

FLÁVIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

**CARTOGRAFIA DO ACOLHIMENTO DE IDOSOS E IDOSAS EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

ASSIS

2020

FLÁVIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

**CARTOGRAFIA DO ACOLHIMENTO DE IDOSOS E IDOSAS EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP) “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientadora: Mariele Rodrigues Correa

ASSIS

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Laura Akie Saito Inafuko - CRB 8/9116

O48c Oliveira, Flávio Ribeiro
Cartografia do acolhimento de idosos e idosas em uma
Unidade Básica de Saúde / Flávio Ribeiro Oliveira. Assis,
2020.
98 f.

Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual
Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientadora: Dra. Mariele Rodrigues Correa

1. Acolhimento nos serviços de saúde. 2.
Envelhecimento. 3. Unidades Básicas de Saúde. 4. Sistema
Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD 361.00846



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Assis



CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: CARTOGRAFIA DO ACOLHIMENTO DE IDOSOS E IDOSAS EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

AUTOR: FLÁVIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

ORIENTADORA: MARIELE RODRIGUES CORREA

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em PSICOLOGIA, área:
Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:

Profa. Dra. MARIELE RODRIGUES CORREA
Departamento de Psicologia Social / UNESP/Assis

Profa. Dra. CAMILA CUENCAS FUNARI MENDES E SILVA
Assis - SP

Prof. Dr. IGOR COSTA PALO MELLO
Curso de Psicologia / UNOESTE/Presidente Prudente

Assis, 14 de setembro de 2020

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Jesus, meu Supremo Pastor, que conduziu a minha vida durante todo o período em que tive o privilégio de estudar em uma universidade pública de qualidade e me ampara espiritualmente nos momentos mais difíceis.

À minha família, que me possibilitou estar nos lugares de pesquisa contribuindo com incentivo e alegria. À minha esposa Kedma que neste momento passa por um tratamento de câncer de mama e me ensinou o valor de cada minuto da vida. À Ana Carolina e à Ana Clara, filhas maravilhosas que compreenderam esse momento.

Aos meus familiares, em especial à D. Genny, minha mãe, que sempre esteve disponível à oração, a fim de que eu chegasse ao final deste percurso, à minha sogra, D. Henriqueta, que foi um dos motivos pelo interesse no tema da pesquisa.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Mariele Rodrigues Correa, que abriu imensas possibilidades, com questionamentos feitos de forma tão afetuosa e potente. Agradeço imensamente pela oportunidade de caminhar com uma pessoa com tanta força e ao mesmo tempo tanta sensibilidade.

Ao Prof. Dr. Silvio Yasui, pela imensa e valiosa contribuição na qualificação, sendo para mim uma grande inspiração e à Prof.^a Dra. Camila Cuencas Funari Mendes e Silva pela sua colaboração na qualificação.

À Segunda Igreja Presbiteriana Independente de Assis, na pessoa do Conselho presidido pelo Rev. Rodney José Paolillo e composto pelos seguintes irmãos e irmã: Presbítera Doralice Ribeiro Cimoneti, Presbítero Robert Rieger e Presbítero Sigmar Alves Barbosa. Obrigado pelo incentivo e compreensão neste tempo de estudo.

OLIVEIRA, Flávio Ribeiro. **Cartografia do acolhimento de idosos e idosas em uma Unidade Básica de Saúde**. 98f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia). – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2020.

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade cada vez mais presente na sociedade brasileira. Uma parte significativa desta população procura por atendimento no serviço público de saúde, de maneira mais específica, nas Unidades Básicas de Saúde. Essa pesquisa tem como objetivo mapear o acolhimento que a pessoa idosa recebe desde o momento de sua chegada ao serviço de saúde até a sua dispensa em uma Unidade Básica de Saúde localizada na periferia da cidade de Assis-SP. Os idosos e idosas que buscam o serviço público de saúde são aqueles e aquelas que não têm renda suficiente para arcar com os custos de um plano de saúde particular, cujos valores são elevadíssimos e conforme se avança na idade, mais caro o plano se torna. Para compreender como os idosos e idosas são acolhidos e acolhidas foram realizadas entrevistas com cinco pessoas idosas com idade entre 65 e 71 anos, de forma que pudessem expressar tanto a sua experiência de vida quanto seu contato na Unidade Básica de Saúde. Além disso, foram feitas inserções diárias na Unidade Básica de Saúde pelo período de três meses, a fim de compreender o funcionamento da mesma e, ao mesmo tempo, entrevistar os idosos e idosas que aguardavam seus atendimentos. O referencial metodológico adotado foi a cartografia, com o intuito de mapear o acolhimento que os idosos e idosas recebiam e também como percebiam este acolhimento. Foi possível constatar que muitas histórias relatavam as demandas relativas à saúde própria da pessoa idosa e como este tema é sensível, principalmente porque recai sobre as transformações pelas quais o corpo passa. Nota-se que a população situada acima dos sessenta anos tem aumentado, por um lado, por aspectos preventivos da medicina em relação à saúde dos idosos e das idosas, embora esse não seja o único motivo. Há outros aspectos que envolvem o envelhecimento, inclusive pela maneira como cada pessoa tem a possibilidade de envelhecer. Ao cartografar cada encontro com os idosos e idosas, observou-se o quanto o papel do acolhimento é significativo para a pessoa idosa que encontra na Unidade Básica de Saúde um local que possibilite a sua fala, não somente da dor no seu aspecto físico, mas de outras dores, como a do isolamento familiar e social, pelo fato de que o círculo de amigos já não está mais presente. A possibilidade de escutar o idoso ou a idosa ao longo da realização da pesquisa contribuiu para validar as histórias e dores de cada um e, com isso, viabilizar passagem para sua voz e reconhecer o lugar que ocupam na sociedade como cidadãos e cidadãs de direitos. Nesse sentido, o acolhimento aos idosos e idosas revela-se um instrumento de valorização da vida, da dignidade e da ética.

Palavras-Chave: Acolhimento. Envelhecimento. Envelhecimento populacional. Unidade Básica de Saúde. Sistema Único de Saúde.

OLIVEIRA, Flávio Ribeiro. **Cartography of the reception of elderly men and women in a Basic Health Unit**. 2020. 98f. Dissertation (Masters in Psychology). São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2020.

ABSTRACT

Population aging is an increasingly present reality in Brazilian society. A significant part of this population seeks assistance in the public health service, more specifically, in Basic Health Units. This research aims to map the reception that the elderly person receives, from the moment they arrive at the health service until their discharge in a Basic Health Unit located on the outskirts of the city of Assis-SP. The elderly people who look up for the public health service are those who do not have enough income to cover the costs of a private health plan whose values get higher and as one gets older, the plan becomes more expensive. To understand how the elders are welcomed, interviews were carried out with five elderly people aged between 65 and 71 years, so that they could express both their life experience and their contact in the Basic Health Unit. In addition, daily insertions were made in the Basic Health Unit for a period of three months, in order to understand how it works and at the same time interviewing the elderly men and women who waited for their assistance. The methodological referential adopted was cartography, in order to map the reception that the elderly people received and also how they perceived this reception. It was possible to verify that many stories reported the demands related to the health of the elderly people and how sensitive the topic is, mainly because it falls on the transformations that the body goes through. It is noted that the population over sixty has increased, on the one hand, due to preventive aspects of medicine related to the health of the elderly people, although this is not the only reason. There are other aspects that involve aging, including the way each person has the possibility to age. When mapping each meeting with the elderly people, it was observed how much the role of reception is significant for the elderly people who finds in the Basic Health Unit a place that allows their speech, not only of pain in its physical aspect, but other pains, such as family and social isolation by the fact that the circle of friendships is no longer present. The possibility of listening to the elderly people during the research contributed to validate the stories and pains of each one and, with this, enable passage to their voice and recognize the place they occupy in society as rightful citizens. In this sense, the reception of the elderly people is an instrument of valorization of life, dignity and ethics.

Keywords: Reception. Aging. Population Aging. Basic Health Unit. Unified Health System.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	09
CAPÍTULO 1: A CARTOGRAFIA COMO METODOLOGIA PARA MAPEAR O ACOLHIMENTO DE IDOSOS E IDOSAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ASSIS-SP.....	25
CAPÍTULO 2: POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO	35
2.1. As políticas públicas e sua relevância.....	36
2.2. Políticas Públicas voltadas para o idoso.....	38
2.3. A Atenção Básica em saúde.....	41
2.3.1. A Estratégia da Saúde da Família.....	43
2.3.2. A Unidade Básica de Saúde e sua função.....	45
2.4. Escuta e acolhimento.....	47
CAPÍTULO 3: O ACOLHIMENTO DE IDOSOS E IDOSAS ATENDIDOS E ATENDIDAS NA UBS.....	54
3.1. Entrevistas com idosos e idosas.....	57
3.1.1 Jacy	59
3.1.2 Rosa	65
3.1.3 Francisco	71
3.1.4 Frida	76
3.1.5 Simone	79
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS	89

APRESENTAÇÃO

Ao longo da minha formação no curso de graduação em Psicologia, deparei-me com duas disciplinas que foram significativas para as futuras escolhas que teria como discente, que incluiria uma reflexão intensa sobre o papel da psicologia na sociedade brasileira e, conseqüentemente, qual lugar gostaria de ocupar como psicólogo. Na primeira disciplina, encontrei o tema do envelhecimento, finitude e processos de subjetivação, que expandiu os olhares para a velhice, suas possibilidades, seus impasses e o seu lugar na sociedade brasileira. Na segunda disciplina, tive contato com o campo da Atenção Psicossocial e a formação do SUS, os processos e lutas para a implantação de uma nova política, a partir da Constituição de 1988, da saúde como um direito de todas e todos.

Juntamente com o conhecimento que foi sendo adquirido com o passar das aulas, havia também uma questão doméstica em relação ao envelhecimento. Minha sogra, na época com 83 anos de idade, e hoje com 91 anos, caiu e quebrou o punho. Esse incidente acabou revelando, após uma série de exames, o diagnóstico de uma demência moderada e, como tratamento, um impressionante montante de fármacos para atuar de forma rápida para supostamente combater a doença. O que aconteceu, contudo, foi que minha sogra se desfigurou como pessoa, não conseguia se locomover e se expressar. A quantidade de fármacos era imensa, sem mencionar o custo. Isso me despertou ainda mais para estudar e aprofundar o conhecimento em relação ao envelhecimento, porque compreendi que o aparato médico e farmacológico havia se tornado insuficiente para responder meus questionamentos com relação à qualidade de vida de minha sogra.

Todos esses fatores foram fundamentais para as escolhas dos estágios profissionalizantes que desenvolvi em minha formação. Envolvi-me em diversos projetos que atuavam com a população envelhecida, o que trouxe a possibilidade de encontros com diferentes envelheceres, tais como: a) participação e escuta de idosas em um grupo denominado “Encontros com a Terceira Idade” da UNATI (Universidade Aberta à Terceira Idade) na UNESP (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”) campus Assis; b) trabalho de intergeracionalidade com idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Idosos e alunos do ensino fundamental de Escola Estadual de tempo integral da periferia da cidade de Assis e; c) a escuta de um idoso asilado pelo período de dois anos. Neste ambiente envolto de envelhecimento, observamos os preconceitos existentes, os abandonos, os relatos das perdas, e também suas possibilidades conforme afirma Debert (2012):

A tendência contemporânea é rever os estereótipos associados ao envelhecimento. A ideia de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas, guiadas pela busca de prazer e de satisfação pessoal. As experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que oferecem oportunidades de realizar projetos abandonados em outras etapas e estabelecer relações mais profícuas com o mundo dos jovens e dos mais velhos (p. 14).

Nas atividades desenvolvidas junto ao grupo “Encontros com a Terceira Idade” da UNATI, constatei justamente as possibilidades e a multiplicidade da velhice em um coletivo formado exclusivamente por mulheres acima de 60 anos, de diversas classes sociais e vivências. Percebi o quanto o gênero influencia a velhice feminina ao ouvir relatos que denunciavam as humilhações sofridas ao longo da vida, as possibilidades e também as superações que várias delas conseguiram. Aprendi o quanto a construção social da velhice em relação à mulher oprime e desfigura, e também ouvi mulheres que romperam com os padrões que a sociedade impunha e experimentaram a liberdade de serem o que queriam ser para aproveitar a própria velhice realizando os desejos que tinham.

Já no espaço da escola pública de ensino fundamental, desenvolvi uma iniciação científica relacionada à intergeracionalidade e constatei momentos realmente marcantes, tais como a aproximação das crianças com os idosos e idosas asilados e asiladas. A disciplina oferecida pela escola, chamada “Conviver é uma Arte”, proporcionava para os alunos o aprendizado sobre o envelhecimento desenvolvendo a escrita, desenhos e trabalhos manuais em relação ao tema além de encontros de alunos com os idosos nos espaços da escola, da UNESP e de uma instituição asilar da cidade. Para os idosos e idosas havia a possibilidade de entrar em contato com as crianças, contar suas histórias e também as visitas à escola e à Universidade. Alguns encontros realmente foram marcantes e potentes. Como registro das marcas desses encontros, alguns alunos participantes dessa disciplina colocaram em seu projeto de vida que gostariam de se dedicar a alguma profissão relacionada ao cuidado de idosos.

Por fim, ainda como parte de meu processo de formação em Psicologia, realizei o atendimento clínico de um idoso institucionalizado. Foi possível compreender o que Goffman (1974) aponta em sua obra, tal qual a experiência de viver em instituição total, que impõe uma série de regras que privilegiam mais o trabalho da equipe e nem sempre os idosos e idosas. Além disso, há uma constante vigilância a fim de que tudo permaneça dentro das regras estabelecidas, o que acaba por destituir o “eu”, com a retirada de pertences. Há cobrança de uma taxa que equivale a 70% do rendimento da pessoa idosa, sem contar que muitos internos ou internas têm pouco contato com o mundo exterior, como observei em relação ao controle do portão, tanto

para a entrada quanto para a saída de pessoas e também em relação aos dormitórios predominantemente coletivos, em detrimento da individualidade. Em meu estágio no asilo percebi que, por outro lado,

É preciso ficar muito pouco tempo em um asilo para rever suas impressões iniciais. O cotidiano com o qual nos deparamos está longe de ser, quer a manifestação da suposta experiência da solidão, quer um momento de desprendimento dos valores e angústias, tidos como próprios da vida dos mais jovens. Surpreende, nos asilos, a quantidade de conflitos, brigas e desentendimentos entre os residentes e deles com o pessoal técnico e administrativo (DEBERT, 2012, p. 100).

Foi nesse espaço que atendi um idoso, proporcionando um tempo de escuta que possibilitou um período de aprendizado único, no qual foi viável criar oportunidades de intervenção que trouxeram para o idoso a abertura para se expressar sobre uma série de fatores que causavam ansiedade. Notei que os idosos residentes no asilo correm o risco de perder a sua dignidade e sua história, porque vários são tratados como incapazes e, por isso, encontrei neste ambiente uma fragmentação do sujeito, que aos poucos perde o poder decisório sobre o corpo, os desejos, a mobilidade e, para alguns, inclusive, sobre os afetos.

Em relação às políticas públicas na área da saúde, participei como estagiário do curso de Psicologia do desenvolvimento de grupos psicoterapêuticos e também observei o funcionamento da UBS (Unidade Básica de Saúde), desde a quantidade de trabalhadores e trabalhadoras e como cada profissional desenvolve seu trabalho. Notei como essas pessoas reagem às mais diversas demandas que os usuários e usuárias apresentam quando adentram o serviço de saúde e constatei que muitos estavam ali operando dentro de uma lógica em que foram instruídos, onde há um saber médico dominante. O fato que mais chamou a atenção aconteceu em um dia, no período da tarde, quando um usuário, procurando por atendimento, ouviu do trabalhador que fazia o primeiro contato na recepção, que só haveria disponibilidade para atendê-lo após um período de sessenta dias. O usuário saiu irritado, porque estava com dores intensas. Entendo que faltou ao trabalhador uma escuta para orientar o usuário a que procurasse um serviço de pronto atendimento e, de alguma forma, o acolhesse em sua demanda.

Assim, a relação do contato com os estudos sobre o envelhecimento, os estágios no serviço público de saúde, a questão particular da minha sogra e o processo de envelhecimento brasileiro, levaram-me a realizar a presente pesquisa sobre o acolhimento de idosos e idosas no serviço público de saúde, de maneira específica na maior UBS da cidade de Assis, que concentra uma grande faixa de população da periferia que é assistida por esse serviço de saúde. Meu objetivo é, com base na cartografia, mapear: a) o que é o acolhimento; b) se esta prática é

realizada pelo SUS; c) se sim, quais são suas diretrizes teóricas e práticas; e d) como é a sua prática junto a idosos e idosas em uma Unidade Básica de Saúde.

Pandemia

Não poderia deixar de mencionar que, no momento de escrita deste trabalho, ano de 2020, o mundo encontra-se envolto em uma pandemia por causa do Coronavírus ou, conforme o nome científico, COVID-19. Esse foi o nome que a Organização Mundial da Saúde (OMS) oficialmente deu à doença e que significa “Corona Virus Disease” (Doença do Coronavírus), ao passo que “19” refere-se a 2019, o ano em que os primeiros casos surgiram em Wuhan, na China e que foram oficialmente relatados pelo governo daquele país em dezembro.

Segundo o Ministério da Saúde,

A **COVID-19** é uma doença causada pelo coronavírus **SARS-CoV-2**, que apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria dos pacientes com COVID-19 (cerca de 80%) podem ser assintomáticos e cerca de 20% dos casos podem requerer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória e desses casos aproximadamente 5% podem necessitar de suporte para o tratamento de insuficiência respiratória (suporte ventilatório) (BRASIL, 2020)

Após os primeiros casos da doença que foram registrados e confirmados na China a partir de outubro de 2019, a Organização Mundial da Saúde passou a monitorar a doença que evoluía rapidamente alcançando outros lugares no mundo. A doença espalhou-se de tal forma que no dia 11/03/2020 a Organização Mundial da Saúde elevou a classificação da doença para pandemia.

Tedros Adhanom, diretor geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), declarou hoje (11) que a organização elevou o estado da contaminação à pandemia de Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). A mudança de classificação não se deve à gravidade da doença, e sim à disseminação geográfica rápida que o Covid-19 tem apresentado. "A OMS tem tratado da disseminação [do Covid-19] em uma escala de tempo muito curta, e estamos muito preocupados com os níveis alarmantes de contaminação e, também, de falta de ação [dos governos]"... (BRASIL, UNA-SUS, 2020).

Há incertezas que rondam a maneira como a doença surgiu e não há ainda uma vacina à disposição. Embora outros métodos com remédios estejam sendo testados, a medida mais eficaz para frear a disseminação e contaminação do Coronavírus é o chamado “distanciamento social” ou “isolamento” ou ainda “quarentena” até que se descubra uma vacina que imunize a

população. A chegada da doença causou uma série de transtornos e mudanças que têm marcado profundamente as relações da humanidade.

Além do distanciamento social, que por si só já é uma medida intensa que provoca mudança, houve também a proibição do contato nos cumprimentos, a não realização de funerais das vítimas do COVID-19, impossibilitando o ato simbólico de despedida, e que pode intensificar o sofrimento. Todas as aglomerações de pessoas foram proibidas, assim, teatros, cinemas, escolas, *shoppings*, comércios de rua, eventos esportivos com grande fluxo de pessoas e espetáculos culturais estão cancelados temporariamente.

Destaco que, segundo pesquisadores da Fiocruz, existe uma diferença técnica para cada uma destas medidas sendo que “isolamento se refere à separação dos infectados ou daqueles que apresentam sintomas característicos da doença, de indivíduos sadios” (BRASIL, 2020, p. 2), já “distanciamento social, por sua vez, consiste em um esforço consciente para reduzir o contato e aumentar a distância física entre pessoas, a fim de diminuir a velocidade de contágio” (BRASIL, p. 2) e; por sua vez, a “quarentena significa separar e restringir a movimentação de indivíduos já expostos a situações com potencial de contágio” (BRASIL, p. 2). Tanto no Brasil quanto em outros países, a utilização do termo “quarentena” tornou-se mais usual.

O que preocupa as autoridades de saúde em relação ao Coronavírus é a sua rápida disseminação e também a sua letalidade para grupos de risco, tais como idosos e pessoas que apresentam comorbidades, segundo o Ministério de Saúde:

Pessoas acima de 60 anos se enquadram no grupo de risco, mesmo que não tenham nenhum problema de saúde associado. Além disso, pessoas de qualquer idade que tenham comorbidades, como cardiopatia, diabetes, pneumopatia, doença neurológica ou renal, imunodepressão, obesidade, asma e puérperas, entre outras, também precisam redobrar os cuidados nas medidas de prevenção ao coronavírus (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, dada a rapidez do contágio, a preocupação das autoridades de saúde é que o sistema hospitalar não suporte o número de pessoas que necessitam de cuidados mais especializados. A pessoa infectada pode apresentar sintomas que “podem variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. Sendo os sintomas mais comuns: tosse, febre, coriza, dor de garganta e dificuldade para respirar” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2020). A evolução do quadro da pessoa infectada pelo COVID-19 requer internação e, nos casos mais graves o uso de ventilação mecânica e é justamente a ocupação dos leitos de UTIs que preocupam as autoridades. Por conta da velocidade de transmissão, pode ocorrer que o número de pacientes

seja maior do que o número de leitos disponíveis para internação. Assim, a quarentena permanece como a melhor maneira de frear o avanço do vírus.

O primeiro caso confirmado oficialmente no Brasil foi no dia 26/02/2020, em um empresário de 61 anos que voltou de viagem da Itália, com escala em Paris. Cada país europeu respondeu à pandemia da forma como seus governantes entendiam que seria a melhor. Uma das cenas mais impressionantes e tristes que vi foi a de um número de caminhões do Exército italiano saindo dos hospitais carregando corpos. Mesmo diante de situações extremas como esta, ainda assim, há líderes de governos que não aceitam as recomendações da Organização Mundial da Saúde para o combate ao vírus.

O Brasil, presidido atualmente por Jair Bolsonaro, eleito nas eleições presidenciais de 2018, encontra-se no grupo dos líderes mundiais, juntamente com Daniel Ortega, da Nicarágua; Alexander Lukashenko, presidente da Bielorrússia e Gurbanguly Berdimukhamedov, presidente do Turcomenistão, que negam a realidade do contágio e, consequentemente, a gravidade que representa o coronavírus. Segundo a BBC (British Broadcasting Corporation – Corporação Britânica de Radiodifusão), numa reportagem do Financial Times (jornal diário de língua inglesa), estes presidentes formam a “Aliança do Avestruz”, apelido dado pelo professor Oliver Stuenkel, da Fundação Getúlio Vargas (FGV), como “uma referência ao mito de que o pássaro grande enterra a cabeça na areia quando enfrenta perigo” (BBC, 17 de abril de 2020).

