate of the research, by raffle, were informed about the objectives and risks of it and accepted through the Term of Free and Enlightened Consentient (TFEC). About the methodology, were used the literature and documental searches as books, journals and specialized magazines. Also were used the field research, where the interviewers could expose their reflections and knowledge about the health's policy with emphasis at Family's Health Program. It is believed that the contribution of this age segment to the participation and intervention at the reality may improve the execution and development of the public policies that attend the population, who consequently will pass by the aging process.

**Key words:** very old people. aging. Family's Health Program. Piumhi/MG. social work.

## LISTA DE SIGLAS

|              |                                                             |
|--------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>BPC</b>   | Benefício de Prestação Continuada                           |
| <b>CAAS</b>  | Centro de Atendimento à Assistência Social                  |
| <b>CAS</b>   | Centro de Atendimento à Saúde                               |
| <b>CAP</b>   | Caixas de Aposentadorias e Pensões                          |
| <b>CAPES</b> | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| <b>CEFET</b> | Centro Federal de Educação Tecnológica                      |
| <b>CNS</b>   | Conferência Nacional de Saúde                               |
| <b>CRAS</b>  | Centro de Referência de Assistência Social                  |
| <b>CREAS</b> | Centro de Referência Especializado de Assistência Social    |
| <b>ESF</b>   | Equipes de Saúde da Família                                 |
| <b>FASPI</b> | Faculdade São Francisco – Piumhi                            |
| <b>IAP</b>   | Instituto de Aposentadorias e Pensões                       |
| <b>IBGE</b>  | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística             |
| <b>ILP</b>   | Instituição de Longa Permanência                            |
| <b>LOAS</b>  | Lei Orgânica da Assistência Social                          |
| <b>NASF</b>  | Núcleo de Atendimento de Saúde da Família                   |
| <b>OMS</b>   | Organização Mundial de Saúde                                |
| <b>ONU</b>   | Organização das Nações Unidas                               |
| <b>OPAS</b>  | Organização Pan-Americana de Saúde                          |
| <b>PNI</b>   | Política Nacional do Idoso                                  |
| <b>PNSI</b>  | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa                  |
| <b>PSF</b>   | Programa de Saúde da Família                                |
| <b>SUAS</b>  | Sistema Único de Assistência Social                         |
| <b>SUS</b>   | Sistema Único de Saúde                                      |
| <b>UNESP</b> | Universidade Estadual Paulista                              |

## SUMÁRIO

|                                                                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                            | <b>10</b> |
| <b>CAPÍTULO 1 NARRATIVAS E MEMÓRIAS.....</b>                                                                       | <b>21</b> |
| <b>1.1 Conhecendo as Entrevistadas. ....</b>                                                                       | <b>22</b> |
| 1.1.1 Primeira Entrevista .....                                                                                    | 23        |
| 1.1.2 Segunda Entrevista .....                                                                                     | 26        |
| 1.1.3 Terceira Entrevista .....                                                                                    | 28        |
| 1.1.4 Quarta Entrevista .....                                                                                      | 29        |
| <b>CAPÍTULO 2 REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE, COM<br/>ÊNFASE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b> | <b>31</b> |
| <b>2.1 Política de Saúde.....</b>                                                                                  | <b>32</b> |
| <b>2.2 Programa de Saúde da Família sob a ótica da pessoa idosa.....</b>                                           | <b>36</b> |
| <b>CAPÍTULO 3 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....</b>                                                                 | <b>41</b> |
| <b>3. 1 Envelhecer .....</b>                                                                                       | <b>42</b> |
| <b>3. 2 Viver mais?. ....</b>                                                                                      | <b>48</b> |
| 3.2.1 Idosos de Piumhi .....                                                                                       | 51        |
| <b>3. 3 Legislação: segurança de uma velhice tranquila? .....</b>                                                  | <b>53</b> |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                                                                  | <b>63</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                            | <b>70</b> |
| <b>APÊNDICES</b>                                                                                                   |           |
| <b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>                                                | <b>77</b> |
| <b>APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com a coordenadora. ....</b>                                               | <b>78</b> |
| <b>APÊNDICE C – Roteiro para entrevista com as idosas.....</b>                                                     | <b>79</b> |

## INTRODUÇÃO

O tema proposto para este estudo foi escolhido tendo em vista meu interesse pessoal por pessoas “mais velhas”, ou melhor, os idosos. Tive a oportunidade e a felicidade de conviver com meus avós maternos, hoje falecidos, para os quais dedico este trabalho. Pessoas que me ensinaram a valorizar o conhecimento enriquecido no cotidiano, a sabedoria, as experiências e a vontade de viver acumuladas ao longo de mais de oitenta anos.

Sei que o processo de envelhecimento traz consequências e debilidades físicas para o ser humano, o que pude comprovar pelo estudo a seguir. No entanto, isso não pode se tornar impedimento para dar continuidade a vida.

Vi que alguns autores valem-se da terminologia “velhos-velhos” ou “idosos muito idosos” para classificar cronologicamente as pessoas com idade acima de 80 anos, os octogenários, nonagenários e centenários, população que tem aumentado significativamente nos últimos anos.

Este fato ocorre em decorrência do avanço de estudos da Medicina para prevenir, promover e recuperar a saúde, além do desenvolvimento de tratamentos para determinadas enfermidades. Por isso, a população mundial tem sobrevivido mais tempo que em épocas passadas. Esse aumento na longevidade, no entanto, não está associado à melhoria na qualidade de vida das pessoas por fatores relacionados ao trabalho, restrição de recursos e minimização de políticas públicas.

Existe uma dificuldade em definir o termo “qualidade de vida”, portanto, utilizei ao longo do texto a definição de Minayo, Hartz e Buss (2000), a qual interpreta o termo como uma construção social com três formas de referência: histórica – difere em determinado tempo histórico; cultural – revela as tradições dos povos, a partir de seus valores e necessidades e estratificações ou classes sociais – mostrando padrões de bem-estar estratificados (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Esse aumento no número de idosos refletiu também a realidade do município de Piumhi-MG, local onde nasci, trabalho atualmente e onde a pesquisa foi desenvolvida.

Enquanto assistente social, preciso utilizar a pesquisa como instrumento de investigação para posterior intervenção na realidade social. A pesquisa em Serviço Social, profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, teve um amadurecimento principalmente nas décadas de 1970 e 1980. Neste momento, a profissão passou pelo “Movimento de Reconceituação” e o país sofreu com as mudanças advindas com o golpe militar em 1964.

Houve, portanto, um crescimento quantitativo e qualitativo dentro da profissão, marcando uma nova etapa na profissão: quantitativo, pela expansão do mercado de trabalho e a inserção de assistentes sociais em novos espaços ocupacionais e qualitativo, pela produção científica que se ampliou nesse período, além dos cursos de pós graduação e das publicações em revistas e livros.

A década de 1980 encerrou-se com a promulgação da Constituição Federal, a qual possibilitou a ampliação dos direitos civis, políticos e sociais. Além de preconizar as políticas públicas de Educação, Trabalho, Lazer e a Seguridade Social, tem como tripé a Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social, possibilitando a inserção dos assistentes sociais dentro desses espaços ocupacionais.

A década de 1990 foi marcada pela formulação da Lei Nº 8.662/1993 que regulamenta a profissão do assistente social, pela reformulação do Código de Ética/1993 e construção do Projeto Ético-Político, tendo como princípios a democracia, liberdade, justiça social e dignidade humana.

Outras conquistas advindas com a Constituição Federal foram a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei Nº 8080/1990), operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei Nº 8142/1990) no âmbito da Política de Saúde e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) como uma “alternativa” à tradicional prática de saúde. Este programa tinha como objetivos atuar com a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde.

A Portaria Nº 648/2006 prevê a revisão e a transformação do PSF em uma “estratégia” para reorganização da atenção básica no Brasil, diante da experiência que acumulou ao longo dos anos em que foi implantado. Na prática, essa estratégia atua através da intervenção de Equipes de Saúde da Família (ESF), as quais devem realizar visitas domiciliares mantendo uma postura pro-ativa e de promoção à saúde da população.

O olhar do sujeito que busca por estes serviços não é valorizado, mas existem canais de participação como os Conselhos Municipais, Estaduais e Federais. No entanto, a população os desconhece por falta de informação.

O presente estudo teve como objetivo investigar como as mulheres com idade igual ou superior a 80 anos, as octogenárias, nonagenárias ou centenárias compreendem a intervenção do Programa de Saúde da Família no município de Piumhi. Este localiza-se entre dois importantes rios, o São Francisco e o Rio Grande.

Nas proximidades, estão o Lago de Furnas e a Serra da Canastra, local onde nasce o rio São Francisco. A paisagem é marcada por relevos suaves, caracterizados pela vegetação de cerrado em todas as suas variações.

**Figura 1 - Estado de Minas Gerais: destaque para o município de Piumhi**



Fonte: Piumhi..., online.

De acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município tem uma população estimada em 31.885 habitantes. Destes, 28.733 estão locados na área urbana e os outros 3.322 na região rural.

A atividade econômica predominante é a agropecuária, o cultivo de milho e café, a criação de gado leiteiro e de corte.

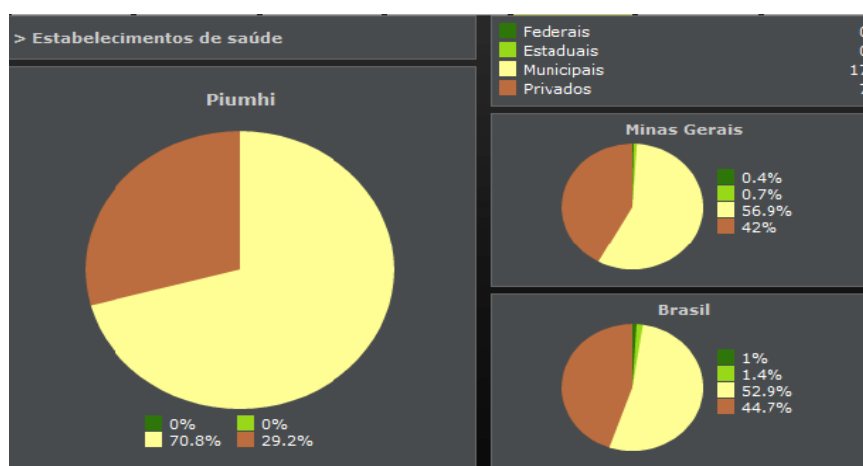
Quanto aos níveis de educação formal, 91,2% da população são alfabetizados e existem 17 escolas públicas distribuídas no território e 07 particulares. Dentre elas creches, pré-escolas e uma Escola Técnica de Formação Gerencial (ETFG) (particular). Além destes, existe uma faculdade particular Faculdade São Francisco (FASPI) e um Centro Federal de Educação Tecnológica (CEFET).

Em relação à política de Assistência Social, a cidade conta com um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) para atender o público alvo da Política de Assistência Social, prevista pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e regulamentada pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS); além de um

Centro de Atendimento à Assistência Social (CAAS). Todos pertencentes ao Departamento de Assistência Social (PREFEITURA MUNICIPAL DE PIUMHI, 2010).

Ainda segundo o IBGE, Piumhi possui majoritariamente serviços de saúde públicos: 17 são serviços de saúde municipais e os outros 07 são serviços de saúde privados e não existem serviços de saúde estadual e federal. Como pode ser observado no gráfico que compara a distribuição dos estabelecimentos de saúde de Piumhi, do Estado de Minas Gerais e do Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010):

**Gráfico 1: Estabelecimentos de saúde**



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010, on line.

Não desconsiderando o trabalho e a importância dos serviços privados, mas respeitando os objetivos da pesquisa, trabalhei apenas com as unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), serviços públicos de atenção primária que atuam com a prevenção e promoção da saúde.

A análise dos aspectos epidemiológicos levou à constatação que as principais causas de mortalidade no município são doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. E existe uma prevalência de doenças como hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral.

A construção da pesquisa foi composta por uma etapa inicial de levantamento bibliográfico, pesquisa documental, observações e coleta de dados realizados pela seleção e levantamento de livros, documentos, legislações, principais revistas

acadêmicas (de publicação impressa e eletrônica), dissertações e teses certificadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Nesse momento, junto com minha orientadora, repensei o objetivo da pesquisa, após as leituras e verifiquei a importância de entrar em contato com a coordenadora do programa no município, pois não encontrei documentação disponível que respondesse as minhas indagações referentes à implantação do programa, público-alvo, composição da equipe e atividades desenvolvidas com a população idosa.

A entrevista com a coordenadora aconteceu no Departamento de Vigilância Epidemiológica da Prefeitura, local em que ela estava quando a procurei. Informou que é enfermeira e está na coordenação do programa desde 2005. Após os questionamentos que fiz a ela, referentes à implantação do PSF em Piumhi, obtive como informação:

[...] os primeiros PSFs em Piumhi foram implantados em 1998 pelos registros que nós temos. Inicialmente foi implantada apenas uma unidade que atendia alguns bairros da periferia considerados de maior carência do município. Atendendo a uma população aproximadamente de 5.000 pessoas. Posteriormente aí foi instalada mais uma unidade. [...] O segundo, no ano de 2000 ou 2001 ele foi na região do Totonha Tomé. Em 2002 foi criado o PSF Joaquim Terra na região ali do bairro Santo Antônio, Jardim Santo Antônio, né? Cruzeiro... No Parque São Judas Tadeu. Do terceiro, quarto, quinto, é... Aí já foi uma sequência até mais rápida que foram implantados esses PSFs (Coordenadora).

Como se observa, a implantação das unidades do programa aconteceu inicialmente em bairros periféricos, os quais apresentavam índices de pobreza e vulnerabilidade social. Além de o município contar com as unidades do PSF distribuídas na região urbana, conta também com um na zona rural com estrutura e atendimento diferente das demais:

O sexto PSF que foi implantado foi o da área rural, ele tem um esquema, uma metodologia de trabalho com algumas características de trabalho particulares. Que é um sistema que ele trabalha, que é um ônibus adaptado, que tem um consultório médico, um consultório dentário... E ele então é móvel, ele tem um deslocamento com uma agenda prévia, estabelecida com a população da comunidade. Então a população já sabe onde ele vai tá na segunda, onde ele vai tá na terça... Aí eles já esperam e aguardam, né? Tanto o atendimento médico, o dentário, da equipe de enfermagem (Coordenadora).

Ela concluiu que

O sexto e o sétimo PSFs foram criados no mesmo ano, é... Praticamente no mesmo mês. Daí do oitavo PSF houve aí um período que ficou sem nenhuma criação até o ano de 2007. Que foram criados o nono e aí no ano seguinte foi criado o décimo PSF completando uma cobertura de 100% dentro do município de Piumhi. Então, em síntese, é esse o processo de implantação de um todo das 10 unidades de equipe de saúde da família dentro do município, né? Oferecendo 100% de cobertura a toda a população. Só não é cadastrado a pessoa ou família que não deseja, às vezes ela tem um plano de saúde, ou por algum outro motivo que ela não queira (Coordenadora).

Verifiquei, portanto, que o município conta com uma cobertura de 100% do programa e não estão cadastradas, segundo a fala da coordenadora, apenas as pessoas e as famílias que não aceitaram ser incluídas por utilizarem serviços de saúde particulares.