No momento da chegada do COVID-19 ao Brasil, o Ministro da Saúde era Luiz Henrique Mandetta, deputado federal eleito pelo Partido Democratas, do Estado do Mato Grosso do Sul, que se licenciou do mandato para assumir o Ministério da Saúde em 1º de janeiro de 2019. O então ministro seguia as recomendações da Organização Mundial da Saúde e algumas medidas seriam previstas em Lei e Portarias, tais como: a Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, que declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Logo após, houve a publicação da Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019, elaborada pela Presidência da República e; a Portaria nº 356, de 11 de março de 2020, que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).

A Portaria 188, de 03 de fevereiro de 2020, que declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus

(2019-nCoV) estabelece, além de critérios relativos à emergência em todo o território nacional, o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCOV) a fim de coordenar, em âmbito nacional, as ações necessárias para o enfrentamento da pandemia que, naquele momento, era ainda incipiente.

Já a Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019, coloca sobre o Ministro da Saúde a responsabilidade da avaliação sobre a duração da situação de emergência de saúde pública de que trata a referida lei, conforme Art. 1º, Parágrafo 2º “Ato do Ministro de Estado da Saúde disporá sobre a duração da situação de emergência de saúde pública de que trata esta Lei” (BRASIL, 2020) e ainda submete o prazo das medidas a serem tomadas à Organização Mundial da Saúde.

Para a aplicabilidade da Lei, foi redigida a Portaria nº 356, de 11 de março de 2020, que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Essa Portaria previa a medida do isolamento social e quarentena de acordo com as recomendações médicas e dos agentes da vigilância epidemiológica, assim como regulamentava como estas ações seriam implementadas à medida da notificação e expansão do número de casos.

Os Estados também começaram a tomar medidas baseadas principalmente na questão do isolamento social. Foram publicados decretos fechando estabelecimentos públicos e privados que não eram considerados essenciais, desta forma, somente serviços de saúde, de água, de luz, de segurança e limpeza permaneceram abertos nos primeiros dias. E, mesmo diante das restrições previstas pela ciência, muitos continuavam a negar tanto a existência do vírus quanto as mortes que poderiam acontecer.

O aumento do contágio se deu principalmente no Estado de São Paulo, que acabou por tornar-se o chamado “epicentro” do Covid-19 no Brasil. Neste período, após quase um mês em isolamento, o então Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta começou a sofrer duras críticas por seguir as recomendações da Organização Mundial da Saúde e também pela maneira como estava se portando diante dos boletins diários feitos pelo Ministério da Saúde, que contabilizavam os casos e os números de mortos. Algumas pessoas, dentre elas o Presidente da República, não gostavam da exposição e do ganho da imagem do então ministro à frente das ações contra a pandemia.

Outra questão significativa que pesava na relação do Ministro da Saúde com o Presidente Jair Bolsonaro tinha a ver com o desejo do presidente de adotar, a todo custo, um

remédio, a Hidroxicloroquina, indicado para: afecções reumáticas e dermatológicas; artrite reumatoide; artrite reumatoide juvenil; lúpus eritematoso sistêmico; lúpus eritematoso discoide; condições dermatológicas provocadas ou agravadas pela luz solar, e que estava sendo testado em outros países para o tratamento do vírus. Não havia, contudo, nenhuma comprovação científica de que o tratamento feito pelo remédio era, de alguma forma, satisfatório a ponto de ser prescrito como tratamento.

Registro aqui que, no dia 04/07/2020, a Organização Mundial da Saúde encerrou estudos com a hidroxicloroquina e outro remédio combinado para o tratamento do HIV lopinavir / ritonavir porque os mesmos não reduziram as mortes provocadas pelo COVID-19 em pacientes hospitalizados, conforme anúncio realizado pela própria OMS neste dia (WHO, 2020).

Havia uma tensão constante criada pelo presidente, que não seguia as recomendações do seu próprio ministro. Além disso, o empresariado que apoiava o presidente chegou a dizer, inclusive, que a morte de algumas centenas de pessoas, idosas ou idosos, não poderiam parar o país. Somado a isso, uma parte da população ainda permanecia negando as evidências científicas relacionadas ao COVID-19. Com isso, Luiz Henrique Mandetta foi demitido no dia 16/04/2020. Conforme Mazui, 2020, estas foram as últimas palavras do ex-ministro da saúde ao saber da sua demissão:

Acabo de ouvir do presidente Jair Bolsonaro o aviso da minha demissão do Ministério da Saúde. Quero agradecer a oportunidade que me foi dada, de ser gerente do nosso SUS, de pôr de pé o projeto de melhoria da saúde dos brasileiros e de planejar o enfrentamento da pandemia do coronavírus, o grande desafio que o nosso sistema de saúde está por enfrentar... (MAZUI, 2020)

Escolhido no mesmo dia para substituir Luiz Henrique Mandetta, o médico Nelson Teich que, segundo o site do Ministério da Saúde é oncologista, assumiu o cargo no dia 17/04/2020 (BRASIL, 2020). Sua gestão foi rápida e durou um mês, conforme noticiou a BBC – Brasil no dia 15 de maio de 2020: “O ministro da saúde Nelson Teich pediu exoneração do ministério nesta sexta-feira, um mês depois de assumir o cargo no governo do presidente Jair Bolsonaro” (BBC, 2020).

As informações em torno do pedido de exoneração revelaram que havia um desgaste na relação com o presidente Jair Bolsonaro, que pressionava o ministro para a formalização de um protocolo de utilização da hidroxicloroquina:

Na quinta, Bolsonaro havia dito que iria "exigir" do ministério a adoção de um novo protocolo indicando o uso da cloroquina para pacientes em estágio inicial da doença. Bolsonaro vem promovendo a cloroquina como "salvação" contra o coronavírus desde o início da crise, mas diversos estudos nacionais e internacionais mostram que o uso do remédio não diminui o número de mortes ou de internações por covid-19 e pode ter efeitos colaterais muito prejudiciais (BBC, 2020)

Logo após a exoneração de Nelson Teich, quem assume interinamente o Ministério da Saúde é o general Eduardo Pazuello, que atuava como secretário-executivo da Saúde desde a saída de Luiz Henrique Mandetta. A escolha feita pelo presidente, que desde a sua campanha eleitoral em 2018, dizia que os seus ministros seriam técnicos, demonstra o quanto o país vive neste momento uma crise profunda em suas estruturas. Enfatizo aqui a notícia da nomeação do general Pazuello: “Formado pela Academia Militar das Agulhas Negras, em 1984, Pazuello foi coordenador da Operação Acolhida, que cuida de refugiados venezuelanos na fronteira com Roraima. Também esteve à frente da 12ª Região Militar, no Amazonas” (ARAÚJO; ANDRADE; OLIVEIRA, 2020).

Neste exato momento, dia 26/08/2020, em plena pandemia, com mais de 117 (cento e dezessete) mil óbitos causados pela COVID-19 segundo o Ministério da Saúde e 3,7 milhões de casos acumulados (VALENTE, 2020), uma média diária de cerca de mil mortes por dia, o país tem como seu ministro da saúde um interino, de formação militar, sem o conhecimento técnico que o cargo exige para esse momento e lá se vão quase três meses desde a demissão do último ministro da saúde. Esse fato por si só já poderia exemplificar a questão da crise que se arrasta desde que o coronavírus desembarcou no Brasil. Ademais, há uma crise política, econômica e social que caminha concomitantemente com a crise da saúde e falarei dessa crise política logo abaixo.

Crise política

Nasci em plena ditadura militar, no ano de 1969, quando o homem pisou na Lua. Meus pais sempre foram muito rígidos e especialmente meu pai admirava a forma como os militares livraram o país do “fantasma do comunismo”. Cresci e já no Ensino Médio comecei a me dar conta da História do Brasil. Minha professora, altamente crítica, nos proporcionou o contato com a produção de textos que valorizavam uma sociedade democrática e foi justamente aí que começaram os embates com meu pai. Ele me repreendia e dizia que “as paredes têm ouvido”, numa clara alusão a pessoas que denunciavam os “comunistas” que queriam destruir a nação.

Nos anos que se passaram vi a ditadura militar perder sua força que era baseada tanto nos Atos Institucionais, quanto na truculência das abordagens feitas pelos “agentes de segurança do Estado” que promoviam o medo e a violência. Vi então, o último presidente militar da ditadura, o general João Batista Figueiredo, conceder anistia política às pessoas que estavam exiladas em outros países e, por isso, puderam voltar ao Brasil. A luta pela democracia e pelos direitos humanos crescia e assisti a histórica mobilização do povo em favor das “Diretas Já”, que reivindicava o voto da população após anos de eleição indireta para a escolha do presidente da república.

Havia um anseio da população em transformar a sociedade a fim de plantar e fortalecer a democracia participativa nas mais diversas áreas. Se, por um lado, a anistia possibilitou o retorno de vários sujeitos que lutaram contra a ditadura militar, por outro, ela também anistiou os militares a fim de livrá-los de qualquer processo jurídico que os responsabilizasse por torturas, desaparecimentos e mortes. Mesmo assim, o movimento de abertura política foi seguido por um grito intenso nas ruas, traduzido em passeatas, grandes comícios e discursos políticos que canalizavam o desejo por mudanças.

Apesar de todo o esforço, o movimento das “Diretas Já” não conseguiu seu objetivo inicial, contudo a mobilização social coletiva foi resgatada e, em 1984, houve a última eleição indireta para presidente da República, sendo eleito Tancredo Neves e seu vice José Sarney. Logo após a eleição, Tancredo Neves adoeceu e veio a falecer, por isso, assume a presidência o seu vice, José Sarney. Lembro com detalhes a comoção que se deu em torno do velório e do enterro de Tancredo Neves que, mesmo sendo eleito de forma indireta, pelo colégio eleitoral formado pelo Congresso Nacional, finalmente era um presidente civil.

Os tempos passaram e minha formação continuou a ser crítica e cada vez mais profunda em consequência do ensino de história e da politização que era comum entre os jovens daquela época. As rodas de conversa giravam em torno da formação da constituinte e como os jovens poderiam contribuir com ideias para que a nova constituição fosse elaborada. Ouvi palavras marcantes como representatividade, combate à desigualdade, Sistema Único de Saúde, Previdência Social, Assistência Social e o papel do Estado como mantenedor de direitos e da cidadania.

Em 1988, vi o deputado federal Ulisses Guimarães, então presidente do Congresso Constituinte, promulgar a Constituição Cidadã que, apesar de sofrer uma série de críticas, representava um imenso avanço em comparação com anos de atraso sem qualquer possibilidade de haver oposição política ou até mesmo, a criação de partidos políticos. Paralelamente a isso, crescia no país a força de um partido político ligado à esquerda, conhecido como Partido dos

Trabalhadores. Seu expoente maior, o líder sindical, Luiz Inácio Lula da Silva, disputaria uma série de eleições presidenciais até ser eleito, cumprindo seus dois mandatos entre 1º de janeiro de 2003 a 1º de janeiro de 2011.

A ascensão de um trabalhador ao posto de presidente da República trouxe uma série de indagações por parte da elite e da imprensa que olhavam desconfiadas para o presidente. Os anos que se seguiram no seu governo trouxeram uma expansão econômica jamais vista com uma série de benefícios, entre eles o Bolsa Família, que possibilitou um avanço no combate à desigualdade e à pobreza. Tantos foram os crescimentos, principalmente na área social, que após dois mandatos consecutivos o Partido dos Trabalhadores consegue eleger Dilma Rousseff como a primeira mulher presidente do Brasil.

Haveria um segundo mandato para a presidente Dilma Rousseff, caso não sofresse um processo de impeachment, o que para alguns foi orquestrado pela elite e colocado em prática pelo Congresso Nacional. Nesse sentido, setores ligados à esquerda denunciaram esse processo como um golpe político. Aliás, juntamente com o esforço para canalizar o potencial político em favor do impeachment, a operação Lava Jato, que trouxe à tona uma série de escândalos de corrupção, fora denunciada por partidos políticos de esquerda e parte da imprensa porque, a seu ver, agia de forma parcial contra todos os representantes da esquerda, em especial do Partido dos Trabalhadores e, de maneira mais intensa contra o ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Assume a presidência o então vice-presidente, Michel Temer, e nos anos de seu governo o que se viu foi o início de uma série de desmanches de direitos há tempos garantidos pela constituição. Particularmente, na área da saúde, o ataque ao Sistema Único de Saúde foi avassalador cortando estabelecimentos da chamada Farmácia Popular e também investimentos no programa Mais Médicos. As despesas obrigatórias com a saúde foram suspensas. O governo Temer trabalhava com a hipótese de criar um plano de saúde para a população de baixa renda, ou seja, transformar a saúde em um bem e não mais um direito do cidadão.

Juntamente com o ataque aos direitos dos cidadãos assegurados pela Constituição Federal, havia uma movimentação e crescimento de grupos de extrema direita que se articulavam para as eleições que se aproximavam no ano de 2018. O uso de plataformas digitais foi o recurso mais utilizado para disseminar ideias chamadas conservadoras e em outros canais, propagar ódio contra as minorias. Esse movimento cresceu de tal maneira que alçou ao posto de presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, até então um deputado federal do chamado “baixo clero”, conhecido pelas suas falas polêmicas voltadas contra as minorias.

A eleição de Jair Bolsonaro foi marcada por um discurso majoritariamente de ódio pautado na guerra ideológica, chamada assim porque, segundo seus defensores, combate o

“globalismo”, o comunismo e para isso defende o nacionalismo e também os chamados “valores da família tradicional”, com o direito à propriedade. Leia-se aqui o chamado “Liberalismo Econômico”. Além disso, havia o tema do combate à corrupção e que não haveria mais a “velha política”, denominada assim porque, segundo o próprio presidente eleito, a estrutura política nacional estava viciada no famoso “toma lá, dá cá”.

Para levar a cabo tais propostas, o governo eleito chamou pessoas que considerava chave para ocupar postos ministeriais. Dentre tais pessoas, convidou o então juiz da Operação Lava Jato, Sérgio Moro, para o posto de Ministro da Justiça com a finalidade de colocar em pauta uma série de leis que se enquadrariam no combate à corrupção. Registro que a pauta do ex-juiz não prevaleceu e após um atrito com o presidente da República, no qual alegou que o presidente queria interferir na Polícia Federal por investigações que envolviam sua família, pediu demissão do governo. Em sua coletiva de imprensa, para anunciar a demissão, pronunciou: “Falei para o presidente que seria uma interferência política. Ele disse que seria mesmo” (G1.GLOBO, 2020).

Na área externa o Brasil afastou-se de posições históricas assumidas pelos governos anteriores. Houve uma aproximação com a ala política da extrema direita norte-americana, capitaneada pelo Presidente Donald Trump. Nesse sentido, o Ministro das Relações Exteriores, Ernesto Araújo, distanciou o Brasil de acordos históricos na Organização das Nações Unidas (ONU), principalmente na questão dos direitos humanos. Além de atacar e tentar desmoralizar a ONU a posição brasileira era a mesma assumida pelos norte-americanos que colocavam em dúvida também o papel da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O primeiro ano do governo de Jair Bolsonaro foi marcado por uma queda de braço com o Congresso Nacional. Os projetos liberais na área econômica, considerados essenciais pela equipe do Ministro Paulo Guedes para o crescimento do país não saíram do papel. Registro aqui que tais projetos continuam a destruir cada vez mais os direitos do cidadão. O “grande projeto” aprovado foi a Reforma da Previdência, duramente criticada pela oposição e por parte de estudiosos que entendiam que a proposta encaminhada pelo governo desfigurava completamente o sistema previdenciário. Dentre estas propostas, por exemplo, estava a ideia de uma capitalização por parte dos trabalhadores, o que não foi aprovado.

A chegada da pandemia do Coronavírus ao Brasil acentuou uma crise que já estava deflagrada tanto na área política quanto nas áreas econômica e social. Acrescento que, politicamente, além das questões levantadas acima, o presidente e sua chamada ala ideológica, promovem um discurso de ódio direcionado contra qualquer pessoa que seja contrária aos posicionamentos que esta ala assume e também contra as minorias. O discurso é embasado no

machismo, no racismo, no ageísmo, na homofobia, na xenofobia e também na intolerância religiosa.

Como disse acima, os trabalhadores que vinham sofrendo uma série de perdas de direitos, também padecem com o fechamento de postos de trabalho. A informalidade bate recordes e cada vez mais a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) é amputada em algum ponto. Informo que o governo aprovou uma série de medidas como o fim da obrigatoriedade das taxas sindicais. A ideia é que o trabalho seja oferecido sem direito algum, ou seja, está havendo uma precarização nas formas de amparo ao trabalhador a fim de excluí-las por completo.

Milhões de trabalhadores e trabalhadoras, sem alternativa, migraram para o chamado mercado informal e isso trouxe sérias consequências para a área social. Com a pandemia, por causa das medidas de isolamento social, muitos trabalhadores e trabalhadoras se viram sem fontes de renda. Outros postos de trabalho foram fechados, principalmente os que estavam atrelados aos pequenos estabelecimentos comerciais, que não sobreviveram porque não conseguiram acessar o crédito que é oferecido pelo governo. Ressalto que no início da pandemia o governo federal abriu os cofres e disponibilizou para os bancos aproximadamente R\$ 1,2 trilhões de reais (Um trilhão e duzentos bilhões de reais) (GOVERNO DO BRASIL, 2020). As medidas para as empresas vieram a conta gotas e muitas não conseguiram acesso. (LIS, 2020)

Para os trabalhadores e trabalhadoras, o governo havia proposto um auxílio emergencial de R\$ 200,00 (duzentos reais) o que o Congresso Nacional elevou para R\$ 600,00 (seiscentos reais). Tal auxílio tinha como objetivo oferecer suporte financeiro às famílias de baixa renda e trabalhadores e trabalhadoras consideradas informais, ou seja, os que não possuem registro em carteira. Após uma série de problemas com o cadastro dos participantes, o auxílio foi liberado e constatou-se, após um tempo, que o auxílio foi enviado também para pessoas que não necessitavam, enquanto isso há pessoas que ainda não conseguiram a obtenção do mesmo.

O contexto da pandemia revelou a importância das políticas públicas, de maneira mais significativa, nas áreas da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) absorveu a imensa maioria dos casos e, se não fosse por ele, talvez tivéssemos um número ainda maior de mortos. O Brasil é o segundo país no mundo em número de casos de contaminação e também de mortos pelo COVID-19, atrás somente dos Estados Unidos.

Há outros fatores que colaboraram para que a crise que o país passa nesse momento seja ainda mais intensa. O presidente, com sua posição negacionista, juntamente com alguns empresários criaram um embate entre saúde e economia. Para esse grupo não haveria necessidade de um isolamento para toda a sociedade. Bastaria o chamado “isolamento vertical”

no qual somente pessoas do grupo de risco ficariam em casa. A FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz) tipifica as diferenças entre isolamento vertical, horizontal e *lockdown*:

Vertical: Apenas pessoas do grupo de risco ficam em casa. No caso da Covid-19, é formado por idosos e indivíduos com doenças como diabetes, hipertensão, problemas cardíacos e obesidade, além de problemas que atingem os sistemas respiratório, imunológico ou neurológico. Jovens e saudáveis poderiam, portanto, circular normalmente. A Organização Mundial de Saúde, porém, é contra esta forma de isolamento, uma vez que jovens são importantes vetores da doença e o número de contaminados poderia aumentar rapidamente. **Horizontal:** Todos devem permanecer em casa. A medida restringe ao máximo o contato entre as pessoas, evitando uma grande propagação da doença. Apesar de causar impactos graves na economia, é essencial para evitar um aumento desenfreado da doença e o colapso no sistema de saúde, o que também causaria danos à economia. **Lockdown:** O trânsito de pessoas nas ruas é completamente restrito, exceto trabalhadores de áreas essenciais, como Saúde, Segurança, farmácias e supermercados. É adotado para conter de forma mais rápida e eficaz a disseminação do vírus (FIOCRUZ, 01/07/2020).

Nota-se que Organização Mundial da Saúde é contra o isolamento vertical, porque esta medida não impede a transmissão do vírus através dos diversos vetores, tais como crianças e jovens. A partir deste posicionamento, surgiu uma linguagem especialmente contra os idosos e idosas. Alguns empresários chegaram a dizer que: “Quem entende mesmo de estatística vê que os números são irrisórios. E quem morre mesmo são os velhinhos. E, mesmo dos velhinhos, só 10%, 15% deles morrem” (LEMOS, 2020). Destaco que a retórica impulsionada pelo ódio do presidente voltou o seu ataque contra o Supremo Tribunal Federal e os juízes da corte e, assim, vive em constante tensão tanto com o Legislativo quanto com o Judiciário.

Registro aqui duas questões que eclodiram no Brasil e incluo no momento que escrevo esta dissertação. A primeira delas tem a ver com o surgimento do movimento de extrema-direita em nosso país. Silva *et al* (2014) discorrem sobre os matizes das diferentes correntes de extrema-direita tanto no Brasil quanto no mundo e acentuam que

A extrema-direita, marcadamente associada às trágicas experiências do nazifascismo, continua apresentando muitos traços originais do contexto de sua emergência: irracionalismo, nacionalismo, defesa de valores e instituições tradicionais, intolerância à diversidade — cultural, étnica, sexual — anticomunismo, machismo, violência em nome da defesa de uma comunidade/raça considerada superior. Compartilhando do ideário político vinculado aos interesses de dominação, opressão e apropriação privada da riqueza social, distancia-se da direita tradicional pela intolerância e pela violência de suas ações, embora, quando organizada em partidos ou associações públicas, recuse tais práticas por parte de seus membros (p. 413-414).

Para alguém como eu, conforme descrevi acima, que participou ativamente do processo de redemocratização no Brasil e que viu de perto o movimento “Diretas Já” e a grande mobilização popular em torno da volta à democracia, esse tipo de pensamento autoritário é, no

mínimo, assustador. É óbvio que a democracia permite diferentes expressões e evidencio aqui que há necessidade de preservá-las, contudo, é indispensável sustentar os valores democráticos previstos na Constituição, nas Leis Brasileiras e nos organismos internacionais.

A segunda questão que me deixa atônito tem a ver com a minha formação religiosa. Desde pequeno participei da igreja protestante, portanto herdeira da Reforma e de matriz presbiteriana, mais precisamente a Igreja Presbiteriana Independente do Brasil. No processo de redemocratização brasileiro conheci pessoas que expressavam sua fé de maneira muito prática no convívio com os mais pobres. Acreditavam que o evangelho seria o potencializador de denúncias contra as injustiças e, ao mesmo tempo, serviria para diminuir a brutal desigualdade econômica brasileira. Acontece que, por volta dos anos 1980, chega ao Brasil um movimento impulsionado pela chamada “Teologia da Prosperidade” que inspirava os fiéis a serem ricos. Lemos (2017) descreve da seguinte forma a chegada da Teologia da Prosperidade no Brasil,

Esse movimento contou com a importação de teologias, literatura, músicas, intercâmbio de lideranças religiosas, surgimento de novas igrejas e novas lideranças religiosas, que passaram a adotar as novas doutrinas impostas pelo novo modelo de teologia. O país aos poucos adentrou-se na seara de renegação da vertente pentecostal tradicionalista, em defesa de uma teologia que rechaça o sofrimento, a pobreza e a doença como condições inerentes à vida terrena (p. 87).

Tal movimento arrebanhou milhões de pessoas o que se viu foi uma busca desenfreada por poder e riqueza a tal ponto de que hoje, infelizmente, grande parte do apoio que o presidente recebe vem de setores denominados evangélicos. Deixo claro que a Igreja Presbiteriana Independente do Brasil, denominação à qual faço parte, assumiu um posicionamento na pandemia a favor da ciência e do isolamento social.

É nesse contexto de crise na saúde, na economia, na sociedade e nos poderes que escrevo esta dissertação de mestrado. Foi necessário enumerar e relatar todo o contexto porque, de alguma forma, os acontecimentos atuais dizem respeito a essa pesquisa, que versa sobre envelhecimento, saúde, políticas públicas e fazer científico.

Há inúmeros desafios pela frente e, dentre eles a manutenção das políticas públicas, e destaco aqui, a área da saúde que atende a população mais carente e de forma mais acentuada os idosos e idosas que conseguiram sobreviver nestes tempos tão difíceis. Por um lado, convivem com o medo da infecção e o preconceito da sociedade, por outro, são cada vez mais dependentes do sistema de saúde tendo em vista que é uma pequena minoria que consegue pagar planos de saúde privados em função do valor altíssimo a ser desembolsado.

Sendo assim, proponho no primeiro capítulo, intitulado “A cartografia como metodologia para mapear o acolhimento de idosos e idosas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Assis-SP”, uma apresentação da metodologia escolhida e o porquê entendo que esse método mostrou-se satisfatório para o levantamento dos dados, a observação do serviço de saúde e também as entrevistas realizadas. Procuro descrever a pertinência da metodologia para as Ciências Humanas e sua relevância para o percurso que me propus a realizar. Nesse sentido, além de justificar teoricamente o método, apresento os passos que foram seguidos para a elaboração da pesquisa.

No segundo capítulo intitulado “Políticas de Atenção ao Idoso”, proponho investigar, na legislação vigente, os direitos da pessoa idosa para verificar, tanto o contexto da construção dessas políticas, quanto destacar as que envolvem a área da saúde. A sociedade brasileira construiu uma série de leis no decorrer dos anos a fim de oferecer resposta para uma população cada vez mais idosa. Comentarei sobre o significado delas para os idosos e, de maneira mais profunda, deter-me-ei tanto nas leis específicas relacionadas à saúde quanto naquelas que tangenciam o tema. Além disso, faço uma trajetória do processo histórico do Sistema Único de Saúde e localizo onde a Unidade Básica de Saúde se encontra no organograma de atenção à população.

No terceiro capítulo intitulado “O acolhimento de idosos e idosas atendidos e atendidas na UBS”. Proponho-me a cartografar e realizar uma reflexão sobre as questões que evidenciaram a necessidade de construir um processo que se pautasse na produção de cuidado do outro, em consonância, assim, com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Além disso procuro apresentar o resultado da coleta de dados das entrevistas realizadas com idosos e idosas que foram atendidos e atendidas na UBS. Busco compreender as possibilidades que surgem no acolhimento por parte dos trabalhadores e trabalhadoras da UBS em relação aos idosos.

Na conclusão, temos como objetivo realizar uma reflexão articulando os capítulos anteriores, a fim de verificar como idosos e idosas compreendem o acolhimento e como esse processo é expressivo dentro da Política Nacional de Humanização, além de potencializar o encontro entre os usuários e os trabalhadores e trabalhadoras. Compreende-se aqui uma forma de cuidado que propicia a valorização do ser humano e a ética. Apresento uma reflexão sobre o que o Sistema Único de Saúde representa para a pessoa idosa, principalmente para as mais vulneráveis, e o quanto as políticas públicas são essenciais para a manutenção da vida e da dignidade humana.

CAPÍTULO 1

1. A cartografia como metodologia para mapear o acolhimento de idosos e idosas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Assis-SP

A cartografia fundamenta-se nos conceitos postulados por Gilles Deleuze (1925-1995) e Félix Guattari (1930-1992) partindo da obra *Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia* sendo que nela, logo em seu prefácio, revela que: “as multiplicidades são a própria realidade e, não supõem nenhuma unidade, não entram em nenhuma totalidade e tampouco remetem a um sujeito” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 8). Nota-se que o processo, e, por conseguinte seu movimento, recebe atenção pelo fato de que nele encontram-se elementos concernentes às multiplicidades desvelando encontros, potencialidades, lugares, espaços, sujeitos, o que indica uma diversidade constituída “como linhas que se condensam em estratos mais ou menos duros, mais ou menos segmentados e em constante rearranjo – como os abalos sísmicos pela movimentação das placas tectônicas que compõem a Terra” (PASSOS; BARROS, 2010, p. 9).

Assim, faço uso da cartografia como instrumento metodológico, tendo em vista o que anunciam Passos e Barros (2010) ao descrever que não há regras de antemão que norteiem a pesquisa e tão pouco objetivos rigorosos a serem alcançados. Todavia, nem por isso trata-se de um caminhar sem rumo. Ao contrário, o que existe é “uma reversão do sentido tradicional de método – não mais caminhar para alcançar metas pré-fixadas (*metá-hodós*), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas” (p. 17).

Nesse sentido, a cartografia é um método, pois não parte de um modelo pré-estabelecido, mas indaga o objeto de estudo a partir de uma fundamentação própria, afirmando uma diferença, em uma tentativa de reencontrar o conhecimento diante da complexidade (ROMAGNOLI, 2009, p. 169).

Com a cartografia, observo os processos que se constituem durante a pesquisa e que afetam diretamente tanto o objeto quanto o pesquisador sendo que “o olhar do cartógrafo é parte da construção daquilo que pretende apresentar” (CORREA, 2010, p. 37). A investigação com base na cartografia se mostra significativa tendo em vista que seu uso como ferramenta serve “para abarcar a complexidade, zona de indeterminação que a acompanha, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação, esforçando-se para não se curvar aos dogmas reducionistas” (ROMAGNOLI, 2009, p. 169). Observo, desta forma, que a análise da pesquisa recai sobre “os processos de produção de subjetividade” (PASSOS; BARROS, 2010,

p. 8) o que me impele a compreender o quanto o método utilizado é relevante para a pesquisa em ciências humanas, em especial no seu caráter qualitativo.

O método proposto está relacionado ao campo das ciências sociais e humanas porque é “mais que mapeamento físico, trata de movimentos, relações, jogos de poder, enfrentamentos entre forças, lutas, jogos de verdade, enunciações, modos de objetivação, de subjetivação, de estetização de si mesmo, práticas de resistência e de liberdade” (FILHO; TETI, 2013, p. 47). A utilização deste método oferece a produção de conhecimento “a partir das percepções, sensações e afetos vividos no encontro com seu campo, seu estudo, que não é neutro, nem isento de interferências e, tampouco, é centrado nos significados atribuídos por ele” (ROMAGNOLI: 2009, p. 170). O campo é visto a partir de um mapa e, conforme Deleuze e Guatarri (1995),

O mapa não reproduz um inconsciente fechado sobre ele mesmo, ele o constrói (...). O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social (...). (p. 22).

Encontro na cartografia, então, a possibilidade de mapear questões cuja complexidade está sujeita a modificações constantes e também “às múltiplas entradas e saídas que as expressões dos sujeitos desenham em seus gestos e narrativas. Conectividades. Devires” (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013, p. 206). Diferentemente de pesquisas que têm como base o positivismo e que colocam um certo distanciamento do pesquisador atribuindo a ele uma certa neutralidade e a separação sujeito/objeto, na cartografia, ao contrário, inexistente um caminho pré-estabelecido rigidamente. Assim, a experiência mostra-se como elemento constituinte do processo conforme Passos e Barros (2010):

O ponto de apoio é a experiência entendida como um saber-fazer, isto é, um saber que vem, que emerge do fazer. Tal primado da experiência direciona o trabalho da pesquisa do saber-fazer ao fazer-saber, do saber na experiência à experiência do saber. Eis aí o “caminho” metodológico (p. 18).

Ao levar em conta a experiência, proponho aqui, mesmo que brevemente, tratar a questão da intervenção com base no pensamento desenvolvido por Passos e Barros (2010). Para o cartógrafo, existe a necessidade de imergir na experiência, porque nela “conhecer e fazer se tonam inseparáveis, impedindo qualquer pretensão à neutralidade” (PASSOS; BARROS, 2010, p. 30). Há, portanto, uma implicação entre o cartógrafo e o objeto de tal maneira que “os termos da relação de produção de conhecimento, mais do que articulados, aí se constituem” (PASSOS; BARROS, 2010, p. 30). Nesse sentido conhecer é a possibilidade de um posicionamento

político a partir de uma nova realidade tanto para si quanto para o mundo. Avança-se para além da representação do objeto como estático com suas características e dispositivos previamente estabelecidos. “Restam sempre pistas metodológicas e a direção ético-política que avalia os efeitos da experiência (do conhecer, do pesquisar, do clinicar, etc.) para daí extrair os desvios necessários ao processo de criação” (PASSOS; BARROS, 2010, p. 31). Revela-se, desta forma, um acompanhamento da realidade com base no conhecimento mapeando seu processo de constituição e o objeto nela inserido. “Esse é o caminho da pesquisa-intervenção” (PASSOS; BARROS, 2010, p. 31).

O trabalho do cartógrafo está para além de constatar situações ou simplesmente validar certos aspectos previamente definidos, conforme citado acima, por isso, ancora-se “numa realidade movente, com valores e normas forjadas na história, desconfiando-se sempre da fixidez da realidade a ser pesquisada” (BARROS; SILVA, 2013, p. 341). Quando inserido no campo depara-se com várias situações que necessitam de sua atenção, e Kastrup (2015) aponta quatro tipos de atenção que pertencem ao trabalho do cartógrafo: “são eles o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento (KASTRUP, 2015, p. 40). O rastreio tem a ver com o acompanhamento que se dá em relação ao objeto, tendo em vista que há possibilidade de alterações constantes, “para o cartógrafo, o importante é a localização de pistas, de signos de processualidade” (KASTRUP, 2015, p. 40). A atenção relacionada ao toque não se prende à forma, mas sim à força que é direcionada subjetivamente ao cartógrafo.

O toque pode levar tempo para acontecer e pode ter diferentes graus de intensidade. Sua importância no desenvolvimento de uma pesquisa de campo revela que esta possui múltiplas entradas e não segue um caminho unidirecional para chegar a um fim determinado. Através da atenção ao toque, a cartografia procura assegurar o rigor do método sem abrir mão da imprevisibilidade do processo de produção do conhecimento, que constitui uma exigência positiva do processo de investigação *ad hoc* (KASTRUP, 2015, p. 43).

A atenção pelo pouso proporciona ao cartógrafo um olhar que redimensiona seus sentidos e os amplia reconfigurando seu campo de observação. Permite ao cartógrafo um refinamento em relação ao seu trabalho ampliando a relevância e a potência deste, reduzindo a probabilidade de tornar sua percepção ambígua. É pertinente evidenciar que “em cada momento da dinâmica atencional é todo o território que se reconfigura” (KASTRUP, 2015, p. 44). A última forma de atenção elencada diz respeito ao reconhecimento atento. Tal gesto sinaliza que o trabalho do cartógrafo, como foi descrito acima, não é uma descrição ou representação do objeto, mas sim o acompanhamento de processos que se constituem num campo que não é estático, ao contrário, se mostra móvel e cheio de eventualidades. Ocorre, neste sentido,

segundo a autora uma diferenciação entre o reconhecimento automático aos quais estamos habituados e reconhecimento atento. No reconhecimento automático há uma construção de certos hábitos que formam imagens que permanecem, formando assim uma determinada ideia ou pensamento. Já, no reconhecimento atento a ideia é outra, “pois o objetivo é justamente cartografar um território que, em princípio não se habitava” (KASTRUP, 2015, p. 45). Ou seja, como o conhecimento é produzido ao longo de um processo na pesquisa, que envolve atenção, origina-se aí, o próprio território a ser observado.

Sendo assim, a cartografia propõe um rompimento com o método natural de ciência que estabelece a separação sujeito – objeto, pois, “valoriza a rede de forças ao qual ele está conectado, no que diz respeito às suas articulações históricas e conexões com o mundo, em um movimento dinâmico e permanente” (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013, p. 207). Por isso a necessidade de o pesquisador visualizar o horizonte ampliado pela possibilidade de novos aprendizados com flexibilidade para compreender a movimentação do campo, dispondo-se a construir constantemente o processo. Nesse sentido, conforme propõe Souza e Francisco (2016), o pesquisador precisará compreender que: a) é um processo interventivo, no sentido de experiência; b) necessitará acompanhar processos; c) habitará um território; d) acessará o plano coletivo de forças e; e) a atenção flutuante e aberta.

Enfatizo o fato de que na cartografia o acompanhar processos proporciona adentrar um campo onde tais processos já estão ocorrendo. O processo dispõe de dois sentidos, conforme apontam Martines, Machado e Colvero (2013), o de “processamento e o de processualidade” (p. 207). A distinção ocorre porque o processamento visa “coletar e analisar informações: são colocados de lado fatores extracognitivos, ou seja, a relação que o fenômeno tem com a história, o *socius* e o plano de afetos” (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013, p. 207). Já a processualidade “afina-se com a investigação de processos de produção de subjetividade, de processos em curso, nos quais o cartógrafo começa pelo meio, entre pulsações (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013, p. 207). Nesse sentido, indicam Barros e Kastrup (2015), que a processualidade é o “coração da cartografia” (p. 58).

Minha pesquisa foi qualitativa a fim de perceber no discurso dos idosos e das idosas quais as repercussões do acolhimento que receberam em uma Unidade Básica de Saúde. A pesquisa qualitativa, segundo Ferigato e Carvalho (2011) surge em meio a um “contexto científico marcado pela proximidade com os interesses das políticas hegemônicas e pela abordagem positivista, que condicionava seus conceitos, métodos e técnicas” (p. 664). Com o avanço da pesquisa, surgem novos questionamentos que os métodos tradicionais quantitativos não eram capazes de responder. Os pesquisadores tinham uma preocupação com os fatos

observáveis derivados dos trabalhos de campo e queriam que tais fatos tentassem “oferecer uma interpretação válida, confiável e objetiva dos fatos” (FERIGATO; CARVALHO, 2011, p. 664). Assim, “todo trabalho de pesquisa que se define como qualitativo deve levar em conta a complexidade histórica do campo, o contexto do objeto pesquisado e a experiência vivida” (FERIGATO; CARVALHO, 2011, p. 664). Aponta-se, desta forma, que minha escolha pela cartografia como o método para a pesquisa qualitativa no estabelecimento da saúde é relevante porque,

pela perspectiva cartográfica, se propõe uma análise a partir de outros campos de visibilidade, abrindo a percepção desse estabelecimento de saúde sob outro ângulo: analisar seus funcionamentos e os que eles produzem (FERIGATO; CARVALHO, 2011, p. 670).

O cartógrafo envolve-se com a pesquisa, conforme asseveram Passos e Barros (2010), assim, na cartografia, há uma inseparabilidade entre conhecer e fazer, pois “toda pesquisa é intervenção”, a qual se dá por meio de um “mergulho na experiência” (p. 17). Nesse sentido, “a cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção de conhecimento) do próprio percurso da investigação” (PASSOS; BARROS, p.18). O pesquisador volta-se para toda a complexidade do campo sem perder de vista os processos e estar atento aos movimentos produzidos a fim de elaborar uma pesquisa que forneça subsídios para propor discussões, “pois possibilita o mapeamento de paisagens psicossociais, o mergulho na geografia dos afetos, dos movimentos, das intensidades” (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013, p. 204). Por isso, quando o pesquisador fala em coleta de dados, vai além da questão crua do extrativismo, na realidade ele já está implicado com o campo desde o início de seu trabalho, “em conjunto com sujeitos, forças e ritmos” (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013, p. 207).

Meu primeiro passo para viabilizar o mapeamento do acolhimento de idosos e idosas em uma Unidade Básica de Saúde e que contribuísse para problematizar o processo de envelhecimento populacional brasileiro dentro da esfera das Políticas Públicas, foi justamente fazer um levantamento bibliográfico. Para tal utilizei as seguintes bases para procurar artigos relevantes que auxiliassem no desenvolvimento da pesquisa: “Portal de Periódicos CAPES/MEC”, “LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde”, “SciELO – Scientific Eletronic Library Online”, “PePsic – Periódicos Eletrônicos em Psicologia”, além de livros na Biblioteca “Acácio José Santa Rosa” – Unesp Assis e acesso ao Repositório Institucional da UNESP. Procurei por palavras que envolvessem os seguintes

temas: “Envelhecimento”, “Políticas Públicas para Idosos”, “Cartografia”, “Pesquisas qualitativas”, “Sistema Único de Saúde”, “Acolhimento”, “Unidade Básica de Saúde”, “Política Nacional de Humanização”, “Atenção primária” e “Cadernos do SUS”. Foram utilizados ainda pesquisas sites do governo, no Diário Oficial para buscar Leis e Portarias. Por fim fiz buscas em portais de notícias: UOL – Universo On-Line, G1 – Globo.com e BBC Brasil.

A pesquisa contou com a aprovação pelo Comitê de ética – CAAE: 97856918.9.00005401. Neste segundo passo o material pesquisado contribuiu significativamente para a fundamentação teórica desta pesquisa permitindo uma maior compreensão das demandas dos idosos e idosas nas Unidades Básicas de Saúde. Além disso, foram realizados os primeiros contatos com a coordenadora da UBS para a autorização da pesquisa naquele estabelecimento e também o reconhecimento de que havia condições de infraestrutura para a realização da pesquisa. Diante da aprovação realizei a próxima etapa de inserção no campo.

Em meu terceiro passo fiz a investigação junto à Unidade Básica de Saúde localizada no bairro mais populoso da periferia da cidade de Assis-SP que, juntamente com outros bairros em seu entorno, formam o chamado “complexo da Prudenciana”, que abriga aproximadamente 30 mil pessoas. Por isso a UBS é a maior dentre as seis Unidades Básicas de Saúde da cidade. Seu espaço físico compreende um amplo estacionamento e um grande corredor de entrada que leva à recepção, que possui um balcão de alvenaria e, em seguida uma parede com um vidro que separa os trabalhadores dos usuários. Conta com salas de atendimento que são usadas pela psicóloga, sala de atendimento odontológico, sala específica para atendimento e exames ginecológicos e demais salas para: atendimento médico e; reuniões de equipe que atuam no combate à dengue. Há também uma sala para a coordenação, uma para vacinação, uma para coleta de exames, outra para a realização de curativos, uma para agendar exames e fazer aferição de pressão. Conta ainda com mais duas salas construídas recentemente, onde atuam os estudantes da Faculdade de Medicina do Município de Assis (FEMA), nas especialidades de cardiologia e ortopedia sob a supervisão de professores. A UBS também conta com uma sala onde se localiza o autoclave, outra para serviços administrativos, há uma cozinha e um espaço de convivência ao ar livre. A UBS oferece, além de sua rotina de consultas, programas como o “Agita Assis”, destinado a idosas e idosos voltado para a prática de exercícios físicos. Existem outros programas voltados para as gestantes, além de campanhas regulares de vacinação.

A UBS conta com os seguintes trabalhadores da área da saúde: 05 (cinco) médicos clínicos gerais, que atendem tanto no período da manhã quanto no período da tarde; 02 (dois) médicos ginecologistas, que atendem somente na parte da manhã; 03 (três) médicos pediatras

que também atendem somente na parte da manhã, com exceção da terça-feira, quando não há atendimento; 02 (dois) dentistas que atendem somente pela manhã, 01 (uma) psicóloga que atende num determinado período; 02 (duas) enfermeiras; sendo que uma delas é a coordenadora do posto; 07 (sete) técnicos e/ou auxiliares nos serviços de cadastro, aferição de pressão, cartão SUS, limpeza, cozinha e demais serviços. Além disso, comporta ainda, um grupo de estudantes que são estagiários do curso de psicologia que realizam um trabalho de pesquisa e de atendimento sob a orientação de uma universidade pública que se localiza no município.

“Como cartógrafos, nos aproximamos do campo como estrangeiros visitantes de um território que não habitamos” (BARROS; KASTRUP, 2015, p. 61). Compareci na UBS nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2019. Nas primeiras visitas mantive o contato com a coordenadora a fim de compreender, observar e me inserir no campo, o que realmente aconteceu. Fui apresentado num primeiro momento aos espaços físicos que descrevi acima e também aos trabalhadores e trabalhadoras que pertenciam a eles. Observava o que me era apresentado com atenção e amplitude. Foram três longos encontros com a coordenadora que me explicou detalhadamente o funcionamento da UBS, desde a questão de horários até a implicação de cada trabalhador e trabalhadora com o seu setor. Foi em um destes encontros que ela me informou quais os dias e horários que registravam o maior número da presença de idosos e idosas além de me convidar para uma reunião de equipe para apresentar a mim e a pesquisa aos demais trabalhadores e trabalhadoras, o que acabou acontecendo na semana seguinte.

A UBS possui quatro horários de consultas médicas aos usuários, sendo que dois são pela manhã, às 8h e às 10h e dois à tarde, um às 14h e outro às 16h todos os dias. Os dias de maior movimento são de segunda-feira à quarta-feira com uma pequena redução na quinta-feira e poucos usuários na sexta-feira. Decidi trabalhar da seguinte forma: em uma semana frequentava a UBS pela manhã, das 7h às 10h e na outra semana às tardes das 13h às 16h a fim de observar a movimentação de idosos e idosas e atentar quais os horários mais frequentados por elas e eles. Informe-me também sobre os horários da programação de idosos e idosas oferecido pela UBS, o “Agita Assis”, que era realizado nos períodos da manhã, mais especificamente, a partir das 8h. Procurei inserir-me a fim de compreender, de forma ampla, os afetos ali envolvidos, principalmente os relacionados ao acolhimento das idosas e idosos.

Meu quarto passo foi a coleta de dados que fiz nos horários que antecederiam as consultas com idosos e idosas. O primeiro critério para a escolha das entrevistadas e entrevistados era visual: Então, eu me apresentava, falava meu nome e perguntava o nome e a idade da pessoa. Após esse primeiro contato informava o motivo da abordagem e se o idoso ou a idosa queriam participar da pesquisa. Após a confirmação positiva, havia a assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que após a assinatura iniciávamos as perguntas ali mesmo, na sala de espera, em ambiente aberto, mesmo porque os idosos e idosas esperavam por atendimento médico.