As unidades do PSF estão distribuídas ao longo do território e compreendem às seguintes regiões:

**Tabela 1 – Divisão das unidades do PSF por região**

| <b>Região Oeste</b>                                                        | <b>Região Norte</b>                                            | <b>Região Leste</b> | <b>Região Sul</b>                                        | <b>Região Central</b> |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|
| PSF Bossuet Costa;<br><br>PSF Inhô Firmino;<br><br>PSF Sudário dos Santos. | PSF Totonha Tomé;<br><br>PSF Nova Esperança;<br><br>PSF Rural. | PSF Maria Rezende.  | PSF João Guilherme Alves “Tó”;<br><br>PSF Joaquim Terra. | PSF José Martins.     |

Fonte: Dados extraídos de Prefeitura Municipal de Piumhi, 2010, p. 13.

As equipes são compostas por:

Nós temos a equipe mínima que é: médico, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, os agentes. Aqui nós temos em todas as unidades uma secretária, uma servente contínua da limpeza, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma psicóloga e a equipe de saúde bucal que é o dentista e auxiliar (Coordenadora).

Em concordância com legislação em vigor:

As equipes são compostas por, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 1997).

A composição da equipe no município conta com outros profissionais que vão além da equipe mínima exigida em cada unidade, como nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas, além de uma secretária e uma servente.

Além das unidades do PSF, no que se refere às Equipes de Saúde da Família (ESF), existe no município o Núcleo de Atendimento à Saúde da Família (NASF)<sup>1</sup>, com uma equipe formada por assistente social, pediatra, psicólogo, farmacêutico e ginecologista. Essa equipe atende nas instalações do Centro de Assistência à Saúde (CAS) e circula pelas unidades do PSF em dias e horários pré-estabelecidos. E quando é solicitada, em ocasiões excepcionais, comparece às unidades para atendimento e nas residências das famílias.

Posteriormente a esta fase, o trabalho de campo resultou em um importante instrumento de coleta de dados para as considerações acerca dos objetivos propostos pelo estudo, pois possibilitou-me levantar questionamentos, indagações sobre temáticas anteriormente trabalhadas por autores e pesquisadores referidos ao longo do texto.

Naturalmente ela será enriquecida depois, no decorrer do próprio desenvolvimento da pesquisa: donde se vê que a bibliografia do projeto não é ainda completa como a que constará no trabalho, à qual se acrescentarão novos elementos descobertos e explorados durante a própria pesquisa (SEVERINO, 2001, p. 163).

Dando continuidade na fase exploratória da pesquisa, decidi trabalhar por amostragem qualitativa, pois “A validade dessa amostragem está na sua capacidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões”, independente do número de pessoas (MINAYO, 2004, p. 103).

A abordagem qualitativa adotada possibilitou a aproximação entre as idosas e o objeto estudado. Para tanto, realizei entrevistas semi-estruturadas, norteadas por um roteiro, possibilitando às idosas expressarem seus sentimentos com liberdade, além de contribuírem para a obtenção de respostas a indagações previamente formuladas no início do estudo.

---

<sup>1</sup> O NASF, núcleo criado pelo Ministério da Saúde, regulamentado pela Portaria nº 154/2008 deve ser composto por profissionais de várias especialidades, com a finalidade de atuarem integralmente com as equipes do PSF, compartilhando as práticas em saúde.

O perfil pré-selecionado das sujeitas foi: mulheres, com 80 anos ou mais de idade e que residissem em casas e não em Instituições de Longa Permanência (ILPS)<sup>2</sup>.

Optei pela escolha de mulheres, pelo fato de Piumhi possuir maior o número de mulheres com a idade pré-estabelecida que o número de homens da mesma faixa etária (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Outro ponto que considerei foi o fato das idosas residirem em casa e não em ILPs, assim têm mais autonomia para desenvolver atividades e participar da sociedade. Não pretendi desconsiderar o trabalho destas instituições, no entanto, não foi o objetivo da pesquisa.

E por fim, por que idosas com idade igual ou superior a 80 anos? Porque esta é uma população que não está participando e se envolvendo nas atividades propostas pelo PSF, de acordo com informações fornecidas pela coordenadora. Por isso pretendi solicitar a participação deste segmento que ao longo de mais de oitenta anos contribuiu de alguma forma para a construção de toda uma coletividade e, mesmo com idade avançada, ainda tem algo para contribuir com reflexões e sugestões.

Para a seleção de quais idosas seriam contatadas, realizei dois sorteios. No primeiro sorteei qual região seria pesquisada: Norte, Sul, Oeste, Leste e Centro. Com as regiões Norte e Central sorteadas, verifiquei quais as unidades em cada região haviam sido implantadas há mais tempo. Obtive como resultado as unidades do PSF “Totonha Tomé” e do PSF “José Martins”, respectivamente.

As duas unidades selecionadas contam com sede própria. A do PSF “José Martins” está localizada na região central da cidade é de fácil acesso e utiliza o espaço físico do antigo Posto de Saúde Central. Por se tratar de uma construção mais antiga, passou por adaptações às legislações referentes à acessibilidade aos serviços para deficientes físicos e pessoas com dificuldades de deambulação.

A unidade do PSF “Totonha Tomé” foi construída exclusivamente para a implantação do programa. Possui uma estrutura que é dividida para atender a demanda deste PSF e de outro PSF, o qual abrange outra região e atende outras famílias. Ainda de acordo com a legislação vigente:

---

<sup>2</sup> O município tem uma Instituição de Longa Permanência que constitui-se uma associação civil de direito privado, beneficente, caritativa e de assistência social, sem fins econômicos, de acordo com o Estatuto da instituição (CASA DOS VELHINHOS GRIJALVA ALVES TERRA, 2006, p. 1).

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 1997).

Com base nessas informações, entrei em contato com as enfermeiras que coordenam cada unidade e elas me disponibilizaram uma listagem com os nomes das idosas que correspondiam ao perfil pré-estabelecido. Através desta listagem, realizei um novo sorteio no qual foram selecionadas quatro idosas: duas atendidas pelo PSF “José Martins” e duas do PSF “Totonha Tomé”.

Após o sorteio, estabeleci contato com as idosas identificando minha formação e vinculação acadêmica e os objetivos da pesquisa. E com o consentimento delas, agendamos as entrevistas.

Duas entrevistas foram realizadas na mesma data e as outras duas em data diferente. Antes de iniciá-las li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) e reforcei a observação de que elas poderiam interromper a entrevista quando desejassem. Das quatro entrevistadas, duas não conseguiram assinar os termos, mas consentiram verbalmente, de acordo com o previsto pelo Tratado de Helsinque para estas situações (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2000). As entrevistas foram registradas em gravador de áudio e posteriormente transcritas e fiz algumas anotações e observações por escrito. Esse procedimento possibilitou melhor interpretação das falas das sujeitas, assegurando a igualdade das informações no momento de coleta de dados.

As idosas selecionadas responderam e contribuíram, prontamente, além de demonstrarem satisfação com o convite para participar do desenvolvimento da pesquisa. Antes de começar as entrevistas, todas ressaltaram que responderiam as perguntas pelo o que elas conheciam e entendiam, pois relataram não ter muito “estudo”.

Na organização dos dados, priorizei o uso da técnica de “análise conteúdo”, a qual me permitiu ter um olhar mais atento aos dados e às informações obtidas. Selecionei dentro do material coletado, o que de fato colaborou com os objetivos

propostos e utilizei duas categorias que foram analisadas no segundo e no terceiro capítulo: O Programa de Saúde da Família e o Processo de Envelhecimento.

Apresentei o resultado da pesquisa em três capítulos, precedidos por esta “Introdução”. O primeiro foi sobre “Narrativas e Memórias”, momento em que apresentei as entrevistadas, com suas particularidades e singularidades. No segundo, trouxe a categoria analisada “O Programa de Saúde da Família: sob a ótica da pessoa idosa”, fazendo um resgate histórico da “Política Pública de Saúde” e do conhecimento das entrevistadas acerca do PSF. No terceiro e último capítulo trabalhei a categoria: “O Processo de Envelhecimento” analisando os subitens relacionados: ao “Envelhecimento”, “Viver Mais?” e a “Legislação: garantia de uma velhice tranquila?”. As Considerações Finais foram elaboradas com os frutos da pesquisa, a partir da fala das próprias sujeitas participantes e das observações que foram realizadas ao longo do estudo.

É importante ressaltar que as falas das entrevistadas foram citadas e analisadas ao longo do estudo, de acordo com as categorias selecionadas.

**CAPÍTULO 1**  
**NARRATIVAS E MEMÓRIAS**

## 1.1 Conhecendo as Entrevistadas

Considere importante apresentar as entrevistadas as quais contribuíram prontamente para a realização desta pesquisa, relatando experiências, memórias e conhecimentos acerca do objeto estudado. Por questões éticas, os nomes delas foram substituídos por E1, E2, E3 e E4 respeitando a ordem que as entrevistas foram realizadas.

A primeira entrevistada foi E1, 89 anos de idade, viúva, pensionista, reside sozinha e atualmente não tem filhos. A entrevista de E1 teve duração aproximada de duas horas, momento em que descreveu com detalhes sua vida, recordando com saudade e emocionando-se ao falar sobre as filhas e o esposo falecidos. Descreveu com precisão e saudade o funcionamento de um monjolo de fazer farinha. E1 contou também histórias de seus familiares, irmãos, sobrinhos, primos e netos, os quais apesar de não residirem com ela, a auxiliam quando solicita. Falou sobre sua saúde e sobre o conhecimento que tem acerca do Programa de Saúde da Família no município de Piumhi.

A segunda foi E2, 80 anos de idade, viúva, aposentada, reside com uma filha. A entrevista de E2 foi mais breve, ela respondeu brevemente o que lhe foi perguntado e não se ateve aos detalhes. A filha que reside com ela estava presente, mas não interveio em momento algum nas respostas. E2 falou sobre sua infância, trabalho e saúde, além de falar sobre o que conhece do Programa de Saúde da Família.

A terceira foi E3, 80 anos de idade, viúva, aposentada, reside com dois filhos - sendo uma mulher solteira - e o outro um homem desquitado, que está morando com ela há pouco tempo. E3 mostrou-se muito alegre no momento da entrevista. No entanto, diferente das demais, não quis se recordar da infância, fase em que sofreu muito, segundo ela. Relatou que desenvolve trabalho voluntário em uma igreja próxima a sua casa; gosta de participar e se envolver em atividades oferecidas pelo PSF e disse ter ótimo relacionamento com várias pessoas, pois trabalhou muitos anos como gari e como voluntária na Igreja Católica Matriz da cidade. Sua maior alegria foi poder aprender a ler aos 80 anos de idade.

A quarta e última entrevistada foi E4, 93 anos de idade, viúva, pensionista, reside com uma filha. E4 mostrou-se muito solícita, mas respondeu às perguntas

com o auxílio da filha. Não descreveu com detalhes sua infância e a fase que vivencia hoje. Falou sobre sua saúde e o que conhece sobre o PSF.

De acordo com os critérios utilizados, as quatro idosas selecionadas são atendidas pelas unidades do PSF: E1 e E2 “José Martins” – região Central e E3 e E4 pelo “Totonha Tomé” – região Norte.

#### 1.1.1 Primeira Entrevista

E1 me recebeu muito bem em sua residência, mostrou-se tranquila, amável e muito receptiva. Sentamos na sala e após as orientações sobre a pesquisa, iniciei a entrevista.

Desde a primeira pergunta, E1 descreveu com detalhes sua infância, o local onde nasceu, as dificuldades por que passou quando era criança, a falta de acesso e renda para conseguir comprar alguns objetos de uso pessoal, dentre eles, destacou o “sapato”.

Nasci em Pontal, aqui pertinho, nessa data que eu já falei. Então o meu pai, a minha mãe criavam nós com dificuldade, era gente pobre. Gente pobre nunca tem muito conforto. Como todo mundo sabe, né? Criou na roça... Naquele tempo também era tinha que criar as pessoas na roça, diferente de hoje. Criou nós lá descalço, não tinha um calçadinho. Pegou arranjar uns calçadinho depois que cresceu (E1).

Apesar de enfrentar algumas dificuldades, ela e seus nove irmãos (quatro mulheres e cinco homens) tiveram acesso à alimentação através do que produziam na fazenda. O pai era lavrador e a mãe dona de casa, a qual as ensinou a lavar, passar, cozinhar e costurar.

Mas graças a Deus necessidade nós nunca passou. Tinha as coisas pra fazer, para plantar lavoura, colhia, guardava os mantimentos do modo que a era antigamente. Matava o porco pra comer, acabava aquela gordura, matava outro. Aí a gente foi crescendo já aprendeu a ajudar arrumar, arrumava. Fazer quitanda... Nós era tudo trabalhadeira. A minha mãe trabalhava demais, costurava, fazia tudo quanto há. E punha nós pra frente. Nós era quatro moça (E1).

Após essa fase e com os conhecimentos transmitidos pela mãe, E1 começou a trabalhar:

Torrando farinha, fazendo porvilho, lavando roupa, até lenha carregava na cabeça, eu já fiz isso. Eu ia com o machado na mão, tinha uma lenha pra cortar os pau. [...] Nós tinha monjolo d'água. Aqueles monjolo que corta... Conhece? (E1).

Neste momento, E1 descreveu com uma riqueza de detalhes o funcionamento de um monjolo de água que faz farinha. Disse que tem o sonho de poder fazer esse produto novamente, pois não se encontra farinha com a cor, gosto e cheiro como as que eram feitas antigamente.

Nós fazia uma farinha que hoje a gente não vê ninguém que tem igual. [...] Ai que vontade de socar só uma lata de farinha, eu ficava satisfeita (E1).

A produção de farinha era vendida e com o dinheiro arrecadado, os pais de E1 compravam sapato, pano para fazer roupas e outros pertences de uso pessoal.

Vendia. Quando torrava pros outro eles levava o milho, dibulhadinho. [...] Ai socava aquele milho tudo e cobrava o valor da torra. No tempo que eu torrava farinha, minha irmã torrava farinha pros outro, pra nós ganhá dinheiro. Torrava um saco cheio desses branco que vinha, aqueles saco desse tamanho que eles era, né? Torrava ele cheinho de farinha pra ganhá três real. Mas com três real comprava um sapato bonitinho, comprava um pano bonitinho pra fazer vestido. A gente trabalhava pra receber, recebia esses dinheiro. Era assim que a gente vivia. Porque o pai era pobre, não tinha dinheiro pra dar pra gente. Tudo quando a gente vai crescendo a gente gasta mais, não é? (E1).

Outra dificuldade encontrada por E1 e seus irmãos e que era comum para as pessoas que residiam na zona rural, foi o acesso ao estudo. Nas fazendas não havia escolas, nem professores, portanto, aprendeu a ler com um senhor, que segundo ela, não tinha “muita leitura” [sic], mas os ensinou a ler e escrever.

E1 se casou e foi morar em Piumhi, logo depois teve uma filha que, aos três anos de idade faleceu. Emocionou-se ao contar essa fase de sua vida, descreveu também com detalhes todo o processo de adoecimento da filha com as crises, a falta de recursos e de profissionais para diagnosticar a doença da criança.

Passaram-se alguns anos do falecimento da filha e relatou que “pegou uma menina pra criar” [sic], que os pais não tinham condições objetivas de cuidar. Esta menina morou com E1 e seu esposo por aproximadamente 20 anos e teve quatro filhos, que moraram com ela por alguns anos.

Anos depois, o esposo de E1 faleceu, aos 65 anos de idade, em decorrência de problemas cardíacos. Após este período, apenas a filha e os netos ficaram

morando com ela. Pouco tempo depois deste fato, sua filha, ainda jovem, faleceu após sofrer um aneurisma cerebral. Os netos de E1 continuaram morando com ela por alguns anos e hoje a visitam frequentemente e a auxiliam, quando necessário.