Fiz entrevistas com os idosos e idosas porque “são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que conflitos e contradições não estejam claramente explicitados” (DUARTE, 2004, p. 133). A opção pela entrevista semi-estruturada foi o percurso escolhido tendo em vista o fato de que ela é útil tanto para o entrevistador, porque leva em consideração o embasamento teórico sobre o tema proposto, quanto para o entrevistado porque este tem “a possibilidade de discorrer sobre suas experiências, a partir do foco principal proposto pelo pesquisador” (DUARTE, 2004, p. 133). Perguntei às idosas e aos idosos: “(1). Qual a idade?”, “(2). Há quanto tempo é usuário ou usuária da Unidade Básica de Saúde?”, “(3). Quantas vezes por semana o senhor ou a senhora procura a Unidade Básica de Saúde?”, “(4). Como o senhor ou a senhora se sente quando chega na Unidade Básica de Saúde?”, “(5). Qual o tempo de espera para ser atendido/atendida na Unidade Básica de Saúde?”, “(6). O que o senhor ou a senhora sentiu ao ser atendido na Unidade Básica de Saúde?”, “(7). O que o senhor ou a senhora sentiu ao ter um pedido atendido prontamente na Unidade Básica de Saúde?”, “(8). O que o senhor ou a senhora sentiu ao ter um pedido negado prontamente na Unidade Básica de Saúde?”.

Os relatos foram primeiramente gravados no meu celular e registrados posteriormente em meu diário de campo cuja importância destaca-se porque reúne as experiências, sensações, registros do que foi experienciado no campo, ou seja, é um documento. Segundo Lima, Mito e Prá (2007) essa “documentação tem um caráter dinâmico e flexível quando se consideram suas finalidades – enquanto base para a investigação...” (p. 96). Nesse sentido o diário de campo para Oliveira, Gerevini e Strohschoen (2017) é um “instrumento” e de “cunho inteiramente pessoal” (p. 123), que é utilizado pelo pesquisador para inserir as impressões que foram captadas durante o trabalho no campo. Conforme Khaoule e Carvalho (2013),

Os diários de campo oferecem elementos importantes para o aprofundamento das análises e dos dados coletados. O significado de se escrever um diário, o diálogo consigo mesmo, da racionalização sobre o acontecido durante o dia, também tem seus efeitos terapêuticos e educativos (p. 275).

O diário de campo como instrumento ainda possibilita, além de rever as cenas ocorridas no campo, refletir sobre os acontecimentos e formular questionamentos que auxiliam no

desenvolvimento da pesquisa. É “um registro das práticas realizadas nos campos de estágio possibilita o mapeamento consciente da experiência, uma visão alargada e sequenciada do que foi realizado. Permite uma leitura densa, profunda e pessoal dos eventos assistidos” (KHAOULE; CARVALHO, 2013, p. 275). Registre as respostas em detalhes a fim de analisar, juntamente com o território que o equipamento está inserido, as questões relativas à população idosa atendida.

A inserção na UBS viabilizou uma série de encontros não somente com idosos e idosas. Havia as pessoas que acompanhavam os idosos e as idosas em suas idas até a Unidade Básica de Saúde e com as quais interagi durante as entrevistas. Além destas pessoas, tive a oportunidade de entrar em contato com os trabalhadores e trabalhadoras que, com o passar do tempo, revelavam o dia a dia do seu trabalho, e quais respostas ofereciam para as demandas surgidas. Como disse acima, participei de uma reunião de equipe onde ouvi quais questões eram as mais relevantes e os encaminhamentos decididos pelos presentes. Uma vez inserido no contexto da UBS passei a percorrer diferentes salas, a fim de compreender e registrar algumas dinâmicas do seu funcionamento, tais como: marcação de consultas, exames, curativos, vacinas, prontuários, etc. Participei de conversas informais que ocorriam no café e escutei inúmeras histórias de trabalhadoras e trabalhadores, tanto daqueles e daquelas que já estavam há um bom tempo neste trabalho quanto daqueles e daquelas que chegaram mais recentemente.

Meu passo seguinte foi analisar o que havia registrado em meu diário de campo, com o olhar do cartógrafo amparado no pensamento de Passos e Eirado (2015):

É pela desestabilização das formas, pela sua abertura (análise) que um plano de composição da realidade pode ser acessado e acompanhado. Trata-se de um plano genético que a cartografia desenha ao mesmo tempo em que gera, conferindo ao trabalho da pesquisa seu caráter de intervenção (p. 109).

Percebi que em meu diário de campo havia a narrativa das idosas e idosos e também material abundante proveniente dos encontros na UBS, por isso escolhi mapear o envelhecimento de acordo com o referencial das Políticas Públicas relativas aos idosos na área da saúde. Destaco o acolhimento como ferramenta indispensável nesse processo. O envelhecimento populacional emerge como uma realidade demográfica cada vez maior, contudo questiono quais velhices estão imersas nessa população, em especial a que frequenta a Unidade Básica de Saúde. Assim, nessa processualidade que a realidade se revela, o cartógrafo busca apresentar alguns destaques sobre o envelhecimento e sua compreensão na sociedade contemporânea baseado em textos de referência e também na experiência de imersão no campo.

Como a própria cartografia assinala, farei o reconhecimento dessa processualidade considerando o quanto é móvel e altera-se possibilitando novas cenas.

O olhar do cartógrafo constrói uma possibilidade de paisagem, mas o mapa expande-se para além de seus contornos. Por isso, a pesquisa deve comportar espaços vazios de interlocução e de recriação a partir do encontro entre cartógrafo e seu campo de trabalho (CORREA, 2010, p. 41).

Busco, nesse sentido, mapear as saliências que o campo produz, sendo sensível nesse encontro e reconhecendo o cuidado que isso exige, tendo em vista que “a pesquisa cartográfica coloca-se entre aquelas que afirmam a importância do interesse da ciência pelo que investiga, aceitando em contrapartida, o interesse próprio do objeto” (KASTRUP; PASSOS, 2013, p. 272). As relevâncias que emergem do campo deixam de ser apresentadas de forma neutra pelo cartógrafo, que se implica a ponto de produzir uma possível cena do processo que ocorre, consciente de que ela continua em movimento. Assim, lanço-me no que Passos e Eirado (2015) assinalam: o trabalho cartográfico consiste em mais do que processar informações oriundas do meio e não apenas em uma idealização a respeito de uma subjetividade que é oferecida. O cartógrafo visa mergulhar ainda mais no sentido ético-político para ir além de dados pré-estabelecidos, por isso, “seu paradigma não é o do conhecer, mas o do cuidar, não sendo também o do conhecer para cuidar, mas o do cuidar como única forma de conhecer, ou ainda, o paradigma da inseparabilidade imediata entre conhecer e cuidar” (PASSOS; EIRADO, 2015, p. 122-123).

Pretendo, assim, oferecer aos idosos e idosas acesso para que sejam vistos e ouvidos em seus afetos, tanto em relação ao envelhecimento quanto ao acolhimento que recebem na Unidade Básica de Saúde. Estou de forma inequívoca implicado com a pesquisa, porque “cartografamos com afetos, abrindo nossa atenção e nossa sensibilidade a diversos e imprevisíveis atravessamentos” (KASTRUP; PASSOS, 2013, p. 277), compreendendo que a cartografia proposta revela uma cena de um campo que continua em movimento.

CAPÍTULO 2

2. Políticas de atenção ao idoso

O envelhecimento populacional pode ser observado no Brasil a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios feita em 2009 e divulgada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2010), que informa uma significativa “alteração na proporção do contingente dos diversos grupos etários no total da população. Por exemplo, em 1940, a população idosa representava 4,1% da população total brasileira, mas passou a representar 11,4% em 2009” (BRASIL; 2010, p. 3). Este aumento da população idosa está diretamente relacionado ao aumento da “expectativa de vida que em 1940 era de 41,5 anos. Setenta anos depois, esta expectativa saltou para 73 anos, e as projeções do IBGE apontam que, em 2020, a expectativa de vida ultrapassará os 75 anos” (FRANÇA; SILVA; BARRETO: 2016, p. 520). Em 2015 a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) apresentou mais dados que comprovam o crescimento da população acima de 60 anos atingindo 14,3% (IBGE, 2016, p. 37).

Diante da realidade demonstrada pelos estudos demográficos sobre o aumento da população idosa, proponho olhar com mais atenção para este fenômeno, a fim de perceber o surgimento de outras questões a serem problematizadas no que diz respeito a vida dos idosos, tais como: “arranjos familiares, saúde e mortalidade e rendimentos” (PASINATO; CAMARO, 2004, p. 2). Nesse sentido o envelhecimento repercute tanto no sujeito quanto nos seus laços sociais revelando a necessidade de examinar acuradamente o impacto nas diversas faixas de envelhecimento, porque “a população ‘mais idosa’, ou seja, a de 80 anos ou mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio campo (CAMARANO *et al*, 1999, p. 25).

Por este motivo, diversos pesquisadores destacam a necessidade de se promover ainda mais políticas públicas, ou efetivar as já existentes, relacionadas ao processo de envelhecimento, uma vez que, segundo Pasinato e Camaro (2004), muitos idosos e idosas se aposentam, em sua maioria, com apenas um salário mínimo. Nesse sentido, há um marcador econômico que destaca os que possuem condições econômicas como “Terceira Idade”, enquanto aqueles que possuem menos condições financeiras são chamados e chamadas de “velhos” e “velhas”, conforme Peixoto (1998). Acrescento ainda que uma parte dos idosos e idosas acaba tendo como residência as Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI), devido a uma série de fatores, tais como o impedimento de morarem sozinhos, doenças ou

deficiências ou ainda o abandono dos familiares segundo Loureiro (2012). Os termos “velho” ou “terceira idade” não compreendem o total das representações a que estão submetidos, existindo outros marcadores como: “melhor idade”, “idosos” “idade madura”, tudo isso, todavia só reforça a questão de que há uma construção social da velhice, conforme observam Borini e Cintra (2002)

As marcas e signos que acompanham cada palavra conferem uma certa identidade a cada "tipo" das pessoas envelhecidas; há com efeito uma construção social da velhice. Ao "velho" são atribuídas as imagens de doença, solidão, inatividade. O termo idoso é utilizado em documentos jurídicos, para efeito de leis e direitos deste grupo da população e para a Terceira Idade são atribuídos signos de saúde e bem estar (p. 569).

Alguns motivos colaboraram para o aumento da expectativa de vida, entre eles o avanço da medicina, o desenvolvimento de ações na prevenção de doenças e, notadamente, neste caso específico, campanhas preventivas com a participação mais efetiva das mulheres do que dos homens, resultando numa expectativa de vida mais alta das mulheres do que dos homens, segundo o IBGE: “79,9 anos para as mulheres, enquanto que para os homens 72,8, em 2018”.

Diante da constatação de que há em curso um processo de envelhecimento populacional há, então, uma repercussão significativa na sociedade que é derivada de avanços na área da saúde. Espera-se que, na mesma proporção em que o envelhecimento cresce, cresçam também, e com urgência, políticas públicas nesta área, sobretudo para a população de baixa renda, que é a que mais utiliza e depende dos serviços de saúde, de assistência social e outros da rede pública.

Sendo assim, para falar das políticas de atenção ao idoso, compreendo a necessidade de trazer à tona o que são políticas públicas e a sua relevância para a população. Por isso, inicialmente, trago aqui o conceito de “política pública” para, então, avançar na direção das políticas públicas para idosos no Brasil.

2. 1. As políticas públicas e sua relevância

Historicamente, as políticas públicas possuem várias interpretações que tentam estabelecer uma definição para o tema. Segundo Brasil e Capella (2016), remetem aos anos 50, nos Estados Unidos, as tentativas de elaboração de um termo que confluísse as ideias presentes e chegou-se à definição de Thomas Dye (1975), em que seria uma escolha do governo realizar ou não (BRASIL; CAPELLA, 2016, p. 74). Os autores relatam que houve uma série de questionamentos em relação a essa definição, contudo salientam que para uma política pública, “um elemento central é a ideia de que o agente mais importante do processo de produção de

políticas públicas é o governo” (BRASIL; CAPELLA, 2016, p. 74). Nesse sentido Lucchese (2004) corrobora afirmando que,

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (p. 3).

Teixeira (2002) acrescenta ainda que as políticas públicas “são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado” (p. 2). O autor adiciona a esse pensamento a negligência, ou “as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos” (TEIXEIRA, 2002, p. 2). Nota-se, assim, que as políticas públicas têm como principal articulador o Estado, que recebe outros atores provenientes da sociedade civil. Silva *et al.* (2017) afirma que há um ciclo que envolve a política pública, envolvendo “os gestores públicos, juízes, burocratas, políticos e outras instituições do Governo” (p. 27) são os “que de fato podem decidir sobre o encaminhamento das políticas (SILVA et al, 2017, p. 27). Por outro lado, existem os atores que compõem a sociedade civil, tais como “consumidores, empresários, trabalhadores, corporações, centrais sindicais, mídia, entidades do terceiro setor, dentre outros, são aqueles que têm poder para poder direcionar a formatação das políticas e exercer influências sobre os agentes públicos” (SILVA et al. 2017, p. 27).

Observo, conforme aponta Teixeira (2002), que há uma diferença entre a política pública e a política governamental. A política pública só pode ser considerada desta forma quando leva em conta “a quem se destinam os resultados ou benefícios, e se o seu processo de elaboração é submetido ao debate público” (p. 2), ou seja, os atores da sociedade civil são elementos fundamentais, tanto na elaboração quanto na destinação da política pública. Nesse sentido, a participação cidadã é vital na articulação da política pública, porque expressa ao Estado as questões que são relevantes para a sociedade de maneira planejada e coletiva. Copatti (2010) aponta que o exercício do estado democrático de direito requer uma sociedade organizada com cidadãos que sabem quais são os seus direitos e busca promover condições que possam beneficiar a todos. Assim, há a necessidade de “inteirar-se dos assuntos, desenvolvendo o capital social da comunidade e o empoderamento da mesma, influenciando decisões que são do seu interesse...” (COPATTI, 2010, p. 87).

No Brasil, a questão do exercício da cidadania precisa ser ampliada tendo em vista o recente processo de redemocratização que o país passou. Jacobi (2002) resgata esse processo histórico e acrescenta que,

No Brasil, a reflexão sobre a cidadania se centra nos obstáculos à sua extensão, decorrentes da cultura política tradicional, e das perspectivas da sua transformação. A nova dimensão da cidadania inclui, de um lado, a constituição de cidadãos no papel de sujeitos sociais ativos, e, de outro lado, para a sociedade como um todo, um aprendizado de convivência com esses cidadãos emergentes que recusam permanecer nos lugares que lhes foram definidos social e culturalmente (p. 446).

2.2. Políticas Públicas voltadas para os idosos

Volto, agora, para a questão relacionada a pesquisa que envolve os idosos e idosas no tocante ao desenvolvimento destas políticas no Brasil. Rodrigues (2001) elabora uma relação historiando o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso e menciona algumas ações voltadas para idosos e idosas antes de 1994, ano da implementação da política nacional para pessoas idosas. “O que houve antes, em termos de proteção a esse segmento populacional, consta em alguns artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965)” (Idem, 2001, p. 149). Inclui ainda uma série de leis, portarias e decretos. Com base em dados demográficos a autora constata que desde 1970 o envelhecimento tornou-se uma questão que vem “preocupando alguns técnicos da área governamental e do setor privado” (RODRIGUES, 2001, p. 149). Após uma série de trabalhos voltados para o tema do envelhecimento, nos anos 80, surge, então na década de 90 a proposta e a criação de uma lei específica para a pessoa idosa.

O momento histórico em que a Política Nacional do Idoso foi implantada é importante porque ao mesmo tempo em que há em curso a criação de políticas públicas, no plano econômico o governo brasileiro adere ao modelo neoliberal o que não impediu, por exemplo, que o SUS (Sistema Único de Saúde) continuasse seu processo de implementação – muito por força da luta de trabalhadores e trabalhadoras da saúde e da comunidade. E com base nos dados demográficos levantados ao longo dos anos percebeu-se a necessidade de

responder às crescentes demandas de sua população que envelhece e assegurar os direitos sociais à pessoa idosa, ao criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (FERNANDES; SOARES, 2012, p. 1498).

Em outubro de 2003, foi instituído pela Lei nº 10.741, o Estatuto do Idoso, que objetiva garantir direitos aos idosos e idosas. Somado à Política Nacional do Idoso, essas legislações proporcionam uma atenção maior para o envelhecimento e favorecem a ampliação de estudos voltados principalmente para a área da saúde, trazendo questões, por exemplo, sobre o acolhimento e de promoção de saúde dos idosos e idosas, dentre outros. Mais do que isso, o Estatuto do Idoso favoreceu a ampliação da discussão sobre os direitos da pessoa idosa, indicando qual implicação que a sociedade, a família e o Estado têm para a manutenção do respeito à dignidade dos idosos e idosas.

Para Fernandes e Soares (2012) o Estatuto do Idoso privilegia a atenção tanto para o idoso e idosa que têm a sua autonomia, mas também aqueles e aquelas que apresentam um certo grau de dependência, pois oferece subsídios tanto na atenção quanto na promoção da saúde da pessoa idosa. Nesse sentido, alguns pontos do Estatuto enfatizam o direito à saúde da pessoa idosa, como, por exemplo, o Art. 2 que afirma que “o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei...” (BRASIL, 2013, p. 7).

O Art. 15 trata da integralidade da atenção à saúde e que deve ser garantido pelo SUS: “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário...” (BRASIL, 2013, p. 12). Já o artigo 18 prevê ações que qualifiquem os profissionais e orientem os cuidadores e familiares: “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda” (BRASIL, 2013, p. 15).

Os direitos e garantias para os idosos são amplos e buscam oferecer um conjunto de ações articuladas para que a pessoa idosa tenha assegurado um abrangente acesso a serviços que promovam e atentem para a saúde. A atenção prevista para a saúde implica desde o cadastramento, passando ao atendimento, inclusive domiciliar, caso seja necessário e o acesso aos medicamentos com o auxílio do poder público. Os idosos que são deficientes têm direito a atendimento especializado conforme regulamentação da Lei (BRASIL, 2013, p. 14). O Estatuto é um marco significativo porque reconhece o idoso como sujeito, inclusive na possibilidade de escolha do tratamento que lhe for mais favorável, quando for possível (BRASIL, 2013, p. 15) e, além disso, há garantias para um tratamento humanizado.

Houve uma ampliação das políticas públicas do Ministério da Saúde em relação à saúde do idoso. Destaco “a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNSPI), através da Portaria GM 2. 528, de 19 de outubro de 2006” (BRASIL, 2006, p. 12), sendo esta responsável por definir “as

diretrizes norteadoras de todas as ações no setor de saúde e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta” (FERNANDES; SOARES, 2012, p. 1499). Esta política pretende possibilitar uma velhice autônoma, com qualidade de vida conciliada às diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), tanto na perspectiva individual quanto coletiva, nos diversos níveis de atenção à saúde. Nesse sentido esta política prevê um

Acolhimento preferencial em unidades de saúde, com respeito ao critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; (...) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; (...) fomento ao acesso e uso racional de medicamentos (FERNANDES; SOARES, 2012, p. 1499).

Observa-se que as políticas públicas ampliaram o direito dos idosos e idosas. Isso demonstra o tamanho da importância do Sistema Único de Saúde como instrumento de acesso à saúde, como direito das cidadãs e dos cidadãos brasileiros desde os programas de atenção primária até os tratamentos de alta complexidade.

Outro documento do Ministério da Saúde voltado para a pessoa idosa é o “Atenção à Saúde da pessoa idosa e envelhecimento” (2010) baseado nas Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 –publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que “contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão” (BRASIL, 2006, p. 5). O documento “Atenção à Saúde da pessoa idosa e envelhecimento” destaca uma série de ações voltadas para a saúde da pessoa idosa e na sua parte introdutória traz um dado pertinente para reflexão:

É importante destacar, no entanto, as diferenças existentes em relação ao processo de envelhecimento entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros o envelhecimento ocorreu de forma lenta e associado à melhoria nas condições gerais de vida, no segundo, esse processo vem ocorrendo de forma rápida, sem que haja tempo de uma reorganização social e de saúde adequadas para atender às novas demandas emergentes (BRASIL: 2010, p. 12).

Percebe-se que o documento evidencia o fato de que o rápido envelhecimento da população no Brasil não foi acompanhado da melhoria na oferta de serviços aos idosos, em especial na área da saúde, por isso, diante de tal realidade surgem questões sobre a atenção à população idosa, seu acolhimento nos equipamentos de saúde e a real efetivação dos serviços de atenção básica nas áreas mais carentes. Pontuarei agora o que é a Atenção Básica em Saúde e algumas definições previstas pelo Sistema Único de Saúde que são significativas para a continuidade do trabalho.

2.3. A Atenção Básica em Saúde

A Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) pontuou questões relativas à estratégia para a saúde da população. Essa declaração serviu para nortear uma série de sistemas de saúde para “contemplar as necessidades mais complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações, introduzindo a participação comunitária como estratégia essencial desse modelo” (ASSIS et al., 2007, p. 2). A proposta da declaração prevê uma abordagem que assegurasse qualidade nos primeiros cuidados de saúde para a população que ultrapasse “os limites do setor saúde, na medida em que tais métodos e tecnologias seriam implementados através dos serviços de proteção, prevenção e reabilitação, e níveis de atenção que demandam dos vários setores sociais” (ASSIS et al. 2007, p. 3), com a finalidade de garantir o acesso integral à saúde por parte da população.

No Brasil, a Atenção Básica foi desenvolvida através da experiência de implantação do Sistema Único de Saúde, que é “fundamentado num projeto territorial descentralizado, hierarquizado e integrado regionalmente através das redes de atenção à saúde” (FARIA, 2019). Desta forma, Atenção Básica, segundo o Ministério da Saúde,

... caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

Esse processo de descentralização possibilita uma maior eficácia, além da melhoria do atendimento à população, conforme aponta Gil (2006) e por isso “a necessidade de se dar continuidade ao processo da reforma sanitária brasileira em direção a uma nova etapa, a chamada de ‘a reforma da reforma’” (p. 1172). Munari et al. (2008) destacam que esse processo de mudanças que ocorreram no Brasil buscava a qualificação no serviço de assistência e que isso “não é uma novidade, mas fruto de processos históricos vividos em nosso país e no mundo” (p. 785). Assim, a atenção básica tem em seu desenvolvimento “o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas (BRASIL, 2012, p. 19) porque traz consigo as motivações democráticas que norteiam o Sistema Único de Saúde.

Um dos fundamentos da atenção básica é o território que se constitui não somente como espaço físico, mas também com o trabalho que nele se realiza, conforme Ceccim (2005), “o território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho” (p. 983).

Busca-se, através deste conceito, contrapor a ideia de uma hegemonia do saber médico e consiste em um trabalho constante na direção do reconhecimento da saúde como um direito. Nesse sentido, o território oferece uma construção permanente, com práticas voltadas para os mais diversos serviços de atenção aos usuários e qualificação aos trabalhadores. O território caracteriza-se onde os encontros acontecem, levando-se em consideração as suas necessidades e potencialidades e, por isso, está em movimento. No Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, encontra-se a seguinte definição:

Compreende-se a noção de território em suas várias dimensões, tais como o “território físico” (material, visível e delimitado), o “território como espaço-processo” (construído cultural e socialmente, de forma dinâmica) e o “território existencial” (referido às conexões produzidas pelos indivíduos e grupos na busca de sentidos para a vida). Na prática, é importante perceber como essas diferentes perspectivas coexistem, se interpenetram e, às vezes, se tensionam. Um exemplo é o que ocorre nas chamadas “cidades-dormitório”, e outro é o dos territórios escolhidos/inventados pelas pessoas em situação de rua (BRASIL, 2013, p. 14)

A Política Nacional de Atenção Básica procura, então, oferecer atenção integral e tem como uma das suas diretrizes,

Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2012, p. 19).

Outro ponto levantado pela Política Nacional da Atenção Básica é que a população deve ter acesso universal a todos os serviços, com acolhimento e estímulo para a formação de vínculos, a fim de que o usuário e trabalhador envolvam-se na busca de soluções para as demandas. Sublinho uma parte referente ao acolhimento, que informa:

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2012, P. 19).

Essa política voltada para a população prevê a existência de uma equipe multiprofissional, a fim de oferecer um atendimento que contemple vários saberes, proporcionando, para os trabalhadores, a troca de conhecimentos e, para os usuários, um

atendimento amplo. Assim, o processo de trabalho volta-se para a atenção ao usuário nas mais diversas áreas, rompendo com a hegemonia do diagnóstico médico centrado, mesmo porque o que se procura é “um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica” (BRASIL, 2012, p. 22). Por isso, faz-se necessária a participação do usuário na construção de um processo de autocuidado com autonomia e atuação nas mais diversas ações de cuidados do território (BRASIL, 2012, p. 22).

Os termos “atenção básica” e “atenção primária à saúde” são considerados equivalentes no documento da Política Nacional de Atenção Básica e considera que a Saúde da Família seja a estratégia prioritária no sentido de ampliar e alicerçar a atenção básica em saúde. Para isso, a Estratégia da Saúde da Família, juntamente com outras estratégias, deverão seguir as diretrizes do SUS referentes à atenção básica, levando em consideração “um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais” (BRASIL, 2012, p. 23). Sendo assim, contextualizarei abaixo a Estratégia da Saúde da Família para, posteriormente, apresentar o contexto da UBS, que constituem estratégias da atenção básica. Isso tem a sua pertinência para a pesquisa porque é na Atenção Básica que “deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012, p. 9).

2.3.1. A Estratégia da Saúde da Família

O Estratégia da Saúde da Família manifesta-se a partir de 1994 e, como descrevi acima, representa para o Sistema Único de Saúde a principal estratégia relativa à Atenção Básica. Para isso,

Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras (FIGUEIREDO, 2012, p. 55).

Cabe aqui trazer a discussão que diferencia “assistência” de “atenção”. Figueiredo e Demarzo (2016) descrevem a assistência como uma série de procedimentos clínico-cirúrgicos e que são dirigidos para os indivíduos quer estejam doentes ou não. Enquanto que vários fatores compõem a atenção, tais como atividades intersetoriais, que envolvem o atendimento ao indivíduo, contudo não se fecha nele, ao contrário, abrange também grupos com a finalidade de manter as condições de saúde. Compreende-se, assim, “a atenção à saúde como sendo o campo

de competência do profissional de saúde dentro de um processo saúde-adoecimento, compreendido como complexo e multideterminado, reconhecendo-se as limitações importantes do setor da saúde nesse processo” (FIGUEIREDO; DEMARZO, 2016, p. 5). As ações voltadas para a saúde devem ter como base a atenção.

Nesse sentido, a Estratégia da Saúde da Família enfatiza a atenção para as famílias, tendo como prioridade as que estão em situação de vulnerabilidade levando-se em consideração o território já que é necessário compreender as dinâmicas que permeiam os sujeitos. Outra característica significativa tem a ver com a resolutividade das questões que envolvem a integralidade da atenção. Figueiredo e Demarzo (2016) alertam para o fato de que tais questões são complexas, “a ideia de que os cuidados dispensados na APS são simples há muito deixou de ser realidade. Estes são complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ ou coletivo...” (p. 11). Assis *et al.* (2007) entendem que todo o processo precisa estar em um “sistema organizado de forma hierarquizada e resolutiva, que, de fato, seja referenciado e contrarreferenciado, para se constituir em “porta de entrada” do sistema de saúde” (p. 3). As afirmações acima apontam para a necessidade de equipes de trabalho que consigam desenvolver, segundo as diretrizes da Atenção Primária estabelecidas pelo SUS, modelos de atenção que sejam significativos tanto para usuários quanto para trabalhadores.

A Política Nacional de Atenção Básica compreende que para alcançar os objetivos de reorganizar a atenção básica no país, necessita, entre outros, de uma equipe de trabalho. Por isso,

São itens necessários à Estratégia Saúde da Família: I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012, p. 54-55)

A ênfase na equipe multidisciplinar se propõe a contrapor o modelo hegemônico médico-centrado. O trabalho em equipe visa o cuidado ético do usuário levando em consideração os saberes que se encontram nas diversas áreas envolvidas no atendimento. Figueiredo e Demarzo (2016) relatam que “muitos profissionais presenciam ainda hoje a hegemonia dos saberes e a separação dos saberes” (p. 12), contudo, na Estratégia da Saúde da Família a finalidade procura por um outro tipo de cuidado. Isso não quer dizer que o trabalho desenvolvido em equipe seja realizado sem conflitos, mesmo porque os trabalhadores também

estão sujeitos às questões cotidianas. Por isso existe a proposta de um processo pedagógico constante para “a construção do conhecimento, da consciência crítica-reflexiva e do compromisso pessoal e profissional (FIGUEIREDO; DEMARZO, 2016, p. 12). Embora existam ações de educação permanente, Gil (2006) constata que algumas práticas profissionais “não conseguem atender adequadamente às novas necessidades de prestação de cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe) “ (p. 1179).

Assim, a questão da equipe é fundamental para esta pesquisa, porque é ela que ficará responsável pelo acolhimento, segundo a proposta da Política Nacional de Humanização. Desta forma os trabalhadores são convidados a repensar o processo em que estão envolvidos, a fim de incluir a estratégia do acolhimento como ferramenta do cuidado em saúde. Coelho, Jorge e Araújo (2009) compreendem o acolhimento como tecnologia desenvolvida nas relações, por isso, “ao se trabalhar com a tecnologia das relações durante do atendimento, o acolhimento constitui-se como uma das primeiras ações a ser desenvolvida por toda a equipe no momento de receber o usuário na unidade de saúde” (p. 442), e essa ação de acolher “favorece a construção de uma relação de confiança e respeito para o usuário que busca o atendimento” (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009, p. 442).

2.3.2. A Unidade Básica de Saúde e sua função

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) surgiram na década de 1980, no bojo da Reforma Sanitária que se instalava no Brasil, num contexto de grandes lutas e mudanças. Silvio Yasui (2006) observa que: “Sergio Arouca, um dos principais militantes e ideólogos do SUS, ao falar sobre as origens da Reforma Sanitária, destacou que ele nasceu não apenas no campo específico das reformas da saúde, mas da luta contra a ditadura” (2006, p. 24). Nesse sentido, a UBS nasce e se caracteriza dentro do contexto da organização das políticas públicas baseada em uma concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme documento da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis e em todo o território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (VIII CNS, 1987, p. 382).

A Constituição Federal de 1988 ratifica esse pensamento, conforme os artigos 196 a 200 sendo que destaco o seguinte artigo:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2012, p. 16-17).

Sublinho que a participação popular foi fundamental nesse período, em função das articulações que surgiram em resposta aos vários anos de repressão política, possibilitando a “reivindicação e exigências de direitos frente ao Estado, solidificando, na sociedade civil, a noção de participação e ação coletivas, acelerando a transição democrática (YASUI, 2006, p. 24). Desta forma, a construção do SUS implica nessa mobilização social e resulta em alguns princípios fundamentais: “a universalidade, a equidade e a integralidade das ações de saúde” (OLIVEIRA et al., 2008, p. 198). Sendo que,

A universalidade implica o direito ao atendimento; a *equidade* parte da premissa de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades, permitindo a diminuição das desigualdades existentes; a *integralidade* implica que todas as ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde formem um todo indivisível, que não pode ser compartimentalizado (OLIVEIRA, et. al., 2008, p. 198).

As Unidades Básicas de Saúde, da mesma forma que a Estratégia da Saúde da Família, compõem as Redes de Atenção à Saúde, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2012). “As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial...” (p. 25). As Redes de Atenção à Saúde devem “I – Ser base: ser a modalidade de atenção e serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz necessária” (BRASIL, 2012, p. 25). Sendo assim, as UBSs têm por objetivo proporcionar com qualidade o contato da população com o Sistema Público de Saúde. Atuam em uma determinada área geográfica (território) e são responsáveis pelas ações básicas de promoção, prevenção e recuperação em saúde. Entre os principais serviços oferecidos por elas, estão as consultas médicas; a realização de inalações, curativos e aplicação de medicamentos; vacinação; coleta de exames laboratoriais; tratamento odontológico; encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica, dentre outros. Neste sentido, a Estratégia da Saúde da Família opera em consonância com a Unidade Básica de Saúde para ampliar, capilarizar e qualificar o serviço de saúde. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica,

a) Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica; e b) Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica (BRASIL, 2012, p. 37-38).

Elias et al. (2006) ao analisarem o funcionamento das Estratégias da Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde na cidade de São Paulo constatam que existem diferenças na estrutura de funcionamento. Segundo os autores a questão que mais diferencia a ESF da UBS tem a ver com a equipe de trabalho, “as UBS contam em suas equipes com médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico” (ELIAS et al., 2006, p. 634). Percebe-se, assim, que as Unidades Básicas de Saúde possuem equipes de trabalho com mais especificidades e voltadas para o cuidado da saúde da população em um outro nível que difere da Estratégia da Saúde da Família. Desta forma a Estratégia da Saúde da Família propõe “ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p. 54). Ressalto que a maior diferença reside no número de pessoas a serem atendidas.

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;... (BRASIL, 2012, p. 55).

A equipe de trabalho da Unidade Básica de Saúde deve ser composta por equipe multiprofissional que atenderá dentro das especificações de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Este caso específico me interessa porque é a partir da UBS que realizei a pesquisa. Observo, conforme Brehmer e Verdi (2010), que na constituição da Unidade Básica de Saúde, envolvendo o espaço físico, os trabalhadores e usuários é que se dão vários encontros que podem ser analisados. Por isso, “o espaço de acolhimento na Atenção Básica à Saúde compõe um potencial cenário para conflitos éticos no dia a dia das ações” (BREHER; VERDI, 2010, p. 3570). Desta forma, descreverei agora o papel do acolhimento na Atenção Básica e sua relevância para as usuárias e os usuários.

2.4. Escuta e Acolhimento

O envelhecimento populacional no Brasil, como assinala anteriormente, segue em ritmo acelerado, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (2009). A informação é que “o envelhecimento populacional é resultado da manutenção, por um período de tempo razoavelmente longo, de taxas de crescimento da população idosa superiores às da população mais jovem” (BRASIL: 2010, p. 7). Descreve, inclusive, que a população denominada “mais idosa”, ou seja, com 80 anos ou mais, também tem aumentado a sua participação no grupo chamado idoso, que se revela bastante diferenciado em sua composição. Por isso,

Em termos de políticas públicas, pode-se esperar um aumento na demanda por cuidados de longa duração e por serviços de saúde, além de requerer pagamentos de benefícios previdenciários e assistenciais por um período de tempo mais longo (BRASIL: 2010, p. 7).

Nesse sentido, nota-se que é necessário que se efetivem as políticas públicas para a população idosa já existentes no Brasil, juntamente com recursos que viabilizem sua implantação. No caso da saúde, é fundamental que se tenha uma melhor oferta de serviços e acolhimento para a população idosa. Por exemplo, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização (2003), tem como proposta de orientação para os serviços de saúde na sua implementação na atenção básica: “Formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e a efetivação do acesso aos demais níveis do sistema” (BRASIL, 2004, p. 30).

Em relação à pessoa idosa, o Ministério de Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa indica que o acolhimento “é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social. Implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias constantemente renovadas” (BRASIL: 2006, p. 14). Há uma preocupação do Ministério da Saúde em manter o acesso da população aos equipamentos de saúde com qualidade, mesmo porque a saúde é um direito e por isso precisa ser oferecida com qualidade e justifica a constante busca pela melhoria dos serviços:

Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho (BRASIL, 2004, p. 8).

A Política Nacional de Humanização visa orientar sobre os aspectos da atenção e gestão, que se desenvolvam a partir de processos de produção de saúde, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, sendo que “os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2004, p. 8). Observo o fato de que os usuários também têm uma percepção de saúde que precisa ser acolhida. Assim, “o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima” (BRASIL, 2013, p. 20).

Enfatizo que a Política Nacional de Humanização propõe, ainda, no seu plano para acompanhamento e implementação na atenção básica, “formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização dos riscos e a efetivação do acesso aos demais níveis do sistema” (BRASIL, 2004, p. 30). Para Souza *et al* (2008) o acolhimento segue na mesma esteira da acessibilidade ao serviço, porque “acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado” (p. 101) e que deve ser observado tanto nas condições do aspecto físico quanto na sua qualidade. Nesse sentido, há uma compreensão de que acessar o serviço permite ao usuário atingir efeitos que o auxiliam em sua experiência com o serviço de saúde.

Mitre, Andrade e Cota (2012) compreendem o acolhimento numa dimensão de inclusão social e defesa do SUS, como “um dispositivo capaz de disparar reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde, na retomada do acesso universal, no resgate da equipe multiprofissional e na qualificação das relações entre usuários e profissionais de saúde” (p. 2072). O acolhimento, assim, encontra-se numa dimensão de valorização da vida através do acesso ao serviço de saúde por parte dos usuários e usuárias, justamente em um ambiente econômico “caracterizado pelo autoritarismo, clientelismo, exclusão e dificuldade de organização social, com o aumento das iniquidades sociais (MITRE; ANDRADE; COTA, 2012, p. 2072).

Nesse sentido, a proposta de ouvir o discurso dos idosos e das idosas oferece a possibilidade de manifestarem-se como sujeitos expondo suas necessidades, argumentos, angústias, impasses e possibilidades que os constituem, mesmo porque, embora exista a questão da proximidade da morte, há o sujeito que está vivo, por isso,

Esse processo discursivo opera uma espécie de classificação desse sujeito. Ao se descrever quem ele supostamente é, apresentam-se as práticas que se espera que ele assuma para ocupar o lugar de novo idoso na sociedade contemporânea. Diante dessa produção discursiva, cabe às pessoas idosas empreenderem um trabalho de constituição de sua subjetividade (BAZZA: 2016, p. 450).

A necessidade da escuta do discurso de idosos e idosas está relacionada à questão do acolhimento para os serviços de saúde. Pode, inclusive, ser uma questão de ética, respeito e solidariedade, porque há o “reconhecimento do envelhecimento como uma situação que de fato pertence a todos nós” (COSTA-ROSA; COSTA ROSA: 2011, p. 332). É mais do que o senso comum que prevê fazer o bem porque se compadece dos outros, ao contrário, é tratá-los como sujeitos que possuem seus direitos, desejos e ocupam o seu lugar no mundo.

A escuta dos idosos e das idosas possibilita também a contraposição em relação à sociedade de consumo, que categorizou essa parte da população com inúmeros marcadores sociais que se encontram veiculados através da mídia, por isso, ‘o outro’ do discurso sobre a ‘melhor idade’ é o velho, cuidadosamente delimitado no interior dos enunciados e excluído das representações hegemônicas que têm lugar na mídia contemporânea” (NAVARRO: 2011, p. 1556).

A maioria da população que busca os serviços públicos de saúde não se enquadra nos padrões estabelecidos pela sociedade de consumo, ao contrário “a tendência é que os velhos consumidores sejam sempre vistos com ‘bons olhos’ na ‘sociedade de mercado’ (COSTA-ROSA; COSTA ROSA: 2011, p. 335). Reitero que, no Brasil, a maioria da população idosa encontra-se no grupo que tem seus rendimentos garantidos pela aposentadoria que recebem do governo e esta assegura aos idosos e às idosas o cuidado para consigo e, em muitos casos, para com a família com quem residem. Camarano (2002),

... as aposentadorias desempenham um papel muito importante na renda dos idosos e essa importância cresce com a idade. Pode-se concluir que o grau de dependência dos indivíduos idosos é, em boa parte, determinado pela provisão de rendas por parte do Estado. Como uma parcela importante da renda familiar depende da renda do idoso, sugere-se que quando se reduzem ou se aumentam benefícios previdenciários, o Estado não está simplesmente atingindo indivíduos, mas uma fração razoável dos rendimentos de famílias inteiras (p. 28)

O envelhecimento populacional não é passageiro e tem produzido mudanças profundas na sociedade que, nos dias de hoje, segundo Costa-Rosa e Costa Rosa (2011), tem suas relações marcadas pelo processo de produção e pelo consumo. Nesse sentido, o envelhecimento não escapa a essa lógica porque há “mais tempo para o consumo” (2011, p. 322). Observa-se, assim, que o tempo denominado pós-modernidade veiculou o pensamento de que haveria uma riqueza

para todos, o que não se concretizou, ao contrário, o que se viu, em especial no Brasil, foi um fosso gigantesco na distribuição de renda. Por isso, muitos idosos e idosas têm nas políticas públicas um mínimo de renda e de assistência, inclusive na área da saúde.

Outra questão a ser pensada em relação ao envelhecimento diz respeito ao uso de medicamentos que “às vezes são capazes de redesenhar as funções do velho asilo, traduzindo-o numa configuração química, deixando inequívoca a constatação de que ele, como um elemento arquitetônico ou de mobiliário, é absolutamente supérfluo” (COSTA-ROSA, 2013, p. 41). Desta forma a população idosa mais carente, que busca os serviços de saúde oferecidos pelas políticas públicas pode se deparar com a realidade de ser atendida e medicalizada. O processo de envelhecimento está para além da medicalização, do aspecto biológico, pois envolve fatores sociais, subjetivos, culturais e outros (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Foucault (2008) ressalta que o poder governamental propôs gerir os corpos da população com a finalidade da disciplinarização, assim surge a biopolítica que bifurca-se em dois sentidos complementares: um para o humano e outro para a população, por isso, nos processos de subjetivação que envolvem a velhice, é possível observar tal incidência, pois “uma das formas de exercício desse biopoder destina-se ao cuidado com os problemas da velhice, com os acidentes e as doenças” (NAVARRO, 2011, p. 1555). Ferraza, Rocha e Luzio (2013), destacam que qualquer tipo de sofrimento está sujeito à patologização e, por isso, careceria de um diagnóstico médico, o que torna a prescrição de psicofármacos indispensável. Contudo, como acentua Illich, a “importância do risco associado à utilização de medicamentos particularmente poderosos foi, até agora, constante e sistematicamente subestimada” (1975, p. 24). Em sua discussão a respeito da iatrogênese clínica, o ato médico segue o protocolo instituído com base na produção de saúde que “é identificada com a desejada melhoria de qualidade de vida”, embora isso represente que “o dispendioso ritual da medicina alimenta o *mito* de sua eficácia” (ILLICH, 1975, p. 8, grifos nossos).

Santos (2014) indica que houve um aumento considerável das prescrições de psicofármacos em virtude de um abandono das “terapias da fala” por parte dos psiquiatras, mesmo porque o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), construiu um diagnóstico baseado na receita do psicofármaco em vista de uma correção de déficits neuroquímicos (SANTOS, 2014, p. 29). A patologização que desconsidera o sujeito pode incluir erros, dada a falta de acompanhamento, principalmente no que diz respeito ao envelhecimento. Beauvoir (1990) salienta a multiplicidade da velhice sendo que isso abre inúmeras possibilidades para cada pessoa escolher a forma como quer envelhecer. O cuidado com a patologização em relação a velhice é um dado que merece atenção, porque pode incorrer

no equívoco de considerar o processo de envelhecimento como uma doença. Considero o alerta de Illich (1975).

A mania de descobrir anomalias provoca uma nova epidemia, que se chama às vezes de não-doença iatrogênica. Essa não-doença se manifesta sob a forma de invalidez, exclusão da vida social, angústia e, bem frequentemente, sintomas funcionais, tudo com origem no diagnóstico e tratamento prescrito (ILLICH, 1975, p. 26).

Sendo assim, proponho mapear as narrativas das pessoas idosas entrevistadas com o cuidado de examinar tanto o acolhimento quanto os encontros com o serviço de saúde. Ao oferecer a oportunidade de relatarem suas histórias, os idosos e idosas têm a oportunidade de trabalhar a memória, conforme Bosi (1994). É relevante que o usuário do serviço de saúde seja ouvido na própria unidade, tendo em vista a possibilidade de melhoria no serviço de acolhimento e atendimento a essa população.

Existem matrizes teóricas que envolvem o envelhecimento, tais como aponta Beauvoir (1990), na qual a velhice assume múltiplos aspectos que precisam ser levados em consideração tais como a cronologização da vida, segundo Debert (1998), ou ainda os processos narrativos que despertam a memória, conforme Bosi (1994). Reconhecer e compreender tais aspectos são necessários para que se incremente o atendimento e acolhimento dessa população de forma que sintam-se sujeitos. Além do mais, oferece aos trabalhadores e demais interessados nesse campo de conhecimento subsídios para debater com qualidade a relação do envelhecimento com o serviço prestado no equipamento de saúde para possíveis articulações entre os trabalhadores e usuários através da experiência que for coletada.

Tenho interesse em verificar a relação da pessoa idosa com a atenção básica. Os idosos e as idosas sentem-se acolhidos e acolhidas? Quanto tempo isso ocupa de suas vidas? Isso é significativo, porque “envelhecer é sempre um confronto com o tempo, de maior ou menor violência, dada a iminência da morte, por mais longa que seja a perspectiva do viver” (COSTA-ROSA & COSTA ROSA: 2011, p. 325). Neste sentido quero identificar nos discursos dos idosos quais as “relações possíveis entre envelhecimento, o tempo e o desejo” (COSTA-ROSA & COSTA ROSA: 2011, p. 325), além de verificar como os idosos, sendo sujeitos, procuram estabelecer qualidade para suas vidas em uma sociedade que muda com uma velocidade extrema e que passou a oferecer todo o tipo de “promessa de tamponamento de toda a angústia” (COSTA-ROSA & COSTA ROSA: 2011, p. 324) tendo na ciência, em especial uma parte da medicina, como principal mediadora entre o sujeito e o seu sofrimento, pois,

... é no campo da ciência, especialmente das ciências médicas e biológicas, que observamos a hegemonia de discursos que enunciam verdades sobre a velhice e sobre o corpo: corpo-velho saudável, corpo-velho produtivo, corpo-velho máquina, corpo-velho ativo, corpo-velho normal, corpo-velho jovem, corpo-velho velho etc (SANTOS & LAGO: 2016, p. 133).

Assim, ao problematizar a questão da velhice, portanto, penso para além da medicina-biologia, em um estudo que possa envolver outras ciências, assim em “outros contextos, mais contemporâneos, as fases avançadas da vida passam a ser reinvestidas de significados que positivam os corpos envelhecidos, produzindo sujeitos dotados de capacidade produtiva” (idem, p. 135). Nesse sentido, busco agora verificar, através das entrevistas, as questões pertinentes ao acolhimento que é percebido pela pessoa idosa na Atenção Básica e verificar quais situações existiram do ponto de vista dos usuários.