Atualmente ela reside sozinha, como mostra sua fala:

Em casa eu vivo sozinha e Deus. Meu marido morreu (E1).

Mas conta com o apoio de familiares e vizinhos, quando necessário. Relatou também que faz todas as atividades em casa sozinha. É ela quem cozinha, lava, passa.

Questionei como estava sua saúde

Ahh... De saúde eu tô assim bem fracassada. [...] Meus órgão por dentro tudo é sadio, eu fiz ali... Eu dei foi câncer... Eu tenho câncer de pele. Eu dei um nódulo aqui. Aí eu precisei operar. Eu operei lá em Divinópolis e fiz radiação depois da operação. Continuo í lá nos retorno com o médico. Lá que eu vou. Dia primeiro de setembro eu tive lá, o Dr. marcou pra mim ir. Mas tô passando bem. E também o que tá me amolando é a perna. Ela é quebrada. Eu caí na rua, pouco na frente, minha perna quebrou bem na junta. Todo mundo tem um negócio na junta, aquele “pursinho”, o osso... E o meu quebrô naquele lugar. Aí médico arrumou minha perna muito bem operada. Coloco um aparelho na minha perna. Eu fiquei até muito boa, graças a Deus (E1).

Ela disse que sua saúde estava “bem fracassada” em decorrência de uma queda que teve na rua e ocasionou uma fratura no osso da perna. Havia passado por uma cirurgia há mais ou menos dois meses. Além disso, faz acompanhamento médico na cidade de Divinópolis-MG em decorrência de um câncer de pele.

De acordo com informações fornecidas pelo Ministério da Saúde, o alto índice de quedas em idosos atingiu dimensão de epidemia. As quedas representam um risco e podem acarretar imobilidade, dependência de cuidadores, e, em alguns casos, levar à morte. Em decorrência disso, o Ministério da Saúde criou a Portaria Nº 3213/2007 para atuar no sentido de prevenir e promover cuidados para evitar quedas e a osteoporose (BRASIL, 2007).

Referindo-se ao tratamento que faz para o câncer de pele e à cirurgia que passou quando quebrou a perna, E1 demonstrou conhecimento acerca do Sistema Único de Saúde (SUS), pois fez os dois tratamentos pela rede pública de saúde.

Quando eu operei a perna, eu ganhei até um aparelho pra colocar na perna. Eu ganhei pelo SUS. E a gente não paga... [...] O médico falou: “se a senhora internar pelo SUS, a senhora num vai pagar nada aqui. Num paga aparelho, num paga nada”. Cê óia se eu podia injeita isso? (E1).

E1 demonstrou conhecimento acerca do SUS, mas não o vê como um direito consolidado na Constituição Federal, e sim como um “presente”, uma doação. Fez referência ao direito da pessoa idosa de ter um acompanhante quando é internada, uma conquista preconizada pelo Estatuto do Idoso:

A pessoa de 60 anos acima tem o direito de ficar um acompanhante com a gente. Pode ser uma pessoa da família. [...] É... O acompanhante. “De 60 anos pra cima a senhora tem o direito”, o médico falou (E1).

Nesta passagem, E1 relatou que é direito dos idosos levar um acompanhante para a internação, como está previsto no Artigo 16 do Capítulo IV “Do Direito à Saúde” Estatuto do Idoso:

Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico (BRASIL, 2003).

Neste momento, observei que o médico a orientou sobre seus direitos como cidadã. Por ela ter idade acima de 60 anos, teve o direito de ficar com um acompanhante durante o tratamento e a internação.

### 1.1.2 Segunda Entrevista

A segunda entrevista aconteceu na mesma data da primeira, no entanto, durou aproximadamente vinte minutos. Apesar de ter me recebido muito amavelmente em sua residência, E2 mostrou-se menos comunicativa, respondeu as perguntas prontamente, mas não entrou em muitos detalhes.

A filha que reside com ela foi quem me recebeu e me encaminhou até a sala da residência. E2 estava no quarto e caminhou até a sala com certa dificuldade, sentou-se próximo a mim muito amável e, em seguida, iniciamos a entrevista.

E2 relatou que nasceu em uma fazenda próxima ao município de Piumhi, mas viveu a vida toda na cidade. Seu pai faleceu quando ela era criança e a mãe precisou sair para trabalhar fora para manter a família.

Ahh... Eu trabalhei muito com lavagem de roupa, com passassão. Quer dizer, desde pequena, desde menina dos sete anos eu fui empregada, né? Eu comecei muito cedo, né? Porque eu não tinha pai, meu pai morreu eu era nova, né? Menina... Muito criança. Então a minha mãe trabalhava assim... Fora. Então ela me deixava assim trabalhando, assim na casa de outras pessoas, né? Mas tudo gente boa. Tudo gente honesta, gente muito boa (E2).

Aos sete anos de idade E2 foi trabalhar como empregada doméstica para auxiliar a mãe nas despesas de casa. E, com o passar dos anos, passou a trabalhar como lavradora na colheita de café, fonte de renda do município até os dias de hoje. Naquela época, não conseguiu conciliar o trabalho com os estudos, parou de estudar no “quarto ano” [sic] e desde então não pôde concluí-los.

Quando questionada sobre sua saúde, relatou que

Graças a Deus tá boa. O que eu sinto é muita dor nas perna, por causa da diabete, né? E também pobrema na vista, né? Que é também por causa de diabete. E eu já fiz cirurgia de catarata, nas duas vista. E depois me deu pobrema que eu tive que fica viajano pra Belo Horizonte, Passos (E2).

Disse que sente dor nas pernas em decorrência do Diabetes, doença que foi diagnosticada quando ela tinha quarenta anos. Em seguida, iniciou o tratamento, com orientações médicas sobre a doença, sintomas e os cuidados que deveria ter. E precisou, portanto, deixar de cozinhar os doces de que tanto gostava

Muitos até nem sabia o que tinha. Não tinha um tratamento direito. [...] Não sabia o que era a doença. [...] Eu mesma não sabia. [...]. Eu tinha quarenta ano. [...]. O médico me perguntou [...] o que que cê acha que pode ser o diabete? E eu não sabia o que responder. Aí ele falou [...] O pobrema é que é açúcar no sangue. O açúcar passa, né? Da conta. Aí ele me perguntou sobre doce. Eu falei... Ahhh... Lá em casa é assim, eu faço um lata de nove litro (E2).

Percebi que E2 tem consciência do seu problema de saúde e por isso segue as orientações médicas e faz o tratamento e acompanhamento necessários. O fato do médico ter explicado a ela o que é o Diabetes e como se tratar é um avanço em termos de saúde pública.

### 1.1.3 Terceira Entrevista

A terceira entrevistada foi E3, a qual se mostrou muito alegre, animada e receptiva. Recebeu-me de forma muito amável na sala de sua residência, local em que foi realizada a entrevista.

Solicitei a ela que contasse um pouco da sua história, onde nasceu, como viveu, etc. Respondeu brevemente que, quando criança, trabalhava na lavoura de milho e, em decorrência disso não pôde aprender a ler. Casou-se e teve doze filhos, porém, apenas cinco estão vivos e dois deles residem com ela.

Neste momento da entrevista, em que perguntei sobre seu passado, relatou que não gostaria de falar das dificuldades que viveu. E completou muito alegre que, quanto mais o tempo passa, mais ela rejuvenesce.

A gente não vai mais recordar disso, vai? Eu tenho um negócio, eu não gosto de recordar o antigo que eu passei com 7 anos, com 6 anos, que eu lembro. Eu não gosto de recordar não. A gente fica chateada, né? Agora o mundo pra mim tá uma maravilha, né? Quanto mais o tempo passa, eu fico mais nova (E3).

Percebi ao longo da entrevista que E3 se sente mais jovem com o passar dos anos, pois tem acesso a determinadas atividades e políticas públicas que não tinha quando era criança.

Relatou ter trabalhado por muito tempo na Igreja Católica Matriz de Piumhi, época em que ficou conhecida por várias pessoas as quais demonstram-lhe um carinho muito grande quando encontram com ela

A E3 invém! Aí muitos amigo de longe fala: Ahhh! Eu vou lá ver ela [...] (E3).

Atualmente faz trabalho voluntário na igreja próxima a sua casa, participa das atividades oferecidas pelo PSF e o que mais a alegrou no último ano foi ter aprendido a ler.

Na bíblia eu já leio uma coisinha. [...] Eu tava fazendo a prova do terceiro ano, né? [...] Aquela bondade que eu tava achando, né? Aprendi a puxar a perninha no a, né? Aí eu parei no terceiro ano por causa da vista, sabe? Não tava enxergando (E3).

No entanto, não estava enxergando muito bem e precisou passar por uma cirurgia de catarata. Neste momento da entrevista, me mostrou seus cadernos com muita alegria e satisfação, sentindo-se orgulhosa pelo fato de ter oitenta anos e ter aprendido a ler e escrever.

Quando perguntei sobre como estava sua saúde, ela respondeu:

Uai bem, graças a Deus... Eu nem sei agradecer a Deus, sabe? Eu to bem graças a Deus de saúde. Eu faço tratamento aqui no nosso postinho aqui, sabe? Até amanhã o Dr. vai tirar os ponto pra mim. [...] Até que eu não reclamo da minha saúde não, sabe? Gosto do relaxamento, gosto de dançar, gosto de gritar... (E3).

O fato de estar mais envolvida nas atividades oferecidas pelo PSF, que denominou como “Postinho” [sic], demonstrou que ela conhece mais o programa que as demais entrevistadas. Novamente percebi a atuação da ESF junto às idosas do município de Piumhi.

#### 1.1.4 Quarta Entrevista

A quarta entrevistada foi E4, a qual, em companhia de sua filha, recebeu-me muito bem. E4 reside com a filha; esta fez várias intervenções completando as palavras da mãe durante a entrevista que teve duração aproximada de 10 minutos. E4 foi rápida e objetiva na sua fala, não se ateve muito aos detalhes.

Relatou que nasceu em uma fazenda, perto de Piumhi, casou-se muito jovem, teve três filhas e ficou viúva aos vinte e cinco anos.

Trabalhou por muito tempo como lavradora em fazendas de café

Capinava roça nas fazenda, mexia com engenho, fazia rapadura, né? (E4).

Após o falecimento prematuro de seu primeiro esposo, ela amasiou-se com outro rapaz e atualmente recebe a pensão por morte deste último.

Quando questionei sobre sua saúde, respondeu

Uai, a saúde minha tá tudo normal, né, filha? (E4).

A filha afirmou que estava tudo bem e completou que E4 faz uso de medicações para labirintite, “pra pressão e um pra cabeça” [sic]. Não soube explicar os tratamentos nem as doenças de E4.

A análise da visão das entrevistadas acerca da atuação do Programa de Saúde da Família de Piumhi será aprofundada no segundo capítulo deste estudo.

## **CAPÍTULO 2**

### **REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE COM ÊNFASE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

## 2.1 Política pública de saúde

Será tomado como dado para este estudo uma descrição de como foi tratada a questão de saúde no Brasil de 1920 a 2011.

É importante ressaltar que a construção da Política de Saúde aconteceu no cenário trabalhado anteriormente, marcado pela industrialização e urbanização do Brasil. Neste novo contexto, a entrada de imigrantes, o crescimento desenfreado nos grandes centros e o despreparo dos industriais em oferecer um espaço de qualidade para os seus trabalhadores, possibilitaram a proliferação de enfermidades e doenças transmissíveis.

No período, o crescimento industrial fez ocorrer intenso movimento migratório do campo para as cidades, que passaram a aglomerar milhões de novos habitantes, sem as mínimas condições de moradia, higiene e infraestrutura básica para as famílias (FRANCO; MERHY, 2007, p. 60).

Os acidentes de trabalho eram frequentes e não existiam leis que regulamentassem ou os respaldassem, além disso

Os operários assim moravam em velhos cortiços, ajuntamentos de famílias em lugares insalubres, nos bairros pobres, trabalhando em ritmo acelerado até dezesseis, dezoito horas por dia, incluídas as mulheres e crianças. Os locais de moradia e as fábricas tornaram-se, então, lugares de propagação de doenças geradas por um lado pelas precárias condições sanitárias e, por outro, pelo ritmo e condições de trabalho, respectivamente (FRANCO; MERHY, 2007, p. 60).

A Lei Eloy Chaves, promulgada em 1923, estabeleceu a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que eram uma forma dos trabalhadores marítimos estarem “protegidos”, desde que contribuíssem com uma determinada quantia dos seus salários. Ainda nesse período, pôde-se perceber a importância, mesmo que pequena e pontual dada às profissões ligadas à exportação, pois o país ainda tinha sua base econômica vinculada à agricultura-exportadora. Posteriormente às CAPs, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que caracterizaram-se pela assistência a diferentes categorias profissionais. A finalidade era a mesma, asseguradas como política global do Estado para a classe trabalhadora (BETTIOL, 2006).

A presença e atuação da classe trabalhadora fizeram-se presente em muitos momentos da história brasileira, por meio de greves e paralisações. A repressão

policial, com autorização estatal, foi veementemente notada nos primeiros momentos da Nova República, em meados da década de 1930.

A história da política pública de saúde no Brasil mescla-se ao movimento de lutas e conquistas evidenciadas ao longo dos anos de 1970, 1980 e 1990. As conquistas vieram acompanhadas de retrocessos, os quais afetaram e afetam diretamente a vida da população usuária dos serviços.

Com o objetivo de repensar a prática em saúde, influências internacionais fizeram-se presentes na conjuntura brasileira como a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde em 1979 no Cazaquistão, a qual reuniu 144 países e teve como produto a Declaração de Alma Ata.

A formulação deste documento levou em consideração a desigualdade social entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, além de entender os cuidados primários de saúde como essenciais para o modelo de ação e superação centrado no binômio saúde-doença. Esses cuidados seguem um modelo ideal de organização com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. E dentro da conjuntura marcada pela recessão econômica do capitalismo, seria necessário que o Estado articulasse propostas de ação de baixo custo para efetivá-las.

Movimentos nacionais, como a Reforma Sanitária, a qual previa amplas mudanças na concepção de saúde-doença contribuíram para uma reformulação no atendimento em saúde no Brasil (DENTI, 2001). Este movimento mobilizou segmentos de toda a população brasileira, profissionais e usuários da saúde, pois perceberam que “A construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política, uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da saúde” (BRAVO, 2007, p. 95).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 também apresentou-se como um marco na ampliação do conceito de saúde, o qual incorporou grande parte das reivindicações do movimento sanitário, dentre elas a politização da saúde, as alterações na norma constitucional e a mudança nas práticas institucionais (BRAVO, 2007).

Este conceito ampliado de saúde, não apenas como ausência de doença, mas sim como qualidade de vida, tem como determinantes a garantia de alimentação, trabalho, moradia, assistência social, educação, transporte, lazer, dentre outros que devem atender a população “intersetorialmente”. Compreendê-los

e estabelecer relação entre eles no cotidiano é superar as dificuldades encontradas no atendimento à população usuária dos serviços de saúde.

A Constituição Federal de 1988 coloca a Saúde como um dos pilares da Seguridade Social e preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto desse movimento de reforma na saúde, regulamentado pela Lei Nº 8080 (Lei Orgânica da Saúde). O SUS, além de prever esses determinantes, traz como princípios e diretrizes a universalidade, a integralidade da assistência, a autonomia e igualdade da assistência, informação, participação, descentralização, integração, utilização da epidemiologia, conjugação dos recursos, capacidade de resolução dos serviços, dentre outros.

O conhecimento e acesso aos serviços públicos oferecidos, dentro da política neoliberal, tornam-se difíceis ou muitas vezes impossíveis de se concretizarem, independente da faixa etária que irá acessá-los.

A visão da saúde como direito conquistado e dever do Estado, efetivado pela Constituição Federal, pelo SUS e outras portarias que regulamentam a saúde, não apareceu na fala das entrevistadas. Isto pode ser notado na fala de E1, a qual precisou operar a perna, quando teve uma queda. Segundo ela, o médico expôs que ela poderia fazer a operação particular ou pelo SUS, e colocou também que ela “ganharia” [sic] um aparelho, necessário para sua reabilitação, como se fosse uma doação e não um direito.

É lá no SUS. Quando eu operei a perna, eu ganhei até um aparelho pra colocar na perna. Eu ganhei pelo SUS. E a gente não paga, [...] O médico falou: a senhora vai... Quer que interna particular ou é pela enfermaria? Eu falei: ó, particular é caro. Na enfermaria a gente não paga[...] Se a senhora internar pelo SUS, a senhora num vai pagar nada aqui. Num paga aparelho, num paga nada. Cê óia se eu podia injeitá isso? Nem que fosse meia cá, meia lá... Dentro do Hospital, se eu num fosse bem tratada eu tinha que aceitá. [...] (E1).

Além disso, as pessoas se “assustam” por serem bem atendidas, acolhidas pelos profissionais de saúde.

Uai... [...] E eu num sabia que ele me conhecia. Cheguei lá ele falou meu nome. Pensei: Uai, mas eu nunca consurtei com esse médico. Quando é fé ele falou o nome do meu marido. Aí eu fui e falei: Cê me conhece? Cê me tratou pelo nome. Ele falou: Conheço. [...] Aí eu falei: Eu vim fazer uma consulta com o senhor (E1).

A acolhida pelos profissionais de saúde é um fator importante para a qualidade do serviço. Chamar pelo nome, falar e ouvir com atenção, explicar sobre os determinantes da saúde, como direito conquistado. A precarização e a prática rotineira ocasionam este descaso nos atendimentos. São muitas pessoas para serem atendidas e poucos profissionais para atendê-las.

Uma nova estratégia em saúde introduzida no início da década de 1990 foi o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, por meio de influências internacionais, foi introduzido o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma alternativa de ação do Ministério da Saúde objetivando fortalecer a atenção primária, indo além de um programa verticalizado/centralizado. Alguns exemplos internacionais de trabalho que influenciaram a implantação deste programa no Brasil foram:

- Canadá: país que teve uma formação médica diferenciada, com a atuação de uma equipe multiprofissional;
- Cuba: a Revolução Cubana (1959) definiu um novo cenário na saúde do país, com a valorização da medicina de família e preventiva.

Assim, como uma inovação, o governo propôs a criação da Equipe de Saúde da Família (ESF) que deveria trabalhar em consonância com os princípios básicos do SUS, além de reafirmá-los: universalização do acesso, descentralização político-administrativa, integralidade das ações e participação e envolvimento da comunidade (BETTIOL, 2006).

A Portaria Nº 648/ 2006 foi criada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de revisar o trabalho do Programa de Saúde da Família que teve amplitude nacional. A partir dessa revisão, o programa passou a ser uma estratégia para reorganizar a atenção básica através da atuação das ESFs.

As ESFs, portanto, devem ser responsáveis pela atenção à saúde de todas as pessoas que estiverem em sua área de abrangência, inclusive as idosas, sujeitas desta pesquisa. Para tanto devem buscar sempre o máximo de autonomia dos usuários frente as suas necessidades, propiciando, conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida dos mesmos (BETTIOL, 2006).

O trabalho das equipes de saúde da família tem se mostrado uma estratégia para o enfrentamento de várias questões referentes à saúde que surgem no

cotidiano da população, inclusive relacionadas ao processo de envelhecimento, pois foi criado com o objetivo de mudar a visão do atendimento em saúde.

E para que esta mudança aconteça, é necessário que os profissionais que atuam dentro dessas equipes de saúde mudem a forma de olhar e cuidar das pessoas que buscam esses serviços.

Os trabalhadores de saúde, incluindo o médico, podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais. Para que isto ocorra, entendemos que será necessário constituir uma nova ética entre estes mesmos profissionais, baseada no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde (FRANCO; MERHY, 2007, p. 83).

A atenção básica, com ênfase na “Saúde da Família”, apresenta-se como uma forma de ação e atendimento à saúde, trabalho que requer dos profissionais desta área, olhar atento e universal para a população circunscrita em determinado território.

A estratégia de saúde da família visa à reorganização da Atenção Básica de Saúde no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;
- [...]
- Ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006d, p. 12).

Em concordância com a Portaria Nº 648/ 2006, o trabalho voltado para a “Saúde da Família”, incluindo a “Saúde do Idoso” visa proporcionar um espaço de construção de cidadania e efetivação de direitos, dentre eles o acesso aos serviços de saúde.

## **2.2 O Programa de Saúde da Família na ótica da pessoa idosa**

As perguntas realizadas às entrevistadas sobre a atuação do Programa de Saúde da Família estiveram relacionadas a:

- Conhecimento que as idosas têm do Programa de Saúde da Família;
- Se a equipe vai até a residência delas;

- Opinião sobre o atendimento recebido;
- Sugestão ou proposta para melhorar o atendimento.

Quando questionada se sabia o que era o PSF, E1, inicialmente, demonstrou desconhecer. Mas na mesma fala, relatou sobre “as moça” [sic], as agentes comunitárias de saúde que vão até a casa dela, perguntam se está bem, se precisa de alguma coisa. As agentes de saúde são as responsáveis por realizar as visitas domiciliares todos os meses às famílias circunscritas na área de abrangência do PSF.

O que que faz eu não sei. A T<sup>3</sup> é enfermeira. É só o que eu sei, mas ela faz os curativo, ela óia o povo lá, né? [...] Lá tudo é estranho pra mim aquelas moça... Eu num conheço não. As coisa que a T. cuida. A moça cuida de outro tipo. Mas também do mesmo modo, né? Tem uma menina lá que vem aqui todo mês. É obrigado a vim, né? Vem aqui. Eu peço pra ela trazer... Eu tomo Captopril... É bom pra pressão. Ontem a T. me deu lá que o daqui tá acabando. Aí a menina trais pra mim... Eu falo: “Ó, pode trazer Captopril que tá acabano”. Ela vem e trais. Ela vem e pergunta assim o que que eu to sentindo, se vai tudo bem. Se eu tiver sentindo alguma coisa eu conto pra ela, ela escuta. É isso que es faiz lá, né? De certo um sai pruma rua, outro pra outra. Ou prum quarteirão, outra sai pra outro. Sai perguntano e visitano as pessoas pra saber se tem doente, como é que tá, as veis tá precisano deles, né? É isso (E1).

E2 demonstrou familiaridade com o programa, mas mesmo assim questionou se era o que estava pensando.

Postinho ali do centro, [...] Eu fui lá acho que uma vez ou duas, foi tratamento de que que eu fui? Foi tratamento do intestino. [...] Eu fui lá, fui muito bem recebida, me trataram bem. O médico que me atendeu também me tratou muito bem; e assim pra remédio também tão muito assim pra dar os remédio, né? [...] (E2).

E3 demonstrou ter mais conhecimento sobre o programa que as demais entrevistadas, mas desconhece o trabalho que é desenvolvido pela equipe, citou apenas as agentes de saúde

Ahh... Das menina lá? Ahh... Conheço sim [...] Elas são umas menina muito boa, educada, trata a gente muito bem... É graças a Deus (E3).

---

<sup>3</sup> T. é enfermeira do PSF “José Martins”.

E2 também relatou que “as menina”, as agentes de saúde, vão até a residência dela, mas desconhece o objetivo da visita das agentes e a finalidade do programa.

Vem umas menina, né? [...] Eu não sei se foi mês passado que elas vieram aqui (E2).

A filha de E4 que estava presente no momento da entrevista interveio dizendo que quando precisam, leva a mãe até o “Postinho”. E colocou que E4 assim como ela, participam das atividades físicas oferecidas pelo PSF. E4, portanto demonstrou não conhecer os objetivos do programa.

O trabalho das ESFs não é visto como um direito, como uma responsabilidade do poder público em oferecer uma equipe formada e capacitada para trabalhar diretamente com a população.

Não, isso eu não tem porque, como que eu vou falar... É... A gente quando precisa é bem atendida, né? E eles é muito educado, as menina trata a gente muito bem; o médico de lá também, como eu to falano, me trata muito bem, me dá remédio [...] Então não posso queixá (E2).

E por fim, quando indagadas sobre como avaliam a saúde pública atual todas, sem exceção, vêm como muito melhor que quando eram mais jovens.

Era difícil. Ih! Minha filha era muito difícil [...] A gente morava na roça lá num tinha médico, né? [...] (E4).

Ahh... Melhor... Melhor muito. Porque de primeiro não tinha nem posto, né? De primeiro que eu me lembro, eu não lembro de tê posto aqui quando eu era nova, assim... É... Eu nem posso falá quando que começô esse negócio de posto, né? Porque eu lembro assim quando eu ia no posto, que tinha que ir lá em cima era bem longe, né? (E2).

Hoje é mais fácil, né? Hoje eu acho mais fácil, né? De primeiro era muito mais difícil... A gente ia no médico tava nas uritima, né? Agora é bem mais controlado. Graças a Deus (E3).

Tá mais boa. O povo pobre não podia pagar e nem consultava porque num tinha dinheiro, né? O médico num atendia sem dinheiro. Hoje o governo abriu essa lei que foi uma coisa muito boa. Porque a gente vê aí tanto pobre tratano, leva as criança, as mulher grávida, vai lá, mede pressão. Sabe como que ela vai vive, o que que ela vai comer. Como que ela vai passá ou o que faz bem pro fio que ela tá gerano, né? (E1).

E2 acrescentou a dificuldade que tinha em ir até o antigo Posto, pela distância

Pois é... A gente saia daqui quase que cinco horas pra ir lá de manhã cedo. E depois tinha aquele outro ali ó, perto da cadeia ali. Que eu passei ali também. E tinha outro, onde que tinha o outro que a gente ia? Eu não to lembrada, mas o que a gente ia mesmo era lá encima, depois passou... (E2).

Com a descentralização e com a criação da lei acerca da abrangência do PSF, o serviço ficou mais acessível. Pela observação feita por E2 e de acordo com a legislação

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 1997).

Antes de finalizar as entrevistas, solicitei a elas sugestões para melhorar a saúde das pessoas idosas e daquelas que passarão pelo processo de envelhecimento, por meio da intervenção do PSF. E4 relatou que caminha e faz atividades oferecidas pelo programa no qual está inscrita.

E3 relatou que uma alimentação saudável, assim como existia antigamente, pode contribuir para a qualidade de vida do idoso e deu como exemplo sua própria experiência.

Alimentava bem. Naquela época não usava adubo, né? As coisas era muito mais pura, né? [...] A gente tem que pensar que o idoso, assim na idade que tá a minha precisa tê um alimento mais forte. Porque quando eu tô alimentando assim, bem assim de três em três horas eu sinto bem, entendeu? Aí tano alimentado a gente tem mais disposição, né? (E3).

E1 colocou que para melhorar a saúde dos idosos, por intermédio da intervenção do PSF, os usuários devem se organizar e reclamar, propor mudanças e melhorias. A participação seria a melhor alternativa, segundo ela, para a efetividade do programa.

Uai minha fia, uma sugestão é... A gente num sabe o que farta lá, né? [...] Reuni se tiver precisano, fazer um pedido, reclama, cê num acha? É isso,

num é? [...] Eu num posso fala nada que eles me atende certinho. Muitos acha ruim. Aí tem que recrama, num tem? É o que eu acho (E1).

Enfim, a atenção básica deve ser fortalecida com objetivo de assumir a saúde da família como estratégia prioritária, consolidando-a e qualificando-a também nos pequenos municípios. Promovendo a qualificação profissional. Garantindo a infraestrutura necessária às Unidades do Programa de Saúde da Família. Estando as três esferas de governo responsáveis pelo financiamento, e pelo processo de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006b).

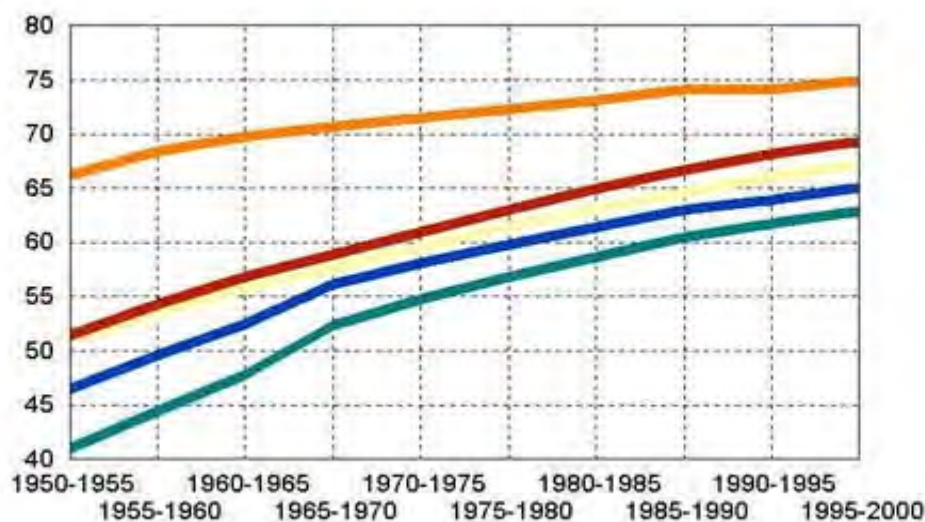
**CAPÍTULO 3**  
**PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

### 3.1 Envelhecer

Compreendo que a ideologia da velhice é elemento fundamental à reprodução das relações capitalistas na medida em que a produção das relações capitalistas implica a reprodução de idéias, valores, princípios e doutrinas, o conjunto de representações sobre a etapa final da vida humana é organizado segundo as determinações básicas do modo capitalista de produção (HADDAD, 1986, p. 16).