CAPÍTULO 3

3. O acolhimento de idosos e idosas atendidos e atendidas na UBS

Simone Beauvoir em seu livro “A velhice” (1990) entende que a velhice é um fenômeno biológico que tem reflexos psicológicos e “como todas as situações humanas, ela tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com a sua própria história” (BEAUVOIR, 1990, p. 15). Ela compreende a velhice de forma ampliada que envolve ainda aspectos sociais e culturais revelando a amplitude e complexidade do tema.

A contemporaneidade observa o envelhecimento com base nas mais diversas modificações que envolvem a sociedade a ponto de observar os diversos marcadores sociais como, por exemplo: “velhos”, “terceira idade”, “melhor idade”, etc. (SANTOS; LAGO, 2016). Nesse sentido, o “tempo” torna-se um elemento significativo como analisador do processo de envelhecimento porque revela, dentre outros aspectos, um aumento significativo da idade no Brasil. Assim, além do fator etário leva-se em consideração outras questões, tais como: “o corpo, família, solidão, qualidade de vida, saúde, espaços público e privado, morte e finitude” (SANTOS; LAGO, 2016, p. 136).

O corpo sofre as influências do tempo. Essa experiência de envelhecer acaba por “inquietar o idoso, onde se expressa o sentimento de um corpo imperfeito, em declínio, enfraquecido, enrugado, extrapola a visão do corpo, ampliando para a personalidade, o papel social, econômico e cultural do idoso” (CFP, 2009, p. 21). Observa-se que o envelhecimento possui uma série de convergências entre o biológico, o psíquico, o cultural, o econômico, político e social. Assim,

O envelhecimento evidencia uma concepção de subjetividade fundamentada na identidade individual, social, psíquica e de gênero, apresenta-se como dinâmica ou como histórica, apoiando seu dinamismo e retirando sua marca, seu símbolo, de uma história passada, nesse momento de trazer o símbolo para o presente. Assim, viver o presente implica repor, reproduzir o passado, entrar no campo da produção que se realiza com o desejo. A noção de subjetividade apoia-se nas ideias de invenção, de produção, de novas situações vividas pelo desempenho, tanto individual quanto grupal dos idosos, de suas decisões cotidianas (CFP, 2009, p. 21).

Essa noção de subjetividade como um processo constante de produção, invenção e ressignificação também é levada em consideração ao olhar o envelhecimento. Não somente como perda, mas também, conforme Debert (2012), como “momentos propícios para novas

conquistas, guiadas pela busca do prazer e da satisfação pessoal” (p. 14). A partir deste entendimento de que o idoso ou idosa pode conceber para si novos encontros que potencializem sua existência é que, no Brasil, aumentaram significativamente o número de iniciativas dirigidas para os idosos e idosas, tais como ‘escolas abertas’, as ‘universidades para terceira idade’ e os ‘grupos de convivência de idosos’(p. 15).

Olhar o envelhecimento sob esse prisma não implica necessariamente excluir os vários estereótipos que tentam homogeneizar o processo de envelhecimento e normatizar a vida de idosas e idosos. É preciso estar atento, caso contrário “as singularidades desse processo são todas eclipsadas e a historicidade subjetiva do corpo é silenciada ... não deixando espaço para a construção de uma narrativa individual” (ROSA; VILHENA, 2016, p. 12).

Segundo Debert (2012), é preciso um novo olhar para o envelhecimento, porque falar de velhice nas sociedades industrializadas era percorrer um caminho de decadência e peso para a família e o Estado. “O empobrecimento e os preconceitos marcariam a velhice nas sociedades modernas, que abandonam os velhos a uma existência sem significado” (p. 20). Para a pesquisadora, existe a necessidade de revisar essas concepções até porque, diante das políticas de proteção social e previdenciária para a pessoa idosa, encontramos,

Especialmente nos momentos em que o desemprego ou o subemprego atingem proporções alarmantes, a universalização das aposentadorias e da pensão na velhice garantiria aos idosos direitos sociais dos quais é excluída a população de outras faixas etárias, sobretudo os jovens (DEBERT, 2012, p. 17).

Se, por um lado, as aposentadorias garantem renda para os idosos a ponto de serem os que darão suporte financeiro para os mais pobres, por outro, existe uma face que revela uma faixa de aposentadoria baseada no desejo. Para Debert (2012) são “as novas formas de gestão da velhice” (p. 20) que demonstram como o capital expandiu e reelaborou “as concepções sobre o corpo e a saúde” (p. 20). Nesse sentido, conforme afirma Costa-Rosa (2011) nossa sociedade busca prolongar o tempo para que o envelhecimento seja também um tempo de consumo: “Alardeia-se como triunfo a presença social de uma grande massa de indivíduos, crescendo em progressão ampliada, com idades cada vez mais avançadas. Mas o que a sociedade atual reserva aos velhos além de uma vida mais alongada no diversionismo e no consumo?” (p. 322).

A relação com a finitude, inclusive, é uma discussão significativa para a compreensão do envelhecimento pelos idosos e idosas. Correa (2010) informa que em sua pesquisa com grupos de idosos passou por várias experiências de perdas, o que possibilitou problematizar as questões relativas à morte, embora relate que “vivenciar o luto, sem dúvida foi uma vivência

radical para nós e para o grupo” (p. 22). A morte é tratada como um fator de medo à medida que se aproxima das pessoas e isso propõe uma reflexão, segundo Costa-Rosa (2011): “Envelhecer é sempre um confronto com o tempo, de maior ou menor violência, dada a iminência da morte, por mais longa que seja a perspectiva do viver” (p. 325). Nesse sentido, para a sociedade atual:

... a finitude humana é tratada por uma série de procedimentos que transformaram a morte em uma experiência distal, asséptica e higiênica. A internação do doente, os exíguos horários de visitação e a delegação dos cuidados do enfermo aos médicos e enfermeiros criam um distanciamento em relação à morte e um certo cordão de isolamento entre aquele que se encontra na iminência de morrer e os outros que lhe são próximos (CORREA, 2010, p. 23).

Há elementos que constituem os vários tipos de envelhecimento que passam por questões biológicas, psicológicas, econômicas e sociais e, nesse sentido, é significativo mapear esses processos através das entrevistas com os idosos e idosas que frequentam a Unidade Básica de Saúde. A cartografia permite acompanhar através das narrativas dos idosos e idosas qual o sentido do envelhecimento que está presente nas pessoas idosas tendo em vista que estavam na UBS buscando atendimento. Sendo assim, quais aspectos relativos ao envelhecimento e acolhimento podem ser encontrados nas entrevistas que fiz junto aos idosos na UBS?

Que experiências pude mapear destas entrevistas, levando-se em consideração que, ao adentrar a UBS, o idoso e a idosa traz consigo seus impasses e possibilidades? A esse respeito Bazza (2016) afirma:

As características e as atitudes pressupostas para os idosos mudam ao longo do tempo, prova de que são construídas historicamente. Ao assumir essa característica como componente de sua subjetividade, esse indivíduo constrói-se como sujeito histórico dessas práticas. Ao mesmo tempo em que se volta para si para se constituir, suas escolhas e seu trabalho sobre si mesmo suportam e apontam uma densidade histórica (p. 457).

Nesse sentido, interrogo quais seriam os movimentos que a pessoa idosa faz em direção à UBS, ou melhor, quais outros motivos podem ser elencados além de uma consulta, exame, receita, prevenção, promoção de saúde? Na análise das entrevistas, busco respostas para compreender o que faz os idosos e idosas adentrarem o serviço de saúde e como percebem o acolhimento que é oferecido pelo serviço de saúde. Levo em consideração que as entrevistas realizadas na Unidade Básica de Saúde revelam uma cena de um processo que envolve fatores emocionais dos entrevistados e entrevistadas. Isso implica dizer que, para responder as

perguntas elaboradas por mim, houve uma mobilização por parte dos idosos e idosas, diferente do que estavam acostumados no seu dia a dia.

Informo que existem desafios a serem superados e deparei-me, em minha pesquisa na UBS, com algumas dificuldades, tais como: uma sobrecarga de serviço para trabalhadores e trabalhadoras. Percebi uma certa verticalização dos saberes, com o saber médico ainda predominante. Ainda assim, notei um esforço dos profissionais de saúde para atenderem certas demandas da população, dentro das suas possibilidades, com boa vontade e procura por resolutividade das demandas ali trazidas pelos usuários e usuárias.

Durante o período de realização da pesquisa, foi possível participar de vários momentos com os trabalhadores e trabalhadoras na UBS desde a reunião da equipe até rodas de conversa informais na cozinha e na parte externa, no equipamento. Percebi que muitos deles e delas procuram realizar o atendimento dentro dos parâmetros em que foram treinados. Contudo, notei que existe a necessidade de um processo pedagógico contínuo para a melhoria do serviço de saúde. Registro aqui o meu agradecimento para os profissionais de saúde com quem entrei em contato nesse tempo de pesquisa. Aprendi que, mesmo diante das dificuldades pessoais e profissionais, há uma determinação de lutar pela vida dos usuários e usuárias e um carinho especial para com as pessoas idosas e as crianças.

3.1. Entrevistas com idosos e idosas

Como informei acima, essa pesquisa é de caráter qualitativo e, de acordo com Minayo (2001), procura investigar questões que não podem ser quantificáveis. Há uma outra preocupação, “ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (p. 22). Para isso utilizei as entrevistas semi-estruturadas, pois possibilitam “a obtenção de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos” (LIMA; ALMEIDA; LIMA, 1999, p. 133). Conforme descrevi acima, fui com uma série de perguntas disparadoras, todavia foram modificadas conforme o andamento das entrevistas com as pessoas idosas. Assim, proponho, num primeiro momento, colocar-me como um porta-voz das vozes das pessoas idosas entrevistadas, oferecendo a elas passagem através dos registros feitos aqui. Ao retomar o diário de campo, para reviver as entrevistas, houve um

encontro na memória com as pessoas entrevistadas, o que me fez perceber o imenso privilégio de estar com elas.

Encontrei-me com múltiplos envelheceres descritos nas experiências das pessoas idosas que entrevistei. Senti falta, contudo, de alguns envelhecimentos, tais como idosos e idosas negros e negras e também idosos e idosas pertencentes a população LGBT. Algo que me chamou a atenção. Contudo minha observação somente constata o que Rabelo *et al.* (2018) afirmam em relação a população negra,

Índices verificados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2012), demonstra que as pessoas negras, com idade acima de 65 anos, correspondem a 43,5% da população, enquanto a branca é de 55,3%. Este dado demonstra que a maioria das pessoas que adentram a velhice são brancas. Há que se considerar, ainda, que o aumento populacional de pessoas idosas decorre, dentre outros aspectos, das melhorias ocorridas ao longo do tempo em relação às condições de vida, sobretudo no que se refere ao acesso a serviços de saúde preventivos e curativos (p. 199).

No que diz respeito a velhice LGBT verifiquei que para essa população o estigma, o preconceito, o isolamento, o distanciamento da família, entre outros, contribui para que “nas representações sociais da população, a velhice LGBT reflete solidão, dificuldade e mitos que se perpetuam na sociedade” (ARAÚJO; CARLOS, 2018, p. 233). Esta questão salienta o que acontece com as pessoas pertencentes à população LGBT que, desde o início apresentam algumas questões da dificuldade de dialogar com a família o que acaba por se repetir também na velhice, causando abandono e solidão.

Num segundo momento, minha finalidade é mapear a percepção e a compreensão dos idosos e idosas relativa ao acolhimento que receberam na Unidade Básica de Saúde através das entrevistas. Nesse sentido me propus a escutar a narrativa que estava para além das perguntas feitas e sinto-me privilegiado de ouvir histórias que contavam a dor da existência, as fragilidades físicas, as relações, as sabedorias adquiridas ao longo dos anos e as possibilidades de continuar pensando no futuro. Ao colocar-me nessa posição de escuta, ofereci às pessoas idosas a possibilidade da fala e também de se colocarem como sujeitos nesta relação, e assim, uma maneira para superar a solidão, conforme Py e Oliveira (2012), “o idoso continua sendo o que fizer de si mesmo, jamais definido ou definitivo” (p. 1958).

Assim, ao retornar às entrevistas, foi possível mapear um pouco a própria velhice do sujeito através do exercício da memória. Ao relembrar sua trajetória através da fala, a pessoa idosa revela seus dissabores e alegrias, narra a maneira como interpreta o mundo de forma sensível e tocante. Ao responderem as questões que elaborei, constatei que para algumas pessoas idosas responder as perguntas não era apenas um exercício de recorte sobre aquele dado

perguntado, ao contrário, havia algo a mais que poderia ser explorado, tamanha a densidade e a potência da fala. Escutar as narrativas propicia, então, um encontro com os impasses e possibilidades da pessoa idosa tanto do passado quanto do presente, que se revela nesse mundo próprio,

Um mundo social que possui uma riqueza e diversidade que não conhecemos pode chegar-nos pela memória dos velhos. Momentos desse mundo perdido podem ser compreendidos por quem não os viveu e até humanizar o presente. A conversa evocativa de um velho é sempre uma experiência profunda: repassada de nostalgia, revolta, resignação pelo desfiguramento das paisagens caras, pela desapareição de entes amados, é semelhante a uma obra de arte. Para quem sabe ouvi-la, é desalienadora, pois contrasta a riqueza e a potencialidade do homem criador de cultura com a mísera figura do consumidor atual (BOSI, 1994, p. 82-83)

Procurei colocar-me como este que escuta e acolhe estas narrativas cheias de significados. Para isso, retomo meu percurso na Unidade Básica de Saúde para apresentar os relatos a seguir e mapear, assim, qual o sentido de acolhimento que as pessoas idosas entrevistadas conseguem identificar. Escolhi os seguintes nomes para as pessoas idosas entrevistadas: “Jacy” por ser um nome usado tanto no masculino quanto feminino, uma forma de homenagear as velhices LGBT ausentes; “Rosa” por causa de Rosa Parks (1913-2005) ativista americana dos direitos civis, para homenagear as velhices das mulheres negras; “Francisco” remetendo a Francisco Nzumbi (1655-1695), mais conhecido como “Zumbi dos Palmares”, em homenagem as velhices negras masculinas; “Frida” referente a Frida Khalo (1907-1954) em homenagem às mulheres pela criatividade e potência de vida e; “Simone” que faz referência a Simone de Beauvoir (1908-1986) para homenagear todas as mulheres que lutam pela igualdade de direitos. Desta forma, em primeiro lugar, reitero que é uma homenagem, assim os sujeitos participantes da pesquisa têm seu anonimato preservado e a sua própria história. Em segundo lugar, para tornar esse momento, além de um lugar de fala, também um lugar de visibilidade dos envelheceres encontrados e descritos a seguir, deixei a narrativa inteira da entrevista mesmo usando somente alguns momentos da fala dos entrevistados e das entrevistadas. Procuro, desta forma, além de uma cartografia do acolhimento de idosos e idosas na Unidade Básica de Saúde, captar o significado do encontro entre a pessoa idosa com o serviço público de saúde.

3.1.1. Jacy (71 anos)

A senhora é bem acolhida quando chega aqui?

Quando a gente vem no lugar que é bem tratada, a gente se sente capaz, né? Porque a gente é pobre, né? Não tem dinheiro, se tivesse dinheiro era diferente né? Então eu sou... que nem agora, eu vim, conversei com a moça, falei pra ela assim, porque tem um médico que está atendendo duas turmas, oito e meia começou e vai atender nós, e aí eu fui perguntar pra ela, né? Se o médico, né? veio e se não tem mal entendido, né? Ela falou assim: “não, ele está atendendo a primeira turma e depois ele vai atender... senta lá”... Né? Isso chateia com a gente, né? Eu tenho educação pra conversar com os outros... e diz que não pode maltratar eles, se maltratar eles isso dá problema pra você, né? E eles podem maltratar... se eu já venho aqui com pressão alta, com problema de saúde, agora a pessoa maltrata você, que jeito você fica? Fica pior, não fica?

Quanto tempo a senhora é casada?

Eu? Quarenta e quatro anos. Graças a Deus meu marido é muito bom pra mim.

O que ele faz?

Ele é caminhoneiro.

E a senhora? Trabalhou? Trabalha em casa?

Eu trabalho na minha casa. E eu já tenho minha aposentadoria.

E há quanto tempo a senhora foi diagnosticada com pressão alta?

Desde os vinte anos, só que eu comecei a tratar depois que começou a agravar, né? Eu já era casada em 1975, aí eu peguei e agora tem que fazer o tratamento certo. Se a pressão tivesse certa com os remédios que eu tomo, não estava mais aqui não.

E o que senhora estava reclamando? Que o pessoal mandou a senhora ficar meio quieta aí.

É. Mas não comenta nada não, porque ... sabe você se sente assim... você já vem porque você não está bem, está com dor, tudo, então você já vem aqui porque você precisa, porque se você tivesse dinheiro, não viria aqui, é... Então, que nem eu vou no AME (Ambulatório Médico de Especialidades), nossa! Cê precisa ver o atendimento dos médicos lá, que belezinha. Eles abraçam a gente, dão a maior força pra gente, sabe? Que nem, eu fui lá esses tempos atrás, no começo do ano que minha irmã morreu, eu fui lá conversar com ele e contei pra ele e ele: “o que você está sentindo?” Porque eles percebem que a gente é nervoso. Aí eu falei pra ele: “aconteceu isso e isso comigo” e aí ele pegou e me abraçou e deu a maior força pra mim e aí falou assim pra mim: “Eu estou sentido por você, mas vai pra frente que não pode parar não. A vida continua, certo?” Aí parece que você se sente mais, né? Protegido. Tem horas que não é fácil não. Tem dia que eu tenho desânimo, tem dia que não tenho vontade de viver nada.

Como assim a senhora não tem vontade de viver? Por quê?

Ah... É muita coisa na vida. Assim, meu marido é muito bom pra mim, minha filha, ela trabalha lá no Walmart... É uma belezinha. Ela leva eu no médico quando eu estou longe, ela me leva, sabe, cuida de mim, do pai dela, do filho dela que tem quinze anos. Ela não é casada. Então, tudo isso mexe com a gente. É uma menina que não deu certo com o rapaz, sabe? O rapaz não vale nada, não dá nada pro menino, mas o menino é uma benção, tem quinze anos, maior do que eu, bonito, lindo, eu tenho orgulho do neto que eu tenho.

Então quer dizer que quando a senhora não é bem atendida aqui a senhora se sente muito mal. É isso?

Esses tempo atrás mandei minha filha, minha filha veio aqui, porque tem uma que atende aqui ó, eu vim porque o médico pediu exame para mim e tireoide tem que agendar, né? Aí eu vim e aí ela quer jogar nas costas da gente, aí a minha filha falou: “Deixa mãe que eu vou lá e agendo pra senhora”. Aí ela veio e falou assim: “Minha mãe veio aqui sim. Veio tal dia que eu sei”. Aí ela disse assim: “Você não pode fazer isso com a minha mãe não” e ela falou assim: “Eu vou barrar a sua mãe aqui, porque para a sua mãe vir agora tem que vir com você, porque sua mãe já está com 71 anos e não entende nada”. Aí a minha filha veio e aí eu vim e falei para ela: “Escuta, eu vim aqui sim. Presta atenção no que você está falando”. Falei pra ela assim... “Eu estou com a idade que estou, mas eu sei o que eu estou fazendo. Eu não estou caduca não”, falei pra ela. Aí você vem aqui é... de vez em quando tem isso aqui, mas a... daí se no AME, na especialidade, lá é muito bom o atendimento. Você vai lá, se você está passando mal eles encaixam você. É, então...

O que poderia melhorar aqui?

O atendimento, né? Olha, eles folgaram quinta, sexta, sábado e domingo. Os doentes vão esperar tudo isso? Se tiver algum morrendo vai esperar isso? Quando um doente que nem eu, pra esperar exame, dá pra esperar, né? Mas coitado. Que nem essa mulher aí é minha amiga. Ela tem problema de saúde. Que nem esses tempos atrás a filha dela morreu e ela se viu sozinha. Eu, Nossa Senhora! Lá em cima no AME tem uma caixa pra você por sugestão. Põe lá. Eu não tenho que falar nada,. Mas a vida é assim mesmo. Uns pode, pode, quem não pode.... que nem eu falei para a minha filha, eles folgaram quinta feira e voltaram hoje. Cadê o moço que estava ali, ó. Esperando ali, ó, voltando do médico, porque o homem passou no médico e pegar a ficha dele, não tem ninguém. Aí você vem aqui nove horas da manhã eles falam assim: “Espera um pouco, estão tomando café”.

Fale um pouco da senhora.

Então.... Minha irmã morreu. Ela tinha 65 anos e era mais nova que eu, trabalhou tanto na vida, apanhava do marido, tudo... sabe? Aí, quando ela conseguiu a casinha dela, essas

casinhas de COHAB, aí, quando ela começar a pagar deu infarto e morreu na casa e ia receber a aposentadoria, não conseguiu, né? Eu me preocupo muito com os outros, principalmente da família. Preocupo muito, né? Cuidei da minha mãe, cuidei do meu pai, uma vida difícil, eles... naquela época era pior, do jeito que eu estava falando agora, lembrei, naquela época, não tinha... não... levava meu pai no médico, meu pai recebia meio salário, meu pai tinha 94 anos, recebia meio salário pra comer, tudo, e você levava eles no médico, aquela vida difícil, tinha que ficar pedindo para os outros, sabe. Agora não, a gente tem carro, graças a Deus tem ambulância, leva, né? Tem um resgate, aí levava meu pai e minha mãe no médico e passava a receita, cadê dinheiro para comprar, cadê remédio que não tinha, não tinha na farmácia, então você vai colocando tudo na cabeça, acumulando tudo, né? Mas a minha filha fala: “Mãe, levanta a cabeça. Mãe, vai se cuidar”. Mas eu me cuido. Vou no médico, vou no psicólogo, eu trato no médico de rim lá no AME, vou lá no cardiologista lá no AME, vou lá no especialidades. Mas aqui eu venho menos.

A senhora vai onde no psicólogo?

Na psiquiatra, no...eu já fui no psicólogo, mas agora não vou mais. Eu vou lá na especialidades e lá no cardiologista. E no AME, eu vou no médico de rim. Graças a Deus ele conseguiu curar minha urina, uma infecção que eu tinha na urina e eu estou continuando a ir, sabe, o médico é tão bom de lá que liberou eu, mas eu continuo indo, sabe, em agosto vou voltar de novo pra ver como é que eu estou, fazer exame de novo. Graças a Deus eu sarei! Muito obrigado.