A humanidade nunca viveu tanto como se tem observado nos últimos anos e nas projeções futuras acerca da expectativa de vida. Em séculos passados, uma pessoa com 40 anos era considerada velha, e fazendo um breve retorno a outras épocas como no Império Romano e na Grécia Antiga, a idade média das pessoas era em torno de 25 anos; no século XVII alterou-se para 30 anos e ao longo dos séculos esta expectativa de vida aumentou para mais 20 anos, como pode ser observado através do gráfico abaixo:

**Gráfico 2 - Expectativa de Vida em Anos**



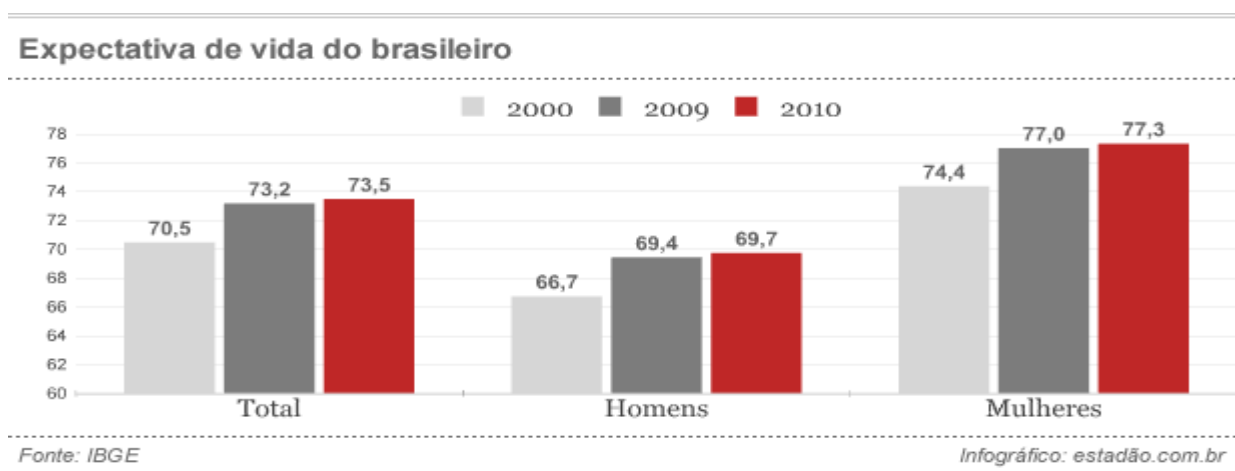
**Azul:** Mundo    **Marrom:** América Latina    **Vermelho:** Países mais desenvolvidos  
**Verde:** Países menos desenvolvidos    **Amarelo:** Brasil

Fonte: ONU apud Belsário, 2002, on line.

Em algumas sociedades mais primitivas, a velhice era valorizada a partir da capacidade física das pessoas, ou seja, os homens que se mantivessem mais vigorosos tinham mais visibilidade social. Nas oligarquias gregas do século II a. C., o envelhecimento era algo temido, no entanto, havia demonstrações de respeito pelos velhos estadistas e filósofos. Na Idade Média (500-1500 a.C.), foi dada grande importância à higiene pessoal, à Medicina, que contribuiu para o aumento na expectativa de vida das pessoas. Já no final do século XVIII, início do XIX, os idosos eram pouco numerosos, tinham vida árdua e contavam com a solidariedade da família ou com a caridade pública para sobreviverem (LEME, 1996).

Atualmente a expectativa de vida aproximada para países desenvolvidos é de 76 anos (ALBUQUERQUE, 2008). No Brasil a expectativa estimada em 2010, de acordo com o gráfico, foi de: 77,3 anos para as mulheres; 69,7 para os homens.

**Gráfico 3 – Expectativa de vida do brasileiro**



Fonte: IBGE apud EXPECTATIVA..., 2011, online.

Alguns eventos que contribuíram para este aumento foram a redução da mortalidade infantil e das taxas de fertilidade e a introdução de novas tecnologias na área de cuidados médicos (BOARETTO; HEIMANN, 2003). A partir desta nova realidade, verificou-se a necessidade da implantação de políticas públicas que subsidiassem serviços e programas para atendimento a esta demanda, pois foi “[...] num contexto historicamente específico, caracterizado pelo aumento percentual do número de idosos que os velhos passam a ser objeto de preocupação crescente nas sociedades capitalistas” (HADDAD, 1986, p. 37).

Segundo especialistas, a América Latina está passando por uma transição demográfica desde 1950, a qual seguirá até aproximadamente 2050, de forma diferenciada em cada país que compõe esta região (ALBUQUERQUE, 2008).

Especificamente no contexto brasileiro existe uma contradição, na qual o aumento no número de idosos não está associado à melhoria na qualidade de vida dos mesmos. Isto ocorre em virtude da política neoliberal que marca a conjuntura nacional com a minimização de políticas sociais, a redução de gastos públicos e o aumento das privatizações, provocando descaso no atendimento e na efetivação dos direitos da população.

As contradições inerentes ao modo de produção capitalista marcaram a sociedade brasileira desde meados da década de 1920 com a expansão da industrialização no país, fenômeno que trouxe contradições na esfera econômica, política e social. Com a industrialização e consequente expansão urbana, essas contradições ficaram evidentes, dentre elas a relação entre restrição e expansão de direitos.

Para suas necessidades de ensino e cultura ficarão, basicamente, na dependência de iniciativas próprias ou da caridade e filantropia. Numa sociedade civil marcada pelo patrimonialismo, onde apenas contam fortuna e linhagem, serão considerados – quando muito – cidadãos de segunda linha, com direito apenas à resignação (IAMAMOTO; CARVALHO, 1990, p.132).

No país, a busca e a luta para conquistar esses direitos dentro deste novo cenário, no país, fizeram com que a classe trabalhadora – alguns, idosos hoje – buscasse melhorar as condições de trabalho e qualidade de vida, colocando este palco de contradições em cena. Sabe-se que as conquistas não foram fáceis, marcadas por períodos ditatoriais, a Era Vargas (1930-1945) e a Ditadura Militar (1964-1985), mas pode-se dizer que elas estão presentes nas políticas públicas que os brasileiros usufruem em seu cotidiano, seja em se tratando da Educação, da Previdência Social, da Saúde e de outras previstas na Constituição Federal promulgada em 1988. Em outro momento, ainda neste estudo, aprofundarei melhor o estudo das mudanças ocorridas no Brasil no início do século XX.

Esta breve abordagem da história brasileira contribui para entender o porquê da “contradição” no que se refere ao aumento do número de idosos, mas sem melhoria na qualidade de vida dos mesmos. Grande parte das conquistas não foram

efetivadas e não são vivenciadas pelos brasileiros de forma acessível. O modo de produção capitalista e regime neoliberal, os quais prezam pelo individualismo e pela restrição de direitos, não permitem que o processo de envelhecimento seja vivenciado positivamente por toda a população.

Usualmente o envelhecer individual é visto como fruto da passagem do tempo, com aumento da idade pessoal, pois o indivíduo envelhece à medida que sua idade aumenta. E a população (sujeito coletivo) envelhece à medida que aumenta a idade média das pessoas que a compõem (ALBUQUERQUE, 2008). Definir a velhice é algo que tem sido motivo de estudo e tem movimentado os especialistas nessa área, gerontólogos e geriatras.

Eneida Haddad (1986), em seu livro *“Ideologia da Velhice”*, trouxe as concepções de alguns geriatras a respeito da velhice: um estado de ânimo, um período vulnerável, além de ser um processo de mudanças físicas; uma fase normal da vida humana, um processo individual com amplas variações e velhice como o último de três estágios da vida humana.

Anos mais tarde, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) compreendeu o envelhecimento como

[...] sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente aos estresses do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS apud LEBRÃO; DUARTE, 2007, p. 191).

Levando em consideração as concepções acima, percebe-se que elas têm em comum o fato de interpretarem a velhice como um processo, portanto acompanhado de mudanças inicialmente físicas no corpo, no rosto, na pele, na fala, certamente de maneira contínua e é essa continuidade que faz com que as pessoas não percebam o envelhecimento. Este sinal da velhice visto como algo externo é mais fácil de ser notado no outro. Além disso, é difícil os sujeitos internalizarem que o tempo passou e que também envelheceram e fazem parte deste processo.

A “identidade social” de velho aparece como uma categoria explicativa e válida para classificar os idosos em geral (MERCADANTE, 2003). Entretanto, essa identidade não é observada na maior parte deles, pois estes não se sentem incluídos na “terceira idade”.

O envelhecimento é uma experiência que todas as pessoas vivenciam, pois acontece a cada dia, a cada momento, a cada segundo e “[...] saber envelhecer é uma parte da vida, é uma arte” (HADDAD, 1986, p. 34). Independente de marcos cronológicos específicos é irreversível, como afirma OPAS (apud LEBRÃO; DUARTE, 2007), mesmo que algumas pessoas queiram retardá-lo ou evitá-lo.

No entanto, para desconstruir a velhice como uma categoria, segundo Featherstone (MERCADANTE, 2003), levam-se em conta três fatores: a pesquisa científica e tecnológica na descoberta das questões do envelhecimento, o aumento demográfico dos idosos que aponta crescimento do poder político dos mesmos e as novas gerações que envelhecem e levarão seus valores para a velhice.

Com relação ao primeiro fator, a pesquisa sobre o envelhecimento no Brasil cresceu principalmente na década de 1960, com a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, com forte influência européia e norte americana (LEME, 1996). As pesquisas desenvolvidas ao longo dos anos objetivavam descobrir como prolongar a vida humana. Atualmente as pesquisas na área do envelhecimento humano são realizadas tanto pelas Ciências Sociais e Humanas quanto pela área Biomédica e Saúde Pública, cada uma com o enfoque que lhes é peculiar.

Para compreender a participação política dos idosos na sociedade atual, outro ponto advindo com o crescimento deste segmento etário, faz-se necessário um retorno às décadas anteriores, marcadas pelas ditaduras, manifestações e participações dos movimentos sociais no cenário nacional.

A geração de jovens hoje convive com outra realidade, outro contexto nacional, no qual existe uma Constituição Federal que atende melhor os interesses dos cidadãos, que define Políticas Públicas, a quem elas se destinam, quem deve gestá-las e como efetivá-las. Mas apesar de existirem, são políticas, em sua maioria, que não saem do papel.

Algumas limitações físicas, sociais, biológicas ou cognitivas se tornam presentes no cotidiano da pessoa que envelhece e contribuem, portanto, para um obscurecimento da velhice. Essa fase passa a ser vista por familiares e até mesmo pelos próprios idosos como sinônimo de doença.

Nesse movimento contraditório, existem pontos positivos e negativos acerca da velhice: os primeiros por considerarem-na uma fase em que os indivíduos conquistam experiência de vida. Já os segundos enfocam os aspectos biológicos, nos quais o corpo envelhece e padece com a passagem do tempo.

O tema da velhice, enquanto fase em que deficiências assolam o indivíduo, repete-se em todas as épocas e, apesar das elaborações culturais a que a velhice está sujeita, essa concepção se mantém enquanto um fato que transcende a História. A permanência da idéia de declínio e, portanto, de fase difícil e negativa é fundamental para que possamos compreender por que, ainda hoje, o envelhecimento é temido (TRINDADE; BRUNS, 2007, p. 37).

A cultura de cada país e de cada região é fator importante para compreender como a velhice é vista em determinadas sociedades. Na maioria dos países orientais, os idosos são reconhecidos como possuidores de grande sabedoria, e, portanto merecedores de respeito, acolhimento e cuidado (DÁTILO; HORIGUELA, 2007).

Na tradição japonesa, que vigora até hoje em alguns grupos de imigrantes no Brasil, cabe ao filho mais velho amparar os pais idosos. Isso faz da nora uma figura central nas relações que se definem mais como dever do que de reciprocidade ou escolha. Entre os sherpas do Nepal, o filho mais jovem deve permanecer na casa paterna para cuidar dos pais e, por isso, tem direito ao dobro da herança dos outros irmãos (DÁTILO; HORIGUELA, 2007, p.147).

Já em culturas ocidentais como a brasileira, marcadas pela valorização do novo e do economicamente produtivo, os idosos enfrentam preconceitos, sofrem violências física e psicológica, e em alguns casos, são negligenciados por seus cuidadores. Entende-se por cuidadores aqueles que cuidam, auxiliam, podendo ser realizado de três formas: informalmente, por leigos, familiares, amigos e voluntários; formalmente, por profissionais que exercem o cuidado no lar ou por instituições (GRAY apud TORRES; SÉ; QUEROZ, 2009). A velhice ainda é tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais.

A História revela-nos que o envelhecimento na cultura ocidental sempre foi, em maior ou menor grau, representado prioritariamente de modo negativo, estando a ele vinculadas idéias de decadência, sujeira, cegueira, pobreza, iminência de morte. Mesmo quando pessoas mais velhas possuíam algum prestígio, era devido muito mais a sua posição social e econômica do que ao fato de serem pessoas idosas (TRINDADE; BRUNS, 2007, p. 40).

O preconceito está muito presente na sociedade brasileira por parte das pessoas de diferentes gerações e até mesmo pelos próprios idosos, que não aceitam as mudanças que ocorrem no corpo, principalmente físicas, e recorrem à medicina para evitar ou retardar esse processo inevitável.

Piadas correntes, assim como observações sobre e dos próprios idosos costumam estar carregadas de imagens negativas da velhice, associadas a enfermidades e ao declínio físico e mental irreversível, à perda da autonomia e ao aumento da dependência (NERI; BORN; GRESPAN; MEDEIROS, 2009, p. 25).

Além disso, há uma intolerância intergeracional, pois o modelo social ideológico de produtividade, beleza e força não considera estas características inerentes a este segmento etário. Nestes casos, os familiares, sobretudo os mais jovens, já não “escutam” mais os idosos e a morte acaba sendo um alívio tanto para o idoso como para a família.

Ao longo dos anos, debates e discussões aconteceram mundialmente, os quais subsidiaram a criação e a implementação de políticas para este segmento muitas vezes “esquecido” no cenário nacional, talvez por não representarem ainda um número considerável, embora crescente como se observa nos estudos demográficos atuais.

Algumas conquistas referentes às legislações como a promulgação do Estatuto do Idoso (Lei Nº 10.741/03), da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSI (Portaria Nº 2528/06) dentre outras, são inegáveis e contribuem para a defesa dos direitos dos idosos, dando maior visibilidade a este segmento nos últimos tempos.

### **3.2 Viver mais?**

Na verdade, a velhice comporta considerável variabilidade interindividual e abrange um período que pode ser muito longo, no decorrer do qual as limitações e a fragilidade tendem a aumentar, o que faz dos velhos-jovens um grupo muito diferente dos velhos-velhos (NERI; BORN; GRESPAN; MEDEIROS, 2009, p. 20).

As terminologias “velhos-jovens” e “velhos-velhos” são usadas para classificar as pessoas com idade acima de 60 anos, os idosos. Como foi abordado, o envelhecimento é um processo vivenciado pelas pessoas de formas diferentes. Portanto, cronologicamente falando, existem idosos da faixa etária de 60 a 80 anos, os “velhos-jovens”, os quais muitas vezes ainda estão inseridos no mercado de trabalho. E aqueles “velhos-velhos”, como citação acima, aqueles “muito idosos”, os quais podem apresentar mais limitações físicas que os idosos “mais jovens” (NERI; BORN; GRESPAN; MEDEIROS, 2009).

O cuidado destinado ao grupo dos “muito idosos”, faixa etária escolhida para a realização da presente pesquisa, passa a ser mais intenso, pois apresentam certas fragilidades que antes não tinham. Estudos comprovam que o primeiro cuidado despendido ao idoso é realizado pelos familiares mais próximos, cônjuges ou filhos (as), majoritariamente desempenhado pelas mulheres, esposas e filhas (BOARETTO; HEIMANN, 2003). Além do grau de parentesco e do gênero, outro ponto determinante para o desenvolvimento do cuidado é a relação de afinidade e afeto que foi estabelecido com seu provável cuidador ao longo da vida, quando este é um familiar.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

No entanto, com as novas configurações familiares e a saída das mulheres para o mercado de trabalho, quem cuida desses idosos? Qual o respaldo que o Estado oferece a essas famílias? Envelhecer em casa, junto com os familiares e, acima de tudo, com acesso a políticas públicas de saúde, lazer, educação, trabalho é um desafio da atualidade.

A busca por políticas públicas e profissionais especializadas para atender a esta demanda apresenta-se urgente.

Para os *idosos muito idosos*, a pauperização, a passividade e a dependência marcaram a experiência de envelhecimento. As formas inovadoras de moradia e de associações são limitadas para esse grupo, e a precariedade das políticas públicas a ele destinada faz com que o peso de sua situação recaia nos ombros dos filhos e parentes (DEBERT, 1999, p. 94, grifo do autor).

Estas dificuldades que assolam as famílias e o medo que as pessoas têm de envelhecer e se tornarem um “fardo” para seus familiares contribuem para a visão de que esta é uma fase ruim e por isso deve ser evitada ou retardada, como pode ser observado na fala de E3:

Mas eu não quero ficar uma velha assim, caducando, fazendo xixi na roupa. [Risos]. Deus tem dó de mim. Não deixa eu caducar não. Credo! [Risos] Não é mesmo? (E3).

Pesquisas relacionando envelhecimento e gênero comprovam que as mulheres vivem mais que os homens, porém viver mais não é sinônimo de viver melhor na atual conjuntura brasileira. Apesar de viverem mais anos que os homens, as mulheres acumulam ao longo da vida situações que trazem consequências como violência intra-familiar, preconceito, exclusão no mercado de trabalho (NERI, A. 2007).

Neri, A. (2007) trouxeram que a história brasileira relacionada à inserção precária e preconceituosa das mulheres no mercado de trabalho com salários inferiores e jornadas de trabalho extensas contribuem para o aparecimento de doenças crônicas como osteoporose, artrite, artrose, dentre outras que afetam mais as mulheres idosas.

Berzins (2003) completou que a alta incidência de mulheres idosas acontece também pela proteção natural do hormônio estrógeno, pela postura diferente em relação à saúde/doença e pela inserção diferente no mercado de trabalho. Para Veras et al (1987) as mulheres vivem mais em decorrência da diferença na exposição de riscos; diferença no consumo de álcool e tabaco; o fato delas utilizarem mais os serviços de saúde, como forma de prevenção de doenças e a mortalidade materna no momento do parto ter reduzido muito nos últimos anos. É o que pode ser observado na fala de E1

Hoje o governo abriu essa lei que foi uma coisa muito boa. Porque a gente vê aí tanto pobre tratano, leva as criança, as mulher grávida, vai lá, mede pressão. Sabe como que ela vai vivê, o que que ela vai comer. Como que ela vai passá ou o que faiz bem pro fio que ela tá gerano, né? (E1).

E1 relatou que hoje as legislações que regulamentam a saúde auxiliaram na prevenção e no cuidado às gestantes e às crianças recém-nascidas. Este fato revela algo positivo, pois desde os primórdios do século XX, as mulheres eram atendidas nos serviços de saúde visando o cuidado com a criança e, consequentemente evitando a mortalidade infantil (NERI, A. 2007). Já na segunda metade deste mesmo século, o cuidado com a mulher revelou uma característica diferente, valorizando o acompanhamento pré-natal, realizado durante a gravidez, cultivando o dever de ser mãe, mas evitando a possibilidade do elevado número de filhos, que poderia atrapalhar a inserção das mulheres no mercado de trabalho.

Pelo fato das mulheres viverem mais que os homens, a incidência de depressão, doença psiquiátrica, é mais comum entre elas. Por viverem mais, tendem a ficar mais sozinhas e a conviver com as perdas de filhos, cônjuges e amigos.

A entrevistada E1, diferente das demais, reside sozinha e conviveu com várias perdas ao longo dos anos. Primeiramente sua filha biológica, faleceu ainda criança, por falta de recursos e desconhecimento de tratamentos e prevenção de doenças. Segundo E1, possivelmente a filha faleceu em decorrência de paralisia infantil, que não foi diagnosticada na época. Posteriormente, adotou uma criança, que ainda jovem faleceu e seu esposo que faleceu aos 65 anos, assim que aposentou por invalidez.

Já E2 relatou que reside com a filha; E3 e E4 residem pelo menos com um dos filhos, mas também conviveram com perdas dos maridos, que faleceram e de filhos que saíram de casa.

### 3.2.1 Idosos de Piumhi

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), a população idosa de Piumhi, dividida em faixas etárias, está estimada em:

**Tabela 2 – Número de homens idosos do município de Piumhi-MG**

| <b>HOMENS</b>       |               |
|---------------------|---------------|
| <b>Idade</b>        | <b>Número</b> |
| <b>60 a 64 anos</b> | 608           |
| <b>65 a 69 anos</b> | 467           |
| <b>70 a 74 anos</b> | 339           |
| <b>75 a 79 anos</b> | 284           |
| <b>80 a 84 anos</b> | 156           |
| <b>85 a 89 anos</b> | 73            |
| <b>90 a 94 anos</b> | 21            |
| <b>95 a 99 anos</b> | 13            |
| <b>100 ou mais</b>  | 1             |

Fonte: Dados extraídos de INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010, on line.

**Tabela 3 – Número de mulheres idosas do município de Piumhi-MG**

| <b>MULHERES</b>     |               |
|---------------------|---------------|
| <b>Idade</b>        | <b>Número</b> |
| <b>60 a 64 anos</b> | <b>668</b>    |
| <b>65 a 69 anos</b> | <b>509</b>    |
| <b>70 a 74 anos</b> | <b>446</b>    |
| <b>75 a 79 anos</b> | <b>308</b>    |
| <b>80 a 84 anos</b> | <b>233</b>    |
| <b>85 a 89 anos</b> | <b>108</b>    |
| <b>90 a 94 anos</b> | <b>49</b>     |
| <b>95 a 99 anos</b> | <b>6</b>      |
| <b>100 ou mais</b>  | <b>3</b>      |

Fonte: Dados extraídos de INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010, on line.

O número de mulheres idosas é superior em relação ao de homens em todas as faixas etárias representadas pelas tabelas 1 e 2, o que condiz com as pesquisas relacionadas à maior expectativa de vida da mulher.

Os idosos de Piumhi cadastrados e atendidos pelo PSF participam de atividades físicas, como pôde ser analisado no início deste estudo e retomado nesta fala da coordenadora do programa.

E de um modo geral, dentro das equipes, nós temos dentro de todas as equipes de PSF o fisioterapeuta que faz um atendimento preventivo junto com essa população, no mínimo duas vezes por semana na primeira hora de atividade do PSF às 07:00horas, eles fazem atividades físicas, alongamentos, relaxamentos, caminhada, às vezes fazem ioga, né? No mínimo duas vezes por semana. Então é hora dessa atividade física de socialização, e esse profissional fisioterapeuta também faz atendimento domiciliar (Coordenadora).

Além dessas atividades físicas oferecidas pelo PSF, são realizados esporadicamente, grupos reflexivos com discussões sobre prevenção de doenças, alimentação saudável para os idosos que têm maior disponibilidade de participar.

Temos esporadicamente esses grupos de alguns PSFs, tipo assim, com um profissional ligado como se fosse uma T.O (terapia ocupacional). Eles tem aquelas oficinas o pessoal faz aquelas discussões sobre questões

problemáticas, conflitos [...] E nós tivemos até o ano passado grupos sistemáticos, seriam aqueles de prevenção aos agravos não transmissíveis. Então são trabalhados a questão da dieta saudável, o incentivo a prática de atividade física. Então a prevenção das doenças cardiovasculares, diabetes, que voltado praticamente para esses grupos que são as pessoas que tem a maior disponibilidade de tempo, de participar de atividades durante o dia (Coordenadora).

Existe também um Centro de Convivência do Idoso que está vinculado ao Departamento de Assistência Social o qual desenvolve atividades para os idosos de todo o município. No entanto, não é objetivo da pesquisa aprofundar no trabalho deste serviço.

### **3.3 Legislação: segurança de uma velhice tranquila?**

As conquistas no campo legislativo dizem respeito ao processo de industrialização no Brasil, em meados de 1920 e, conseqüentemente com o início da urbanização. Grande parte da população residente na área rural migrou para as cidades e foi inserida neste novo modo de trabalho. Além desta, imigrantes europeus adentraram as fronteiras brasileiras para “tentar a sorte” em uma realidade diferente. O Brasil, de país agrário-exportador passou a ter na industrialização um novo modelo de crescimento e desenvolvimento econômico vislumbrado pelo Estado que governou o país nos anos subsequentes.

A Revolução de 1930 foi um marco para esta mudança de direcionamentos não apenas econômicos como políticos e, principalmente, sociais. O populismo e o nacionalismo exacerbados de Getúlio Vargas, presidente que governou o país após a revolução, estiveram presentes neste novo cenário. Para preencher o mercado de trabalho interno em expansão, mulheres e crianças foram inseridas nas fábricas. Esta inserção aconteceu de forma desordenada, sem qualquer apoio a essas famílias. Os baixos salários não permitiam que apenas os homens trabalhassem. Como sustentariam seus filhos e suas esposas recebendo valores tão insignificantes? As “contradições”, sobre as quais se falava anteriormente, estavam presentes nesse contexto.

Diante dessas mudanças, marcada pela exploração e acumulação capitalista, a classe trabalhadora passou a reivindicar melhores condições de trabalho e salário. Para se manter no governo, Vargas criou legislações sociais que regulamentassem o trabalho nas fábricas, criou o Ministério do Trabalho e implantou o salário mínimo.

Todas estas conquistas, fruto das manifestações dos trabalhadores, eram vistas como concessões do Estado “bom” e paternalista para consolidar ainda mais seu poder.

A centralização na tomada de decisões e a subordinação do trabalhador em relação da burocracia estatal no controle das entidades revelam procedimentos de inspiração fortemente varguista [...] entre 1946 e 1964, como estratégia de aquisição e consolidação de poder (PELLEGRINI; JUNQUEIRA, 1996, p. 377).

Nos anos subsequentes, outros presidentes governaram o Brasil e melhorias “tímidas” aconteceram no campo das políticas sociais.

Ao final da ditadura militar, período de 1964 a 1985, a sociedade se organizou e propôs mudanças no cenário político e social do país. A promulgação da Constituição vigente foi um marco da participação popular, da descentralização, garantia de direitos civis, políticos e sociais.

O texto constitucional agregou várias conquistas e dentre elas a Seguridade Social, tendo como tripé a Previdência Social, Assistência Social e Saúde, que, se concretizados, representariam um avanço na garantia de direitos da população, dentre estes, os idosos. No que se refere à população com idade acima de 60 anos, o artigo 230 da Constituição de 1988 definiu que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de ampará-los e, acima de tudo, garantir-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988).

Em concordância com os dizeres constitucionais a Política Nacional do Idoso (PNI - Lei Nº 8.842/1994) objetivou

[...] assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2004a).

Além de reforçar a importância de fortalecer a autonomia e a participação do idoso, desde a tomada de decisões junto aos familiares, como em situações referentes à sociedade. Visou introduzir o reconhecimento de múltiplas dimensões do envelhecimento, a manutenção de vínculos e outros aspectos relacionados a evitar a marginalização deste segmento etário. Além destes, evidenciou-se também o acesso a recursos econômicos (aposentadorias, pensões, complementação de renda), lazer, saúde, participação social e política.

Posteriormente, o Estatuto do Idoso foi promulgado para consolidar o que estava previsto na PNI, além de acrescentar dispositivos e mecanismos para proibir a discriminação contra as pessoas com idade acima de 60 anos.

Artigo 10, § 2º - O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais (BRASIL, 2003).

Desmistificar conceitos e atitudes preconceituosas é olhar para o idoso como sujeito que construiu sua identidade ao longo dos anos, enriquecida por valores, ideias e crenças.

Importante ressaltar que puramente a idade não traz enriquecimento algum a qualquer pessoa. Pelo contrário, há pessoas que têm em sua personalidade características fortes de intransigência e que se utilizam da velhice, dos seus “cabelos brancos” para fazer prevalecer suas verdades e/ou caprichos.

“O empobrecimento e os preconceitos marcariam a velhice nas sociedades modernas, que abandonam os velhos a uma existência sem significado” (DEBERT, 1999, p. 17) o que determina, em grande parte dos idosos, uma existência marcada pela submissão e pelo esquecimento. O fato de apresentar determinadas limitações, de ordem física ou psicológica, e o avançar da idade não podem permitir que o idoso deixe em segundo plano seus desejos e necessidades, enquanto categoria social.

Ressaltando o Art. 10 do Estatuto, em seu parágrafo 1º a “opinião e expressão” e a “participação na vida familiar e comunitária” aparecem como aspectos do direito à liberdade e, portanto devem ser preservadas e estimuladas. A PNI foi elaborada no contexto de participação e de conquistas característico do início da década de 1990 e, além de assegurar o disposto, trabalha com a proteção social, a inclusão social e com trabalho e a renda. Falar em trabalho para uma população que, vista pelo restante da sociedade, já não produz tanto é ter que conviver com uma realidade difícil. A inserção dos idosos no mercado de trabalho está assegurada também pelo Estatuto.

Os reflexos da exploração, típicos do modo de produção capitalista, atingem diretamente as pessoas ao longo de suas vidas e, conseqüentemente, em seu processo de envelhecimento. Após anos de trabalho, as pessoas muitas vezes se

aposentam com salários inferiores aos que receberam a vida inteira. Esse fato pode acarretar

Para o trabalhador velho a perda do valor econômico, com o envelhecimento, joga-o na condição desumanizante, abaixo de uma coisa, expressa no rebaixamento de suas necessidades sociais, tornando-se literalmente um ser isento de necessidades (TEIXEIRA, 2008, p. 137).

A aposentadoria, direito do trabalhador que contribuiu ao longo da vida laboral, além de ser uma reposição de renda ao segurado, é também um marco para a entrada na velhice somado a todas as perdas e representações sociais excludentes. No entanto, muitos idosos têm dificuldade em comprovar o tempo de serviço, devido à instabilidade e informalidade. Isto, conseqüentemente, não lhes dá direito a uma aposentadoria, acarretando dificuldades de acesso às demais políticas públicas como saúde, lazer, educação, assegurados os princípios e diretrizes do Estatuto do Idoso.

Retirar-se da vida produtiva e passar a receber rendimentos inferiores leva o idoso a uma nova realidade. A questão econômica passa a ser vivenciada apenas na satisfação de necessidades imediatas como moradia, alimentação e medicamentos. Realidade esta que o leva a buscar outras formas de subsistência.

O idoso, como eu, tem tantos que precisa e num pode, coitado. É aposentado, mas é aquela aposentadoria que não dá pras es cume, comprá remédio e pagá médico, né? Num dá de jeito nenhum. [...] Coitado, as veiz tá com vontade de comer uma coisa melhor. O que o povo deseja mais é comer alguma coisa bem gostosa, num é? Es pode comprar, com aquele dinheirinho. Eu acho isso muito certo. [...] Já melhorou bastante pras pessoa mais pobre. Eu sou pobre, mas tenho minhas coisa [...] (E1).

Na fala de E1 observou-se a importância que ela dá para a aposentadoria como sendo uma forma das pessoas terem acesso a alimentação e saúde. Apesar de ser um valor pequeno e algumas vezes insuficiente, ainda assim é um dinheiro que auxilia pelo menos na compra de algo para comer. Recurso que pode considerado um “mínimo social”, apenas garantindo a sobrevivência, como analisa Pereira (2000).

Em se tratando da complementação da renda na terceira idade, em pesquisa realizada pelo Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Qualidade de Vida e Relações de Trabalho (QUAVISSS) verificou-se que muitos idosos aposentados do município de Franca-SP precisam entrar no mercado informal de trabalho para conseguirem

sustentar-se, além de toda a sua família. Os trabalhos citados pelos participantes da pesquisa eram realizados como catadores de latas e outros materiais recicláveis (BERTANI et al, 2011).