Encontrei Jacy sozinha na sala de espera e deparei-me com uma pessoa que aparentava estar inconformada com alguma questão. Perguntei-lhe se poderia falar com ela, o que foi correspondido prontamente com um “sim”. Depois de um pouco de conversa, expliquei o motivo de estar na Unidade Básica de Saúde e relatei um pouco o objetivo da minha pesquisa. Ao concordar em participar da pesquisa, ela relatou que não havia compreendido corretamente o horário de sua consulta e, ao questionar uma trabalhadora da Unidade Básica de Saúde, recebeu uma resposta que não a agradou. A sua inconformidade fica expressa na seguinte frase: “isso chateia com a gente, né? Eu tenho educação pra conversar com os outros... e diz que não pode maltratar eles, se maltratar eles isso dá problema pra você, né? E eles podem maltratar...” Tal expressão revela, de início, que Jacy expõe sua demanda na forma de uma questão que precisa de resposta e, por outro lado, sua indignação. Isso abriu uma oportunidade para ela ponderar sobre o acolhimento que apresenta “dois sentimentos: o primeiro, de caráter pontual, pois os usuários buscam soluções para as suas necessidades; o segundo, de caráter

subjetivo, uma vez que a atenção dispensada ao usuário deve ser de respeito” (BREHMER; VERDI, 2010, p. 3576). Sendo assim, baseado nestes dois sentimentos discutirei o primeiro apontando para o acolhimento e, o segundo, na perspectiva do envelhecimento.

Ao ser questionada se é bem acolhida na Unidade Básica de Saúde, Jacy compreende acolhimento como atendimento: “*Quando a gente vem no lugar que é bem tratada, a gente se sente capaz, né?*”. Além disso, espera um reconhecimento das suas necessidades para sentir-se valorizada, tratada com respeito, com dignidade e para isso tem expectativa de que o tratamento recebido envolva sujeitos de direitos. Ao compreender que o acolhimento envolve as ações que promovem a humanização do serviço de saúde e se orienta por princípios éticos, há, por parte dos usuários, uma expectativa de que os trabalhadores e trabalhadoras tenham “a postura de quem acolhe voltada para a qualidade de atenção expressamente refletida pelo respeito ao ser humano, às suas demandas e sua fragilidade” (BREHMER; VERDI, 2010, p. 3576). Retomo aqui à proposta da Política Nacional de Humanização, que é justamente “requalificar essa atenção, de modo a manter uma associação entre as formas de produzir saúde e as formas de administrar os processos de trabalho, entre ação e gestão, entre clínica e política, entre a produção de saúde e produção de subjetividade” (LOPES et al., 2015, p. 115). Noto aqui um descompasso que aflige diretamente o usuário a quem a política é destinada. Não é minha intenção culpabilizar trabalhadores e gestores e o que eu registro, neste caso, é uma fissura entre o que está previsto na Política Nacional de Humanização e a prática do acolhimento na Unidade Básica de Saúde.

Outro ponto da narrativa de Jacy que chamou minha atenção foi sua percepção da importância da escuta no papel do acolhimento: “*Então, que nem eu vou no AME, nossa! Cê precisa ver o atendimento dos médicos lá, que belezinha. Eles abraçam a gente, dão a maior força pra gente, sabe? Que nem, eu fui lá esses tempos atrás, no começo do ano que minha irmã morreu, eu fui lá conversar com ele e contei pra ele e ele: “o que você está sentindo?” Porque eles percebem que a gente é nervoso. Aí eu falei pra ele: “aconteceu isso e isso comigo” e aí ele pegou e me abraçou e deu a maior força pra mim e aí falou assim pra mim: “Eu estou sentindo por você, mas vai pra frente que não pode parar não. A vida continua, certo?” Aí parece que você se sente mais, né? Protegido”*. Grifei as palavras acima para dar destaque, então, à escuta neste processo de acolhimento. Segundo Lopes et al. (2015) na relação entre usuários e trabalhadores “valores ou dádivas como justiça, equidade, obrigação, respeito, gratidão, responsabilidade perante o outro e obrigação de obediência às leis estão presentes nas relações de reciprocidade e no ato de cuidar” (p. 116). O diálogo de Jacy com o trabalhador transcende a relação saúde x doença e médico x paciente desarranjando a noção de um saber

sobre o outro. Há uma escuta interativa onde se manifesta o acolhimento entre o usuário e o trabalhador da saúde produzindo “compreensão e significação de suas singularidades e oferta dos saberes em saúde” (LOPES et al., 2015, p. 116). Nesse sentido Silva et. al. (2018) afirmam que,

É no âmbito do encontro profissional/usuário que as ações de saúde se concretizam. Além do que, são nesses encontros de intersubjetividades que são produzidas, ou não, atos de acolhimento e vínculo: das intenções colocadas pelas pessoas nesses encontros; cumplicidade com responsabilização em torno do problema a ser enfrentado; confiabilidade e esperança que geram relações de vínculo e aceitação (p. 2253).

Jacy sentiu-se acolhida no Ambulatório Médico de Especialidades porque encontrou mais que um atendimento voltado para a sua necessidade. Houve a oportunidade de falar da sua dor, da falta da sua irmã e encontrou reciprocidade na escuta e na resposta à sua demanda naquele momento e isso a fez sentir-se amparada. O respeito com que foi tratada, o abraço recebido, a escuta de seu problema e as palavras de solidariedade e encorajamento formam elementos que compõem o acolhimento. Assim, “o acolhimento é uma ação que deve existir em todas as ações de cuidado, no vínculo entre trabalhadores e usuários, na prática de receber e escutar pessoas” (LOPES et al., 2015, p. 116). Silva *et al.* (2015) salientam que para o acolhimento é necessário que os trabalhadores tenham percepção das particularidades da população idosa, “considerando sua história de vida, uma vez que, com a experiência vivenciada, as pessoas se tornam em geral mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso” (p. 158). A figura do trabalhador da saúde revela-se, assim, como elemento essencial no contato do usuário com o serviço e, de forma significativa, em relação ao acolhimento. É possível pensar numa relação entre os usuários e os trabalhadores sem uma relação de poder sujeito x objeto, o que pode gerar, especificamente na pessoa idosa, afastamento. Pode-se pensar numa relação entre sujeitos onde ocorre a troca de saberes, “assim, os sentidos que determinam as relações no campo da saúde serão estabelecidos não como domínio de uma pessoa sobre a outra, mas como convivência e encontro, onde as intencionalidades se estabelecem com o sentido de interação com o outro” (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014, p. 3445).

Passo, agora para o segundo sentimento descrito por Jacy relativo ao caráter subjetivo de sua afirmação e, para isso volto-me para o envelhecimento. A indignação de Jacy se manifesta da seguinte forma: “*Eu tenho educação pra conversar com os outros... e diz que não pode maltratar eles, se maltratar eles isso dá problema pra você, né? E eles podem maltratar...*

se eu já venho aqui com pressão alta, com problema de saúde, agora a pessoa maltrata você, que jeito você fica? Fica pior, não fica?”. Tal afirmação demonstra que Jacy não se sente como igual e isso pode ser compreendido por conta do pensamento a respeito do envelhecimento em nossa sociedade. Goldfarb (1997) questiona esse “ser velho” e informa que as várias concepções que foram construídas pela sociedade tradicional foram perdidas. Hoje, segundo a autora, o envelhecimento “parece ser mais uma ‘invenção’ social, uma categoria na qual é possível depositar tudo o que remete à inutilidade, à dor, à finitude e à morte e que é assim expulsa em direção às bordas, marginalizada” (GOLDFARB, 1997, p. 13). A imagem do envelhecimento opera de forma que a pessoa idosa seja vista de forma inquietante, haja vista que “a velhice, em nossa sociedade, mesmo quando não se associa à pobreza e à invalidez, tende a ser vista como um período dramático, por implicar a passagem, tida como indesejada, de um mundo amplo e público, para um mundo restrito e privado” (DEBERT, 2012, p. 25).

Aprendi com a história de Jacy a importância dos encontros e o quanto eles podem ser marcantes para quem está envolvido. Sua força de viver, diante dos inúmeros impasses pelos quais passou, revela uma pessoa idosa disposta a continuar a sua trajetória, atravessando os momentos difíceis e fortalecendo-se nos vínculos com quem está disposto ou disposta a caminhar com ela.

3.1.2 Rosa (68 anos)

Qual a idade da senhora?

Sessenta e oito anos.

Há quanto tempo a senhora é usuária aqui do Posto de Saúde?

Sou usuária há 28 anos.

Quantas vezes por semana a senhora vem à UBS?

Ah... Uma vez, duas, tem vez que a gente fica tempinho sem vir, graças a Deus né, que não é precisado, mas a gente vem. Agora mesmo eu estive com ele aqui, o doutor. Antes de ontem foi eu que passei aqui.

O quê que a senhora veio fazer aqui?

Eu vim pegar uma receita porque eu tomo remédio controlado para a ansiedade com o doutor, eu trato com o ele.

E o que a senhora tem de ansiedade?

Ah... Ansiedade, mas eu estou bem boa depois que eu tomei esses remédios, está com uns dois... um ano e pouco que eu tomo esses remédios dele. Eu estou... agora sinto bem.

Aquela ansiedade, aquele apavoramento assim.... às vezes eu vou esperar uma condução, eu fico apavorada para chegar logo, um serviço, é assim.

Como a senhora se sente quando chega aqui na UBS?

Eu sinto bem, porque as meninas é um amor de pessoa. Os médicos atendem a gente bem. Não tem o que falar, de nenhum deles.

O que a senhora sente quando é bem atendida aqui?

Eu sinto feliz. É. Não fico contrariada. Eles atendem a gente bem. Não responde a gente mal, tanto eu quanto meu velho, tudo bem.

A senhora sempre tem os pedidos aceitos aqui?

Tenho.

Nunca teve um pedido negado?

Não, não, nunca tive. A gente tem muita sorte, aqui em Assis, em lugar nenhum, em unidade nenhuma. A gente é bem atendida. Regional, Santa Casa, é no UPA, no Pronto Socorro. Eles atendem ele (o companheiro) porque ele é enfermo, né? Então eu trago ele e ele é bem atendido. Eu acompanho ele em todos os momentos.

Conte um pouco da senhora. Onde a senhora nasceu?

Eu nasci na Bahia, Orandi.

E como a senhora veio parar aqui em Assis?

A gente veio de lá para cá, eu vim com 11 anos de idade, né?

O que a senhora veio fazer aqui?

Meus pais, né? Vieram trabalhar na roça, né? Aqui, veio pra cá e a gente ficou aqui e está até hoje. Apesar de que eu não tenho nem mais pai nem mãe mais, né? A gente... eu me formei, trabalhei na roça, depois passei a trabalhar de doméstica, aí casei e agora estou em casa.

Conta um pouquinho da infância da senhora.

Minha infância foi boa. Graças a Deus, a gente como pobre, né? A gente trabalhando na roça com meu pai, tudo, meus pais muito bom, minha mãe... fui criada muito bem, sabe? Com respeito, com educação, como pobre, mas tudo bem. Muito feliz porque eu trabalhei na lavoura, sabe? Eu sou uma pessoa que trabalhei na roça, não tenho o que falar, não.

Quanto tempo a senhora trabalhou na roça?

Ah. Quando eu saí para trabalhar, assim doméstica, eu já estava com 41 anos, já.

E quando a senhora chegou aqui, com 11 anos, começou a trabalhar na roça?

Eu não trabalhava não. Eu ia assim, meu pai colhia algodão e eu, como não aguentava o fardo, assim para carregar, ele colocava uma lata, eu enchia aquela lata com ele na rua e depois colocava no fardo dele. E foi assim...

E com quantos anos a senhora fazia isso? A senhora lembra?

Não lembro. Eu sei assim.... que eu vim com onze anos do norte, né. Depois meu pai veio pra roça, aí quando eu fui ser mocinha eu fui pra roça também. E eu já saí da roça adulta

A senhora sempre foi usuária do sistema de saúde público?

Fui.

E melhorou de um tempo pra cá? Como a senhora vê essa questão da saúde pública?

Ah... É boa. Está melhorando. Sempre boa.

Como a senhora conheceu o seu marido?

A gente se conheceu no Paraná. A gente era do Paraná, de Porecatu. Graças a Deus.

Há quanto tempo vocês estão juntos?

Quanto, véio? (pergunta, olhando para o marido) Quanto? Trinta anos.

E a senhora gosta do atendimento aqui da UBS?

Eu gosto demais, demais.

A senhora acha que é muito bem atendida.

Ah. Eu acho, nunca fui maltratada não. Pelo menos nós, não, né? Não sei os outros, mas nós não.

A senhora nunca teve um pedido negado aqui.

Não. Nunca tive, nunca tive. Os exames quando chegam, eles ligam pra gente vir pegar e a gente vem. Eles são muito... né? Cada pessoa, cada pessoa. Às vezes uns é (pedido negado), eu mesmo nunca fui, nem eu nem meu véio aqui.

A senhora teve algum outro tratamento que exigiu um atendimento mais especializado?

Não, não, não, não. Eu nunca tive... Graças a Deus eu se trato... a cirurgia eu fiz. Tive pedra na vesícula e fiz tudo pelo SUS. Fiz lá no Regional com o Doutor. Um médico muito silencioso, gosto muito dele, muito bem atendida, me tratou muito bem e ele me trata até hoje. Trato com ele... é. Muito bacana.

Encontrei Rosa com seu companheiro na sala de espera junto com outros usuários que esperavam o momento da consulta. Ao aproximar-me dos dois cumprimentei-a e logo recebi de volta um lindo sorriso no seu cumprimento. Ela segurava a bolsa no colo, usava uma maquiagem marcante e seu olhar voltava-se para frente, observando o que estava acontecendo na sala de espera. Apresentei-me e falei da pesquisa e se ela gostaria de participar o que foi

prontamente atendido. Suas frases não eram longas e nem se prolongava nas respostas o que chamou a minha atenção. Para ela, o acolhimento tem o sentido de atendimento: *“Eu sinto feliz. É. Não fico contrariada. Eles atendem a gente bem. Não responde a gente mal, tanto eu quanto meu velho, tudo bem”*. Nesse sentido observo que para Rosa o acolhimento tem um sentido de ter a sua necessidade atendida, ou seja, “os idosos acham que ser acolhido é ter um bom atendimento por parte dos profissionais da recepção, pois eles sentem que suas necessidades são supridas de forma satisfatória” (FERREIRA et al. 2018, p. 672).

Rosa afirma que tem as suas necessidades atendidas porque: não teve nenhum pedido negado, conseguiu acesso a receita para o remédio que precisava, que o atendimento tem melhorado com o passar do tempo. Essas afirmações corroboram para afirmar que no pensamento de Rosa, então, acolhimento tem a ver com a satisfação diante das necessidades atendidas. Contudo, as afirmações também revelam uma falta de compreensão em relação ao acolhimento como um elemento de política pública, mesmo porque há um “desconhecimento desses sujeitos sobre o desenvolvimento de uma prática de acolhimento nas UBS” (BREHMER; VERDI, 2010, p. 3575). Em sua narrativa, Rosa reconhece que há atenção por parte dos trabalhadores em relação às suas demandas. Todavia, verifico aqui a necessidade de ampliar o conhecimento do usuário em relação ao acolhimento, mesmo porque é um direito do cidadão. Além do mais, ao constatar que ser bem atendido é uma compreensão de acolhimento, “o acolher, como estratégia de humanização dos serviços pode estar ameaçado pela tendência de tecnificação. Assim, ele trafega pelo tênue limiar da reprodução de modos e da reformulação de posturas” (BREHMER; VERDI, 2010, p. 3575).

A Política Nacional de Humanização reafirma um direito constitucional ao mencionar que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2004, p. 7) e tem como metas “ampliar o acesso dos usuários ao serviço de saúde, organizar o processo de trabalho e trazer qualificação à relação entre profissionais e usuários, através da formação de vínculos, promoção da autonomia e garantia da responsabilização” (LOPES et al, 2015, p. 188). Compreendo aqui, levando-se em consideração as afirmações de Rosa, a necessidade de que o processo de interação entre usuário e trabalhador seja desenvolvido para ampliar o conhecimento dos usuários em relação ao acolhimento. Essa questão leva em consideração uma formação contínua dos trabalhadores da saúde, “daí a necessidade de amplo e contínuo processo de formação em saúde, uma vez que os profissionais são multiplicadores de informações” (SILVA et al, 2018, p. 2252).

Ao referir-me aos trabalhadores da saúde, entendo que o processo passa não somente por eles, mas por todos os trabalhadores envolvidos em saúde. Minha incursão na UBS

possibilitou acompanhar o dia a dia da Unidade Básica de Saúde e verifiquei uma série de atribuições relacionadas ao funcionamento da mesma e que exigem muito dos profissionais. Além disso, muitos dos acontecimentos na UBS decorrem de uma verticalização do saber na figura dos médicos. Acontece que nem todos os médicos estão preparados para lidar com as questões do envelhecimento, por isso,

Para alterar essa realidade, é preciso reconhecer nos serviços de saúde um campo interativo e processual, contínuo crescimento, aprendizagem, promover a valorização e educação do profissional de saúde acerca do processo de envelhecimento. Os profissionais precisam de capacitação para a busca constante no aperfeiçoamento das relações sociais que desenvolvem no dia a dia dos serviços, percebendo-se de maneira crítica os sentidos e impasses dos problemas advindos da convivência humana” (SILVA et al., 2018, p. 2252).

Rosa relata sua experiência de vida para acentuar que sua infância foi boa. Trabalhar com o pai na colheita de algodão foi essencial para reconhecer o significado dessa experiência como algo positivo: *“Minha infância foi boa. Graças a Deus a gente como pobre, né? A gente trabalhando na roça com meu pai, tudo, meus pais muito bom, minha mãe.... fui criada muito bem, sabe? Com respeito, com educação, como pobre, mas tudo bem. Muito feliz porque eu trabalhei na lavoura, sabe? Eu sou uma pessoa que trabalhei na roça, não tenho o que falar não”*. A narrativa de Rosa trouxe seu passado à tona, demonstrou apreço pela vivência junto ao seu pai e como isso deu significado à sua vida. Essa memória é preciosa, conforme Bosi (1994): *“uma lembrança é um diamante bruto que precisa ser lapidado pelo espírito. Sem o trabalho de reflexão e da localização, seria uma imagem fugida. O sentimento também precisa acompanhá-la para que ela não seja uma repetição do estado antigo, mas uma reaparição”* (p. 81). Assim, Rosa traz a experiência que lhe foi significativa no passado e a apresenta como resultado no presente na forma de trabalho e educação. Em relação a essa memória dos velhos, escreve Bosi (1994) *“Ao lembrar o passado ele não está descansando, por um instante, das lides cotidianas, não está entregando-se furtivamente às delícias do sonho: ele está ocupando-se consciente e atentamente do próprio passado, da substância mesma da sua vida”* (p. 23).

A narrativa de Rosa em relação a sua saúde indica o seu cuidado nesta área, informando a frequência com que vai à UBS: *“Ah... Uma vez, duas, tem vez que a gente fica tempinho sem vir, graças a Deus né? Que não é precisado, mas a gente vem. Agora mesmo eu estive com ele aqui o doutor. Antes de ontem foi eu que passei aqui”*. Há duas questões relevantes nessa afirmação. A primeira diz respeito ao cuidado de Rosa com a sua saúde, o que implica na melhoria das condições de vida com a possibilidade de extensão da mesma com qualidade. A

segunda tem uma implicação de Rosa com a o serviço público de saúde, demonstrando a pertinência desse serviço para a população idosa mais carente.

A preocupação de Rosa com sua saúde reflete o aspecto do envelhecimento relacionado à finitude. Goldfarb (1997) afirma que essa condição de finitude está ligada ao envelhecimento à medida que o tempo progride e a pessoa idosa passa a pensar na qualidade do restante de sua vida. “A evolução da humanidade exige um constante reordenamento da relação do homem com o tempo. Homem e tempo se influenciam mutuamente, produzindo profundas mudanças nas subjetividades e diferentes representações que lhe permitem lidar com a questão temporal” (GOLDFARB, 1997, p. 43). Assim, constatei não somente no discurso de Rosa, como também na sua maneira de interagir, um prazer pela vida, um compromisso consigo mesma, uma possibilidade de viver bem, com saúde, mobilidade, dignidade, sustento e um contagiante desejo de ser feliz. Nesse sentido, em relação à finitude, Rosa “deixa de contar os anos vividos e começa a fazer planos para os anos que ainda lhe restam viver e que deseja aproveitar instantaneamente” (GOLDFARB, 1997, p. 42). Essa percepção sobre a finitude e o cuidado com a saúde demonstram que Rosa procura por qualidade de vida, ou um envelhecimento bem-sucedido. Embora esse termo seja confundido e mal interpretado, levo em consideração o que Teixeira e Neri (2008) entendem por essa expressão,

Envelhecer bem é uma questão pragmática de valores particulares que permeiam o curso da vida, incluindo as condições próximas da morte. A implementação de programas que elevam o nível de qualidade de vida dos idosos pode prescindir, temporariamente, da definição uniforme desse fenômeno. O objetivo de muitos idosos e profissionais tem sido a promoção de saúde e bem-estar nessa fase da vida, seja referindo-se ao envelhecimento saudável, produtivo, ativo ou bem-sucedido (p. 91).

A outra questão de Rosa tem a ver com o seu encontro com o serviço de saúde público, demonstrando a importância deste no decorrer de sua história. Rosa não faz queixas, ao contrário, sua narrativa indica que os serviços prestados ocorreram de forma que ela os julga satisfatórios. Considero que, apesar de não compreender completamente o termo acolhimento, Rosa sentiu-se acolhida em todas as esferas do serviço de saúde que utilizou, seja na Unidade Básica de Saúde ou no Hospital, conforme relatou. Assim, “o acolhimento não é espaço ou um local específico, não pressupõe hora ou um profissional determinado para fazê-lo. É uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social (BRASIL, 2006, p. 14). Além do mais, o serviço de saúde público é o meio pelo qual Rosa cuidou de si durante toda a sua história, indicando o quanto as políticas públicas na área da saúde são essenciais para a população idosa que não pode recorrer a planos de saúde privados. Nesse sentido, é evidente

a necessidade de ampliação dessas políticas públicas e não o seu desmanche tendo em vista o aumento da população idosa. Conforme Rodrigues (2001),

Parece-nos que o mais grave é a falta de continuidade dos Programas Governamentais. Elaboram-se Programas, Projetos que, por falta de verbas ou outros motivos não são executados com a rapidez que seria necessário. Nesse ínterim muda o Governo, seja em nível Nacional ou Estadual e esses Programas e Projetos ficam esquecidos. Às vezes, há um novo recomeço e, mais uma vez, por falta de continuidade não funciona. Ainda há um problema mais sério que ocorre, quando os Programas que estão sendo exitosos são interrompidos sem que haja algo para substituí-los. Apenas interrompe-se e os usuários e técnicos ficam se perguntado: o que virá, agora? (p. 158).

Aprendi com Rosa a alegria de poder envelhecer diante dos impasses e com as possibilidades que relatou. A sua história é forte, densa, pautada nas escolhas que a constituíram e a fizeram ser a pessoa que é. Enquanto escrevia seu relato e articulava com o tema do envelhecimento e das políticas públicas relembro o quão potente foi o nosso encontro a ponto de tocar-me profundamente. Todas as suas respostas terminavam com um gracioso sorriso. Sou grato a Rosa por isso.

3.1.3. Francisco (73 anos)

Qual a idade do senhor?

Eu tenho 73 anos de idade.

Quantas vezes o senhor utiliza a UBS?