A Assistência Social, um dos pilares da Seguridade Social, regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Lei nº 8742/93), prevê que os idosos com 65 anos de idade ou mais e as pessoas com deficiência, incapacitadas para o trabalho e para a vida independente, cuja renda familiar seja inferior a ¼ do salário mínimo, têm direito a receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (BRASIL, 2004c). No entanto, a falta de informação e a restrição de recursos impossibilitam que os idosos tenham acesso a este benefício.

A condição dos idosos como chefes de família é outra realidade presente no Brasil. As novas configurações familiares exigem de seus membros relações de dependência que consequentemente recaem sobre o membro mais velho (NERI, A. 2007). Com isso, pode-se perceber outra “contradição” presente na sociedade: ao mesmo tempo em que o idoso é visto como improdutivo, como velho, feio, é ele quem “financia” toda uma família. É a ele, ou melhor, é aos seus rendimentos que os filhos e netos recorrem para sobreviverem.

As condições de trabalho, de saúde, as relações sociais contribuem para a visão e preparação para uma velhice saudável e com qualidade, o que tem sido difícil em uma sociedade como a vigente. A qualidade de vida na velhice é um termo muito subjetivo assim como a vivência e a entrada na velhice. As relações sociais e relações de trabalho estabelecidas ao longo da vida demonstram o quanto é difícil para a maioria dos idosos brasileiros terem seus direitos efetivados.

As entrevistadas relataram que foram inseridas em atividades laborais logo na infância, inicialmente auxiliando os pais e, posteriormente, para complementar a renda familiar.

Nasci em Pontal, aqui pertinho, nessa data que eu já falei. Então o meu pai, a minha mãe criavam nós com dificuldade, era gente pobre. Gente pobre nunca tem muito conforto. [Risos]. Como todo mundo sabe, né? Criou na roça... Naquele tempo também tinha que criar as pessoas na roça, diferente de hoje. Criou nós lá descalço, não tinha um calçadinho. Pegou arranjar uns calçadinho depois que cresceu. Mas graças a Deus necessidade nós nunca passou. Tinha as coisas pra fazer, para plantar lavoura... Colhia, guardava os mantimentos do modo que a era antigamente. Matava o porco pra comer, acabava aquela gordura, matava outro. Aí a gente foi crescendo já aprendeu a ajudar arrumar, arrumava. Fazer quitanda... Nós era tudo trabalhadeira. A minha mãe trabalhava demais, costurava, fazia tudo quanto há. E punha nós pra frente. Nós era quatro moça (E1).

Ahh... Eu trabalhei muito com lavagem de roupa, com passassão. Quer dizer, desde pequena, desde menina dos sete anos eu fui empregada, né? Eu comecei muito cedo, né? Porque eu não tinha pai, meu pai morreu eu era nova, né? Menina... Muito criança. Então a minha mãe trabalhava assim, fora. Então ela me deixava assim trabalhando, assim na casa de outras pessoas, né? (E2).

Eu trabalhava assim... Na roça, capinadera. Capinava milho... (E3).

Capinava roça nas fazenda, mexia com engenho, fazia rapadura, né? (E4).

Nas falas de E1, E3 e E4 observou-se que ainda crianças exerceram atividades relacionadas ao trabalho rural. Neste período, décadas de 1940/1950 o país passava pela intensificação da industrialização, momento em que mulheres e crianças foram inseridas no mercado de trabalho. No entanto, no município de Piumhi que sempre teve sua economia predominantemente voltada para a agricultura, a inserção das mulheres e crianças no trabalho acontecia em atividades relacionadas ao plantio e lavoura de café, como estratégias de complementação da renda familiar.

Esta realidade na qual foram inseridas no mercado de trabalho muito jovens impossibilitou que elas estudassem, como pude observar nas falas de E3, E2 e E1:

Não aprendi a ler. Com 20 ano eu casei, sabe? [...] Tem base? (E3).

Eu fui até o quarto ano, mais eu sai pra panhar café.” (E2).

Leitura? Levava uns professor sem leitura, sem nada. Sabia lê bem, correto, punha em casa, a gente estudava. Mas gente assim durava pouco, era uns quatro mês. Ia daqui. Tinha um tal de José, eles falava “Zé Injeitado”, ele tinha esse apelido. Esse Zé juntava uns home, juntava o seu Joaquim<sup>4</sup> [...] era um professor que era uma beleza (E1).

E1 relatou ter aprendido a ler com o auxílio de pessoas que iam da cidade para zona rural ensinar as crianças. Segundo ela, sabiam muito pouco, mas conseguiam ensiná-los ao menos ler e escrever.

E3, diferente das demais, não teve acesso a nenhuma forma de estudo, e somente após 80 anos de idade, conseguiu aprender a ler e escrever.

---

<sup>4</sup> Nome fictício.

Não pude aprender a ler. Depois de 80 anos que eu aprendi assinar o nome (E3).

Ela completou que

[...] Na bíblia eu já leio uma coisinha. [...] Eu tava fazendo a prova do terceiro ano, né? [...] Aquela bondade que eu tava achando, né? Aprendi a puxar a perninha no a, né? Aí eu parei no terceiro ano por causa da vista, sabe? Não tava enxergando (E3).

Retomando as conquistas no que diz respeito às legislações referentes a ampliação de melhorias na qualidade de vida deste segmento etário, o “Pacto pela Saúde”, apresenta-se como uma proposta do Ministério da Saúde, em definir atividades pactuadas levando em consideração três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa pelo SUS e Pacto de Gestão do SUS, os quais devem ser anualmente revisados.

O Pacto em defesa pela SUS envolve ações e prioridades no sentido de: mostrar a saúde como um direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor de direitos, além de garantir incrementos orçamentários para a saúde e explicitar o compromisso de cada esfera de governo na sua regulamentação.

O Pacto de Gestão do SUS visa fortalecer a gestão compartilhada do SUS, avançar na regionalização e descentralização do SUS, respeitando as singularidades regionais, reitera a importância da participação e controle social.

E o Pacto pela Vida trata do conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e prioridades relacionadas à Saúde do Idoso, além de priorizar também ações preventivas de (BRASIL, 2006c):

- Câncer de colo de útero e de mama;
- Mortalidade infantil e materna;
- Doenças emergentes e endemias;
- Promoção à Saúde;
- Atenção Básica à Saúde.

Cabe ressaltar que o objetivo deste estudo é aprofundar a primeira prioridade destacada no Pacto: a Saúde do Idoso, preconizada pela Política Nacional de Saúde

da Pessoa Idosa (PNSI). Para tanto, municípios/estados e regiões devem compactuar ações para atingir os objetivos propostos por este Pacto, tendo como diretrizes relacionadas a:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde do idoso;
- Estímulo às ações intersetoriais;
- Implantação de serviços de atendimento domiciliar;
- Acolhimento preferencial em unidades de saúde;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade de atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação profissional permanente para os profissionais que trabalham com a população idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Vale destacar algumas estratégias que podem ser utilizadas para consolidação dessas diretrizes:

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
- Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa;
- Programa de Educação Permanente a Distância;
- Acolhimento;
- Assistência Farmacêutica;
- Atenção diferenciada na internação;
- Atenção domiciliar (BRASIL, 2006c).

Para a consolidação de estratégias voltadas para a promoção da Saúde do Idoso, verificou-se a criação do conceito “Envelhecimento Ativo” adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Este conceito é utilizado para designar este processo como uma experiência positiva, de otimização de oportunidades de bem-

estar físico, mental e social através do curso da vida, de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Em um encontro em Genebra (2002), a Organização das Nações Unidas (ONU) reforçou que “[...] o ‘Envelhecimento Ativo’ é baseado no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e dos princípios de independência, participação, dignidade, cuidados e autodesempenho”. Em 1960 a Gerontologia cunhou o termo “Envelhecimento bem-sucedido” (ALBUQUERQUE, 2008) também como um período positivo não sendo sinônimo de doença, ressaltando os aspectos positivos, a heterogeneidade, multidimensionalidade e multicausalidade características deste processo.

Ainda segundo a OMS, os principais fatores determinantes do “Envelhecimento Ativo” são: acesso a Serviços de Saúde e Sociais (promoção/prevenção/ livre acesso a atenção primária; determinantes pessoais e biológicos; determinantes comportamentais (estilos de vida saudáveis, autocuidado); ambiente físico adequado; determinantes sociais (prevenção de abusos aos idosos); determinantes econômicos (valorização da contribuição dos idosos no setor informal, em casa e na comunidade).

Especificamente no município de Piumhi, verificou-se que existe incentivo por parte das equipes do PSF de desenvolver um trabalho com idosos acima de 60 anos. Tal ação pôde ser verificada na fala da coordenadora do programa. Segundo ela, existem políticas que foram criadas para orientar os profissionais nas ações junto a essa população, mas que são “muito sutis” [sic], pontuais, direcionadas para atividades físicas e de socialização.

Nas políticas públicas a gente tem algumas ações, eu não sei nos últimos anos, mas no período agora mais recente, de orientação para trabalho assim com idosos, que é incentivo à prática da atividade física, a questão de grupos, oficinas para trabalho da questão da socialização, para diminuir aquela questão da solidão, pra tentar envolver a pessoa em alguma atividade, diminuir a questão da depressão... Mas ainda são ações muito sutis que na verdade não dá pra perceber nenhum impacto de maneira significativa. Já é alguma coisa, já é algum movimento, mas ainda tá muito a desejar (Coordenadora).

Com relação ao processo de capacitação profissional e continuada da equipe, também princípio do Pacto relacionado à Saúde do Idoso, ela relatou que

Observamos a falta de capacitação realmente dos profissionais com relação a esse tópico abordado. E de um modo geral, dentro das equipes... Nós temos dentro de todas as equipes de PSF o fisioterapeuta que ele faz um atendimento preventivo junto com essa população, no mínimo duas vezes por semana na primeira hora de atividade do PSF às 07:00horas, eles fazem atividades físicas, alongamentos, relaxamentos, caminhada, às vezes fazem ioga, né? No mínimo duas vezes por semana. Então é hora dessa atividade física de socialização, e esse profissional fisioterapeuta também faz atendimento domiciliar, apesar de que são pessoas não exatamente com 80 anos, mas são pessoas da terceira idade (Coordenadora).

Outra conquista em expansão e que já foi implantada em municípios brasileiros, iniciativa da OMS é o Projeto “Guia Global: Cidade Amiga do Idoso”. Este projeto desenvolvido por Alexandre Kalache e Louise Plouffe, da sede desta organização em Genebra (Suíça) envolveu 33 cidades de todos os continentes do mundo com o objetivo de tornar as cidades mais “amigáveis” aos idosos e, conseqüentemente, a toda a população. Existe uma série de itens, *ckeklists*, que possibilitaram uma análise inicial das cidades para posteriormente trabalhar com a implantação deste projeto relacionado à melhoria na qualidade dos serviços de saúde, acessibilidade, lazer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

É importante ressaltar que, concomitantemente a esta pesquisa em Piumhi, fui uma das autoras do livro “Cidade Amiga do Idoso: um caminho a percorrer” direcionado à cidade de Franca. Esta pesquisa, citada anteriormente, foi construída coletivamente com as demais pesquisadoras do grupo QUAVISSS com o objetivo de implantar o Guia Global em Franca.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste estudo, apresentei visões de autores acerca do processo de envelhecimento, além de abordar a atuação do Programa de Saúde da Família, sob a ótica das idosas octogenárias no município de Piumhi. Espero que os frutos obtidos por meio desta pesquisa auxiliem no repensar da prática cotidiana do trabalho das equipes que compõem as unidades do programa.

Os resultados demonstraram que as mulheres envolvidas na pesquisa conhecem precariamente o objetivo do programa. As idosas E1 e E2, atendidas pelo PSF “José Martins” sabem que a unidade existe e onde ela está localizada, mas procuram apenas o médico e a enfermeira, quando já estão com sintomas de alguma doença.

Já as entrevistadas E3 e E4, atendidas pelo PSF “Totonha Tomé” relataram participar das atividades preventivas desenvolvidas pelo programa

Gosto do relaxamento, gosto de dançar, gosto de gritar (E3)

Caminho, faço atividade (E4).

E também procuram pelo médico e enfermeira com a mesma finalidade de E1 e E2. Percebi, portanto, a diferença na atuação das equipes, pois duas das entrevistadas se envolvem mais, mesmo que precariamente, nas atividades oferecidas pelo programa.

Estas atividades estão relacionadas principalmente ao incentivo da prática de atividades físicas, realizadas sob a coordenação das fisioterapeutas, profissionais que compõem as equipes de todas as unidades.

E de um modo geral, dentro das equipes nós temos dentro de todas as equipes de PSF o fisioterapeuta que ele faz um atendimento preventivo junto com essa população, no mínimo duas vezes por semana na primeira hora de atividade do PSF às 07:00horas, eles fazem atividades físicas, alongamentos, relaxamentos, caminhada, as vezes fazem ioga, né? No mínimo duas vezes por semana (Coordenadora).

No entanto, não existem atividades envolvendo outros profissionais, os quais também são importantes para a construção coletiva de alternativas para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população.

Quanto ao vínculo com a equipe, outro ponto importante para o desenvolvimento do programa, as quatro relataram conhecer as agentes

comunitárias de saúde, mas não as identificaram pelo nome e não se recordaram imediatamente. Isto comprova que este vínculo com a equipe, como preconiza a lei, não está consolidado, como mostra a fala das entrevistadas

O que faz eu não sei. A T. é enfermeira. É só o que eu sei, mas ela faz os curativo, ela óia o povo lá, né? [...] Lá tudo é estranho pra mim aquelas moça... Eu num conheço não (E1).

Vem umas menina, né? [...] Eu não sei se foi mês passado que elas viero aqui. Foi semana passada? Então, pois é, viero aqui, me trata bem (E2).

### E3 demonstrou mais familiaridade

Ahh... Das menina lá? Ahh... Conheço sim. [...] Elas são umas menina muito boa, educada, trata a gente muito bem... É graças a Deus (E3).

Já E4, por intervenção de sua filha relatou procurar o PSF para fazer atividades e quando é necessário marca consulta com o médico.

Verifiquei, portanto que as unidades estudadas ainda são vistas como os antigos “Postinhos”, que atendiam as pessoas para tratamentos curativos, em detrimento da “nova estratégia” em saúde de trabalhar com a prevenção e promoção da saúde, inclusive os idosos octogenários.

A informação sobre o trabalho desenvolvido pelo programa, bem como o objetivo da visita domiciliar precisa ser melhor divulgado pela equipe e, principalmente, pelos agentes de saúde, que executam as visitas domiciliares. A população tem o direito de conhecer a proposta, saber como acessar o programa, compreendendo que a saúde não é apenas ausência de doença.

Estas observações são importantes para todas as idades, inclusive para a população de idosos com idade “mais avançada”, que é uma população que tem crescido nos últimos anos. A prevenção de doenças e a promoção da saúde na terceira idade envolvem atividades físicas e de lazer, como as que já são desenvolvidas nas unidades do programa no município, como também discussões e trabalho intergeracionais.

Acredito que o envolvimento “entre gerações” possibilitará uma maior compreensão sobre o processo de envelhecimento, pois, a partir do momento que pessoas com idades, vivências e experiências distintas se relacionam, o preconceito culturalmente arraigado poderá ser revisto e talvez, até eliminado.

As entrevistadas, a partir das suas experiências, avaliaram a política pública de saúde como melhor hoje que quando eram mais jovens.

Hoje é mais fácil, né? Hoje eu acho mais fácil, né? De primeiro era muito mais difícil... A gente ia no médico tava nas urtima, né? Agora é bem mais controlado, graças a Deus (E3).

Tá mais boa sim. O povo pobre não podia pagar e nem consurtava porque num tinha dinheiro, né? O médico num atindia sem dinheiro. Hoje o governo abriu essa lei que foi uma coisa muito boa. Porque a gente vê aí tanto pobre tratano, leva as criança, as mulher grávida, vai lá, mede pressão. Sabe como que ela vai vive, o que que ela vai comer. Como que ela vai passá ou o que faiz bem pro fio que ela tá gerano, né? (E1).

Ahh... Melhorô... Melhorô muito porque de primeiro não tinha nem posto, né? De primeiro que eu me lembro, eu não lembro de tê posto aqui quando eu era nova, assim... É... Eu nem posso falá quando que começo esse negócio de posto, né? Porque eu lembro assim quando eu ia nos posto, que tinha que ir lá em cima era bem longe... (E2).

E E4 completou que

Era difícil. Ihh... Minha filha, era muito difícil. [...] A gente morava na roça lá num tinha médico, né? (E4).

Além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde para a população da região urbana, as pessoas que residiam na zona rural ficavam descobertas, pois não havia médicos, muito menos uma equipe para chegar até eles.

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 a população brasileira conquistou muitos direitos. A partir daí, foram incorporadas novas legislações como a LOS, o SUS, o PSF, o Pacto pela Saúde e em se tratando dos idosos a PNI, Estatuto do Idoso e a PNSI.

De acordo com essas legislações, um dos pontos abordados pelas entrevistadas foi sobre a facilidade de chegar até os serviços de saúde, pois, com a descentralização estes se tornaram mais acessíveis. No entanto, é importante ressaltar que ainda existe a antiga visão centralizada nos médicos, pois procuram o serviço se estão “sentindo” alguma coisa.

Por mais que tenham relatado e reconheçam essas melhorias não vêem como um direito, legalizado pela Constituição Federal de 1988, preconizado pela Lei Orgânica da Saúde e operacionalizado pelo Sistema Único de Saúde. Além disso,

principalmente na fala de E1 observei o conhecimento que ela tem por já ter “ouvido falar” como benesse sobre as leis que foram criadas para a população.

As dificuldades encontradas no conhecimento acerca da legislação podem ser explicadas pela falta de capacitação das agentes comunitárias e do restante das equipes de saúde. A coordenadora relatou que não existe capacitação continuada para os profissionais para trabalhar com a população idosa, e ainda mais com aqueles “muito idosos”.

Um dos princípios do SUS e do Pacto pela Saúde, que prioriza a “Saúde do Idoso” é a capacitação profissional, no entanto não é o que acontece na prática. Apesar de o município ter 100% de cobertura, as mulheres sujeitas dessa pesquisa desconhecem o objetivo do programa.

Questionadas sobre sugestões e possíveis melhorias no que se refere à “Saúde do Idoso”, as sujeitas abordaram aspectos diferentes, relatando a importância da alimentação, um dos determinantes do SUS e que deveria ser melhor trabalhado nos serviços de saúde, pois no município estudado existe um nutricionista na equipe.

A gente tem que pensar que o idoso, assim na idade que tá a minha precisa te um alimento mais forte. Porque quando eu tô alimentando assim, bem assim de três em três horas eu sinto bem, entendeu? Aí tano alimentado a gente tem mais disposição, né? (E3).

Outra sugestão abordada pelas entrevistadas foi a importância de “queixar” quando não se sentir satisfeito com o desenvolvimento do trabalho. Ou seja, há a necessidade de maior envolvimento da população para participar das ações de saúde e propor alternativas e melhorias nos atendimentos para que a finalidade do programa seja realmente efetivada. Essas sugestões envolvem não só a população idosa, “muito idosa”, mas a população de uma forma geral, que também é usuária desses serviços e que passará pelo processo de envelhecimento, como foi visto na primeira parte deste estudo.

O fortalecimento de atividades que proporcionem a promoção em saúde e a prevenção em saúde envolve os determinantes preconizados pelo SUS, que vão além da prática centralizada no binômio saúde-doença.

A proposta que se funda a partir dessa pesquisa, levando em consideração que a estrutura do PSF tem 100% de cobertura no município, não quer dizer que

esteja 100% efetivada. Muitas das proposições direcionadas à melhoria da qualidade de vida dos idosos não sai do papel. A população está envelhecendo e os idosos estão envelhecendo mais ainda, como se verificou na existência dos “idosos muito idosos”, octogenários, nonagenários ou centenários.

Para tanto, os profissionais devem estar preparados para atender este segmento etário e não centralizar as práticas em grupos fechados para desenvolver apenas atividades físicas, não desconsiderando sua importância. Mas ir além destas, convidando a população para participar e envolvendo-a em discussões e debates que contribuam para melhoria da qualidade de vida das pessoas e descaracterizando o processo de envelhecimento como algo “ruim”, difícil de ser vivenciado.

Os profissionais que compõem as equipes do programa no município de Piumhi vão além do que preconiza a legislação acerca da equipe mínima, o que representa algo positivo. No entanto, além destes é importante ter nas equipes de todas as unidades, profissional capacitado teórico e metodologicamente para intervir na realidade social, como o assistente social. De acordo com a fala da coordenadora, como não existe o assistente social nas equipes, em determinadas situações, o assistente social do NASF é chamado a atuar.

O trabalho deste profissional junto com o restante da equipe nas unidades do programa contribuiria no sentido de estimular a participação dos idosos e garantir o acesso às atividades desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde com qualidade. Além de buscar uma representação mais positiva da velhice na sociedade.

Portanto, as reflexões que fiz e as sugestões que proponho versam principalmente sobre a importância do conhecimento da legislação por parte das equipes para que a população possa ser informada sobre seus direitos e deveres. A visão do programa como uma nova estratégia em saúde, voltada para a prevenção e promoção da saúde e a inclusão das octogenárias, nonagenárias e centenárias nas atividades e reflexões trabalhadas nas unidades em reuniões e grupos intergeracionais são fundamentais para desconstruir a velhice como uma fase a ser temida por todas as pessoas.

Além disso, é importante ressaltar a necessidade de uma organização coletiva no sentido de contribuir com propostas e participação em discussões, reuniões de conselho propondo alternativas tendo em vista a melhoria da qualidade

de vida das pessoas idosas e, conseqüentemente, daquelas que vivenciam e vivenciarão o processo de envelhecimento.

Acredito, portanto que o PSF é uma alternativa em saúde que pode desempenhar um trabalho efetivo, baseado nos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS, legislação que regulamenta o programa e Pacto pela Saúde. No entanto, é necessário mais envolvimento da população e para isso mais informação e capacitação da equipe que trabalha junto com as famílias. Estas legislações são muito “bonitas” e parecem até muito utópicas, mas com interesse por parte dos governantes e envolvimento da população poderão ser efetivadas.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Sandra Maria Lins. **Envelhecimento ativo: desafio do século**. São Paulo: 2008.

BELISÁRIO, Roberto. Mundo envelhecido, país envelhecido. **ComCiencia**, 2002. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env16.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

BERTANI, Iris Fenner et al. **Cidade amiga do idoso: um caminho a percorrer**. Franca: Ed. Universidade Estadual Paulista, 2011.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. **Revista Serviço Social e Sociedade**, ano 24, n. 75, p. 19-34, out. 2003.

BETTIOL, Lília Maria. **Saúde e participação popular em questão: o Programa de Saúde da Família**. São Paulo: Ed. Unesp, 2006.

BOARETTO, Roberta Cristina; HEIMANN, Lúza Sterman. Conselhos de representação de idosos e estratégias de participação. In: SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes Von; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire (Org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas/SP: Alínea, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 out. 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccvil/03/Constituicao>>. Acesso em: 2 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lex: Legislação Brasileira para o Serviço Social**, São Paulo, p. 210-230, 2004a.

\_\_\_\_\_. Lei n.8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Lex: Legislação Brasileira para o Serviço Social**, São Paulo, p. 80-94, 2004b.

\_\_\_\_\_. Decreto n.1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n.8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Lex: Legislação Brasileira para o Serviço Social**, São Paulo, p. 173-179, 2004c.

\_\_\_\_\_. Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Presidência da República: Casa Civil: Subchefias de Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 03 de outubro de 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em 10 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.1.886**, de 18 de Dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.2.528**, de 19 de Outubro de 2006a. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.648**, de 28 de março de 2006b. Secretaria de Atenção à Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399**, de 22 de fevereiro de 2006c. Divulga o Pacto pela saúde – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 23 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. **Portaria 3213**, de 20 de dezembro de 2007. Institui Comitê para assessorar políticas de prevenção e promoção da osteoporose e de quedas na população idosa. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3213\\_20\\_12\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3213_20_12_2007.html)>. Acesso em: 20 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006d. (Cadernos de Atenção Básica, n.19). Disponível em: <<http://200.214.130.35/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 06 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução 196**, de 10 de outubro de 1996. Aprovar as seguintes normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.franca.unesp.br/comiteetica/leg1.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2011.

BRAVO, Maria Inês. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e prática profissionais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CASA DOS VELHINHOS GRIJALVA SOARES TERRA. **Estatuto Social**. Piumhi, 2006.

EXPECTATIVA de vida do brasileiro aumenta para 73,5 anos. 2011. Disponível em: <<http://biblioufcspa.blogspot.com/2011/12/expectativa-de-vida-do-brasileiro.html>>. Acesso em 22 dez. 2011.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

DÁTILO, Gilsenir Maria Prevelato de Almeida; HORIGUELA, Maria de Lourdes Morales. Idosos Dependentes: o lugar do familiar cuidador. In: BRUNS, Maria Alves de Toledo; DEL-MASSO, Maria Cândida Soares (Org.). **Envelhecimento humano: diferentes perspectivas**. Campinas/SP: Alínea, 2007.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Ed. USP: Fapesp, 1999.

DENTI, Irany Achilles. **Serviços de saúde pública: reestruturação**. Erechim/RS: EdiFAPES, 2001.

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

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 7. ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População: Censo demográfico 2010: Cidades: Piumhi**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=315150#>>. Acesso em: 28 mar. 2011.

LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil: vivência, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo: SESC, 2007.

LEME, Luiz Eugênio Garcez. A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. In: NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. Serviço social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde. In: BRAVO, Maria Inês et al. **Saúde e serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

MERCADANTE, Elisabeth F. Velhice: a identidade estigmatizada. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 24, n. 75, p. 55-73, out. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NERI, Anita Liberalesso. Feminização da Velhice. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil**: vivência, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo: SESC, 2007.

NERI, Marcelo Cortes. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil**: vivência, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo: SESC, 2007.

NERI, Anita Liberalesso; BORN, Tomiko; GRESPAN, Stella Maris; MEDEIROS, Sônia Lima. Biomedicalização da Velhice. In: DIOGO, Maria José D'Élboux; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire (Org.). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas/SP: Alínea, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guia Global**: cidade amiga do idoso. Rio de Janeiro: OMS, 2008.

PAIVA, Simone Borges; DEL-MASSO, Maria Cândida. Envelhecimento humano: leitura e memória. In: BRUNS, Maria Alves de Toledo; DEL-MASSO, Maria Cândida Soares (Org.). **Envelhecimento humano**: diferentes perspectivas. Campinas/ SP: Alínea, 2007.

PELLEGRINI, Virgínia Maria Cristina; JUNQUEIRA, Virgínia. Trajetória das políticas de saúde. A saúde coletiva e o atendimento ao idoso. In: NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

PIUMHI. In: **WIKIPÉDIA**, a enciclopédia livre. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/piumhi>>. Disponível em: 20 out. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIUMHI: Estabelecimentos Públicos. **Informativo**, Piumhi, n. 2, jun. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIUMHI. **Portal da Prefeitura de Piumhi**. Disponível em: <[http://www.prefeiturapiumhi.mg.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=95&Itemid=117](http://www.prefeiturapiumhi.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=117)>. Acesso em: 10 abr. 2011.

SALZEDAS, Patrícia Lopes; BRUNS, Maria Alves de Toledo. O corpo em transformação: a silenciosa passagem pelo tempo. In: BRUNS, Maria Alves de Toledo; DEL-MASSO, Maria Cândida Soares (Org.). **Envelhecimento humano**: diferentes perspectivas. Campinas/ SP: Alínea, 2007.  
SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital:** implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

TORRES, Stella Vidal de Souza; SÉ, Elisandra Villela Gasparetto; QUEROZ, Nelma Caires. Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In: DIOGO, Maria José D'Élboux; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire (Org.). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas/SP: Alínea, 2009.

TRINDADE, Ellika; BRUNS, Maria Alves de Toledo. Meia-idade masculina: significados do envelhecimento. In: BRUNS, Maria Alves de Toledo; DEL-MASSO, Maria Cândida Soares (Org.). **Envelhecimento humano: diferentes perspectivas**. Campinas/SP: Alínea, 2007.

VERAS, Renato P. et al. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Publ**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, 1987.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Declaration of Helsinki: Etical principles for medical research involving human subjects. **JAMA**, v. 284, n. 23, p. 3043-3045, dec. 2000.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_/\_\_/\_\_. IDADE: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DOS IDOSOS. O projeto de pesquisa será conduzido por Letícia Terra Pereira, do curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Unesp de Franca, orientado pela Profa. Dra. Íris Fenner Bertani, pertencente ao quadro *docente* da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Unesp/ Campus de Franca. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de: Dissertação observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. O objetivo geral da pesquisa é investigar como as mulheres com idade igual ou superior a 80 (oitenta) anos do município de Piumhi/MG percebem a estratégia em saúde da família. Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Piumhi, ..... de ..... de 2011.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável

Nome: LETÍCIA TERRA PEREIRA

Endereço: RUA CAP. ZECA DE PAULA, 798/ JD. CONSOLAÇÃO/ FRANCA-SP

Tel: (16) 3403-0292/ (16) 9202-4943

E-mail: letícia\_terra\_pereira@yahoo.com.br

\_\_\_\_\_  
Orientador

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. ÍRIS FENNER BERTANI

Endereço: AV. EUFRÁSIA M. PETRÁGLIA, 900/ JD. ANT. PETRÁGLIA/ FRANCA-SP

Tel: (16) 3706-8897

E-mail: iris.bertani@yahoo.com.br

**Apêndice B – Roteiro para realização de entrevista com a Coordenadora do Programa de Saúde da Família do município de Piumhi/MG**

1. Você pode contar como aconteceu a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Piumhi/MG?
2. E quais foram os critérios utilizados para a implantação das 10 unidades existentes?
3. Como as equipes são compostas?
4. Estas equipes estão preparadas para atender aos idosos com 80 anos ou mais?
5. Existe alguma orientação específica do PSF para o atendimento a esta demanda?
6. Quais são os maiores desafios do PSF em relação a esta demanda?

## APÊNDICE C – Roteiro para realização de entrevista com sujeitos da pesquisa

1. A senhora pode me contar um pouco da sua história, onde nasceu e cresceu?
2. Com quem a senhora vive?
3. Como está a saúde da senhora?
4. Faz tratamento de alguma doença?
5. A senhora conhece o Programa de Saúde da Família?
6. A equipe vem até a sua residência para acompanhar a senhora?
7. O que a senhora acha do atendimento do PSF?
8. A senhora tem alguma sugestão, proposta para melhorar o atendimento à saúde do idoso?