Uso de dois anos para cá.

Por que o senhor procurou a UBS?

É um problema que eu tive que fazer uma vesícula, então estou vindo aqui.

O Senhor é bem recebido na UBS?

Quando a gente chega aqui na unidade básica de saúde para nós aqui é muito bom.

Quanto tempo demora para ser atendido?

Aqui geralmente depende, o médico aqui fica até 2 horas aqui esperando lá na recepção.

O senhor já teve algum pedido negado aqui?

Pedido negado, aqui, não. O que acontece é que demora. Você faz e demora 8, 10, 15 até 20 dias para sair o resultado.

O senhor trabalha?

Eu sou caminhoneiro. Trabalho e viajo bastante pelo Brasil e vou trabalhar até o último suspiro. Agora é difícil, ainda mais agora, a geração não pensa em nada, só diz que está cansada e eu agora tô mais novo.

Fale um pouco sobre o senhor.

Eu morei na zona rural e na cidade. Aqui na cidade 9 anos, tô aqui em Assis e também em Cruzália. Morei em São Paulo quando eu era pequeno, mas o Marcos, meu pai, né? Então não era muito fácil nem para ele e nem para mim, porque eu andei no meio do Cafezal. Hoje eu tô aqui por causa da vesícula, eu tô até fazendo tratamento para operar. Eu não operei até semana, mas Deus abençoa, vai marcar. Eu já devia ter tratado há tempo atrás, né? Desde 2011, mas eu não fui na época. Eu tinha um monte de coisas para fazer. Por exemplo, daqui a pouco tá de boa, daqui a pouco você precisa viajar para Santos e foi em uma dessas viagens que eu tive essa dor, umas duas vezes deu e eu tive que ir Resgate para o hospital. Aí você toma um remédio, toma injeção fica bom. Até chegou um certo dia para operar. Aí me liberaram para operar e eu cheguei até na porta do Santa Casa e voltei para trás. Eu tive medo, muito medo e aí minha esposa, ela tá aí, ela foi a prova disso. Não fiz a operação aí fui lutando, tô lutando até hoje. Agora que eu vou mesmo, mas não porque você tá com vontade, é igual cólica de rim né? Aí eu vou fazer hora de criar coragem. Agora vou criar coragem ou é ou não é.

O senhor gostaria de falar mais?

Eu sempre fui bem atendido. Gostaria de frequentar as atividades que eles produzem porque não somos preguiçosos. Se bem que todo mundo aqui não tem por que não tratar a gente bem, mas aí tem uns que não dá nem atenção para gente, outros mostra a cara feia. Ninguém é perfeito, mas pelo menos parte dali, daquele de sempre. O movimento às vezes demora e a gente levanta cedo, na madrugada para vir aí, para marcar uma consulta e o médico vai chegar 9 horas. Em geral tem lugar pior entendeu, o atendimento é bom se for ruim para. Vai lá para o Peru para você ver.... eu fui lá há 5 meses. E agora esses dias, por causa da vesícula, precisei buscar o tratamento de novo. Há um tempo atrás fiz um tratamento de dengue e precisei pagar consulta. O que falta para mim é um atendimento na hora. Cinco vezes minha mulher veio aqui, nós veio aqui procurando por atendimento porque na realidade ninguém gosta de vir aqui sem precisão. O rapaz marcou e foi me atender e me atendeu direito. O doutor descobriu que era. Isso aqui não é que nem na loja, nem todo mundo tem o dinheiro para pagar a consulta.

Certo dia cheguei à Unidade Básica de Saúde pela manhã e encontrei a sala com muitas pessoas. Os atendimentos transcorriam seguindo o protocolo com as consultas ocorrendo nos horários estabelecidos. Olhei para Francisco e me dirigi até ele para conversarmos. Apresentei-me e falei o motivo pelo qual estava ali e se ele gostaria de participar da pesquisa. Prontamente fui atendido por Francisco, que demonstrou muito interesse pelo tema. Aliás, ele foge a qualquer estereótipo em relação à velhice que a sociedade impõe. Conforme afirma Tótor (2008), o ser velho está sobrecarregado de formulações que interferem diretamente sobre a vida e os corpos das pessoas idosas. Assim, “o sujeito velho é, pois, uma produção das relações de poder e de saberes que marcam seus corpos e gestam sua subjetividade. Portanto, o sujeito assim criado se torna sujeitado” (TÓTOR, 2008, p. 23). Nesse sentido, Rosa e Vilhena (2016) informam que “assistimos a um reforço da imagem negativa da velhice, sobretudo associada à fragilidade biopsíquica e à decadência” (p. 16). O envelhecer, portanto, para alguns idosos e algumas idosas segue carregado de um sentido negativo, voltado para perda, para a incapacidade, para a sujeição, para a dependência e para o assujeitamento.

Contudo, Francisco é um caminhoneiro de 73 anos e continua viajando pelo Brasil e também pelo exterior (Peru), conforme informou em sua narrativa. Sua velhice não está ligada aos modelos pré-concebidos. Há uma possibilidade de continuar sua vida e esta possibilidade está relacionada ao trabalho que ele faz questão de manter. Constatando isso em sua narrativa: “*Eu sou caminhoneiro, trabalho e viajo bastante pelo Brasil e vou trabalhar até o último suspiro. Agora é difícil, ainda mais agora, a geração não pensa em nada, só diz que está cansada e eu agora tô mais novo*”. Vilarino e Lopes (2008) indicam que para muitos idosos e idosas “deixar de trabalhar significa perda de identidade e, conseqüentemente, em certa medida, desistência de lutar pela vida (p. 74), além de propiciar uma melhor qualidade de vida, pois continuar trabalhando é sinal de saúde (VILARINO; LOPES, 2008, p. 71).

A narrativa de Francisco indica pensar o envelhecimento sob o olhar das possibilidades que a vida lhe conferiu. Conforme Rosa e Vilhena (2016), “parece-nos fundamental resgatar também potencialidades únicas e distintas, tais como a serenidade, a experiência adquirida e a perspectiva de vida pessoal e social (p. 11). É um outro entendimento para o envelhecimento, conforme Goldfarb (1997). Ela descreve que alguns sujeitos possuem um objetivo, “seriam os casos de projetos de final de vida que, pela sua magnitude, guardam um sentido de continuidade muito forte, para um tempo previsto para a própria existência, como seria o caso da construção de uma grande empresa, ou a identificação com um ideal social” (p. 72). É possível verificar, então, que Francisco tem uma percepção de si mesmo relacionada ao trabalho. “Na sociedade capitalista, o trabalho é o maior preditor de qualidade de uma pessoa. Isso pode ser evidenciado

nas imagens dos idosos quando relatam a velhice como perda da capacidade laborativa e aposentadoria, por exemplo” (GUERRA; CALDAS, 2010, p. 2933).

Suas respostas em relação ao acolhimento foram: *“Quando a gente chega aqui na unidade básica de saúde para nós aqui é muito bom”*; *“Eu sempre fui bem atendido”*. Francisco compreende acolhimento como um bom atendimento a tal ponto de descrever o seguinte: *Se bem que todo mundo aqui não tem por que não tratar a gente bem, mas aí tem uns que não dá nem atenção para gente, outros mostra a cara feia. Ninguém é perfeito, mas pelo menos parte dali, daquele de sempre”*. A procura de Francisco pelo serviço de saúde é pontual, porque não consegue mais suportar as dores e precisa de uma cirurgia. Ao pensar acolhimento como atendimento, Francisco compreende que suas necessidades são, de certa forma, supridas pelos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde. Tal entendimento certifica o que ressaltam Brehmer e Verdi (2010) sobre a percepção de usuários das UBS no que diz respeito ao acolhimento que é “fundamentado, basicamente, em uma estratégia técnica de recepção, triagem e encaminhamento” (p. 3576).

Destaco que na fala de Francisco a UBS representa o contato com o sistema de saúde público e, por isso, “o acolhimento na atenção básica é o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança essencial ao processo de coprodução de saúde, sob os princípios do SUS (FERREIRA et al. 2018, p. 670). Ele resalta a importância do sistema público informando: *“Isso aqui não é que nem na loja, nem todo mundo tem o dinheiro para pagar a consulta”*. Com a crescente demanda da população idosa é “necessário que as políticas públicas sejam discutidas e reformuladas para contemplar o idoso como prioridade de atenção” (FERREIRA et al., p. 670). A Política Nacional do Idoso, em seu Capítulo 3, Artigo 8º, Parágrafo Único, menciona a importância das políticas públicas e seu financiamento: “Os ministérios das áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a política nacional do idoso” (BRASIL, 2010, p. .9). Por isso, o aumento de investimento em saúde é mais que necessário e não o inverso, como o corte de verbas que vem crescendo a cada ano. O encontro das pessoas idosas com o serviço de saúde pode ser visto como uma questão de direito, porque o Estado tem a obrigatoriedade de zelar pela saúde da sua população. “No bojo dessa discussão, está o respeito ao direito que os usuários possuem de terem sua saúde resguardada e suas necessidades atendidas. Anseia-se pelo fortalecimento desses sujeitos de direitos e pela compreensão de sua totalidade como seres humanos” (BREHMER; VERDI, 2010, p. 3577).

Um apontamento de Francisco chama a atenção: *“Pedido negado, aqui, não. O que acontece é que demora. Você faz e demora 8, 10, 15 até 20 dias para sair o resultado”*. A questão mencionada tem a ver com a demora tanto na execução de algum exame específico quanto no resultado. Essa questão não é só de Francisco e atinge a maioria dos usuários quando se trata de exames que exigem maior complexidade e são realizados em outros lugares fora da Unidade Básica de Saúde. Retomo a Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006, relativa à Política Nacional da Pessoa Idosa. No campo “3.2. Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa” há uma determinação para que a estrutura da atenção à pessoa idosa leve em consideração o usuário. Ele é o foco central para que seja oferecido o acesso em todos os níveis de atenção.

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica (BRASIL, 2006).

Apesar de Francisco mencionar o atraso em relação à sua questão, retomo o que ele mesmo disse: *“Até chegou um certo dia para operar. Aí me liberaram para operar e eu cheguei até na porta do Santa Casa e voltei para trás. Eu tive medo, muito medo e aí minha esposa, ela tá aí, ela foi a prova disso. Não fiz a operação aí fui lutando, tô lutando até hoje”*. Com a piora nas dores, Francisco se viu obrigado a recorrer novamente à cirurgia, porque não há outra solução. É justamente nesse espaço, onde reside o medo e ao mesmo tempo a necessidade que compreendo o acolhimento como ferramenta da Política Nacional de Humanização. Aqui o trabalhador faria justamente a escuta dessa demanda numa perspectiva mais qualificada, assim, “o acolhimento, entendido como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas” (TAKEMOTO; SILVA, 2007, p. 332). Francisco é um usuário do serviço de saúde e por causa de um sentimento legítimo não realizou o procedimento cirúrgico, contudo, através do acolhimento é possível estabelecer um vínculo entre trabalhador e usuário. E mais, o acolhimento “refere-se à atenção dada aos problemas de saúde do usuário, de maneira qualificada, disponibilizando um feedback que proporcione a solução do seu problema ou o encaminhamento do mesmo para uma possível resolução” (LOPES et al., 2015, p.122).

Apreendi com Francisco que existem possibilidades de envelhecer com ânimo e muita disposição para viver. Ele me possibilitou compreender sua história, narrou seus medos e suas

expectativas. Ouvi em seu relato, por causa de sua vida de caminhoneiro, um envelhecer nômade.

3.1.4. Frida (65 anos)

Quantas vezes por semana a senhora vem até a UBS?

Eu venho pouco para a UBS. Uma vez por ano. Eu estou com essa cara de triste, né? Já fiz o pedido de um exame faz uns quatro meses e eles ligaram para mim. Toda a vez que eu venho aqui e pergunto o que está acontecendo e eles não sabem explicar. Aí hoje eles me ligaram para eu vir aqui. Sabe a gente tem problemas e não tem tempo para ficar vindo todas as vezes para perguntar de exames. É muito ruim.

A senhora se sente bem acolhida aqui?

A gente não tem problema com as pessoas aqui. Elas são todas boas, mas os exames é que são ruim. Não consegue marcar logo e quando marca e a gente consegue fazer o exame aí demora para chegar o resultado. Quando a gente faz o exame é bom, mas é ruim marcar e esperar pra fazer e depois esperar o resultado. A gente é bem tratada aqui, mas a demora dos exames é muito ruim. Eu não quero falar mais.

Nas minhas observações na Unidade Básica de Saúde cheguei pela manhã e olhava o movimento dos usuários à espera das suas consultas. Entre o final do primeiro horário de atendimento e início do segundo horário deparei-me com uma senhora que permaneceu no mesmo lugar. Aproximei-me dela para conversar conforme fazia com as demais pessoas idosas entrevistadas. Disse a ela o meu nome e o motivo pelo qual eu estava ali. Aproveitei e perguntei se ela gostaria de participar da pesquisa. Frida estava sentada com o olhar voltado para baixo, segurando a bolsa com força e com o corpo retraído, como se estivesse com frio. Quase não ergueu a cabeça para responder que participaria da pesquisa e responderia as perguntas. Sua tristeza era mais que aparente e fica evidente em sua fala: “*Eu estou com essa cara de triste, né?*”. A causa de sua tristeza e indignação tem um componente intenso de frustração “*já fiz o pedido de um exame faz uns quatro meses e eles ligaram para mim. Toda a vez que eu venho aqui e pergunto o que está acontecendo e eles não sabem explicar*”. Destaco que a frustração se dá pelo que Frida entende como demora, o que também pode ser ouvido como a incapacidade do serviço de saúde de lhe oferecer a devida atenção. Assim, observo no caso de Frida a necessidade de levar em consideração “tipos de acolhimento diferenciados, especialmente em termos de saúde” (FERREIRA, et al. 2018, p. 672) e, de maneira efetiva, com idosos e idosas.

Frida sofre com a desinformação: *“Toda a vez que eu venho aqui e pergunto o que está acontecendo e eles não sabem explicar”*. O acolhimento prevê para essa questão o estabelecimento de um vínculo entre trabalhador e usuário para superar as desconfianças e questionamentos. *“O profissional deve ter uma relação de confiança e respeito com a pessoa idosa, provocando assim um bom acolhimento”* (FERREIRA et al., 2018, p. 672). Como já informei anteriormente a rotina na Unidade Básica de Saúde é intensa e, por isso, várias situações demandam atenção da equipe. Contudo, há necessidade de constante reavaliação para que não haja um rompimento da continuidade do serviço prestado aos usuários, e o acolhimento é essa ferramenta indispensável. Por isso, repensar estratégias de acolhimento para a população idosa pode ser transformador nas relações entre trabalhadores e usuários.

Essas transformações são potenciais construtoras de vínculo, aproximando quem oferece serviço de quem o recebe, personalizando-se a relação que dever ser compromissada, solidária, aparecer como construção social e parte de um esforço, o qual envolve equipe, instituições e comunidade (SILVA et al., 2018, p. 2252)

Pensar constantemente em estratégias de acolhimento oferece aos trabalhadores oportunidades para novas ações no dia a dia da Unidade Básica de Saúde, *“incorporando algum grau de satisfação e conferindo um novo significado ao trabalho”* (TAKEMOTO; SILVA, 2007, p. 335). Com isso, destaca-se o papel da equipe no acolhimento apesar dos inúmeros fatores que permeiam o cotidiano do serviço de saúde trazendo sobrecarga de trabalho. Por isso, para o estabelecimento dos vínculos com os usuários, além de pensar estratégias de trabalho e de acolhimento, é preciso levar em consideração,

... características individuais, tanto dos profissionais como dos usuários; as condições em que estes profissionais estão inseridos para realizar o cuidado; a compreensão das formas como os usuários procuram cuidado, bem como eles propõem a resolução dos problemas de saúde (LOPES et. al., 2015, p. 121)

Saliento o término da entrevista de Frida: *“A gente é bem tratada aqui, mas a demora dos exames é muito ruim. Eu não quero falar mais”*. A frase constata que Frida compreende acolhimento como atendimento e coloca sua repulsa à demora em relação aos exames. Extraio aqui algumas considerações em relação a velhice que Frida demonstrou. A primeira tem a ver com esse tempo de espera que tanto a angustia e que, segundo Goldfarb (1997) esse tempo ligado à finitude *“na velhice adquire a dimensão iniludível”* (p. 42). Frida relata: *“Sabe a gente tem problemas e não tem tempo para ficar vindo todas as vezes para perguntar de exames”*. Observo na narrativa de Frida que o tempo é esse elemento cuja velocidade a aflige, porque em

nossa sociedade “este é um tempo de consumo e produção de imagens, onde não existe o tempo necessário para a ressignificação dos acontecimentos, para sua elaboração e simbolização (GOLDFARB, 1997, p. 42). Outro componente significativo é que Frida está sozinha na Unidade Básica de Saúde, o que, por um lado, indica sua mobilidade e independência para resolver suas questões. Por outro, a sua própria atitude de isolamento, demonstra que se sente só, sem a possibilidade de dividir sua história, sua narrativa. Bosi (1994) salienta que a história dos velhos é recheada dessas narrativas que propiciam um encontro do narrador consigo mesmo e com o outro.

A arte da narração não está confinada nos livros, seu veio épico é oral. O narrador tira o que narra da própria experiência e a transforma em experiência dos que o escutam. No romance moderno, o herói sofre as vicissitudes do isolamento e, se não consegue expressá-las de forma exemplar para nós, é porque ele mesmo está sem conselho e não pode dá-lo aos outros. O romance atesta a desorientação do vivente (BOSI, 1994, p. 85)

A segunda consideração sobre o término da entrevista tem a ver com a frase: *Eu não quero falar mais*. Entendo que Frida, apesar de estar decepcionada com a espera e ausência de respostas para a sua demanda, permanece a espera. Isso demonstra, num primeiro momento, que Frida resiste à ideia de descartabilidade, sua atitude opera contrariamente às percepções da sociedade, conforme descrevem Py e Oliveira (2012): “para os idosos, no mais das vezes, esse processo transcorre através de um envelhecimento regido pela apreensão das significações negativas que o social usa para marcar a velhice” (p. 1957), e Debert (2012): “o empobrecimento e os preconceitos marcariam a velhice nas sociedades modernas, que abandonam os velhos a uma existência sem significado” (p. 17).

A resistência de Frida encontra amparo nas palavras de Beauvoir (1990):

a tristeza das pessoas idosas não é provocada por um acontecimento ou por circunstâncias singulares: ela se confunde com o enfado que as devora, com o amargo humilhante sentimento de inutilidade, de sua solidão no seio de um mundo que só lhes tem indiferença (p. 483).

O encontro de Frida com o serviço de saúde revela sua decepção. Nesse sentido há necessidade de “buscar um modelo de atenção à saúde do idoso que incorpore entre seus objetivos a identificação, a avaliação e o tratamento desse segmento e que possa ser aplicado nas mais variadas modalidades assistenciais” (VERAS, 2014, p. 337).

Agradeço a Frida porque aprendi a força da resistência diante dos impasses que a vida impõe.

3.1.5. Simone (70 anos)

A senhora mora aqui há quanto tempo?

Eu moro aqui há 53 anos nascida e criada, batizada. Eu fui criada na roça com muito trabalho e sacrifício. Meu pai era italiano legítimo, era muito ruim para nós, se nós não trabalhasse, nós não comia. A gente tem pouca leitura, mas dá para viver, (andar de) circular, ônibus. Meu nome é força divina, igual o da minha mãe.

A senhora é casada?

Sou casada, tenho 3 filhos, todos os dois casal, um homem de 51 anos e uma filha mulher de 48 anos e outra que Deus levou para ele com 6 anos 7 meses, criança ainda. A gente sofre muito pela falta da filha que morreu, né?

Há quanto tempo a senhora é usuária aqui na UBS?

Nossa! Muito tempo. Hoje eu participo das atividades e até hoje sou muito bem atendida em todos os lugares que eu vou, todos os lugares estão muito bem.

Quanto tempo a senhora demora aqui na UBS para ser atendida?

Na verdade, esses dia eu passei aqui para fazer o controle da pressão. Eu já cheguei ficar 40 minutos sentada ali, um olha para o outro, tu vai para o outro e eu tô ali, eu nem peço nem nada. Porque estão sabendo que vou fazer o controle, só que eu sou atendida, mesmo assim eu me sinto bem atendida.

A senhora teve algum pedido negado aqui na UBS?

Nunca tive. Sempre fui atendida. As meninas são muito boazinha para mim.

A senhora precisou de algum exame mais específico?

Olha, aqui nesse posto é só mesmo assim de rotina, né, mas é lá em cima no AME eu já fui e demorou sim, eu não tenho reclamação aqui não nem um pouco. A questão é quando faz exame, quando sai. Aqui sou muito atendida, sim. O pessoal da recepção direitinho, tudo direitinho, muito bem.

A senhora quer falar mais alguma coisa?

Ah eu queria não..... bom é que eu queria contar, eu tô fazendo entrevista para esperar um pouco, eu vou passar na enfermeira coordenadora, porque eu tenho exame de vista para mim fazer dia 13 e dia 13 é o dia que eu vou passar no doutor que faz pequena cirurgia e então eu não posso ir esse dia, mas outro dia teve um choque de dias, aí marcaram duas vezes. Eu vou falar para ela, porque eu fui na mesa, a minha pressão subiu, muito feia, 19 por 11 e eu não fui atendida, aí eu vim fazer o controle da pressão para mim, aí o médico que atendeu aqui, né? Me deu a cartinha porque eu tenho aula de dança no mesmo dia. Não quero perder as duas

eu não posso perder. Vou passar no oculista e vim pedir para ela que eu vou fazer o outro em um outro dia. Para mim passar na pequena cirurgia que eu tenho de fazer, mas só que eu cuido na Doutora de pele, problema de câncer, não posso tomar sol nem nada, senão fica tudo no vivo. Aqui ó, filtro solar que ela me dá. Essa oportunidade muito, muito boa. A enfermeira atende muito bem, com hospitalidade

Seu marido não vem à UBS?

Bem, ele é muito caseiro. Não liga pra saúde. Ele tá vindo na última hora porque o homem é diferente de mulher, né? Para poder falar quando ele estiver de apurado ele vem. Ah é verdade! Aí ele só vem quando o negócio aperta, então ele vem pegar uma receita porque tem algum problema, ele já operou duas vezes, agora tá bem, muito legal, obrigado! Tudo bem do meu lado. Tudo graças a Deus.

Meu encontro com Simone foi em um dia à tarde. Ela estava sentada em um local estratégico que ficava de frente para a sala da coordenadora da Unidade Básica de Saúde. Aproximei-me dela e me apresentei informando qual era o motivo de minha presença ali e perguntei se ela gostaria de participar da pesquisa e ela respondeu positivamente. Simone tem um tom de voz agradável e expressa rapidez em sua fala, parece-me que há uma expectativa de que seja atendida rapidamente para voltar aos seus afazeres. Simone compreende acolhimento como atendimento: “*Nossa! Muito tempo. Hoje eu participo das atividades e até hoje sou muito bem atendida em todos os lugares que eu vou, todos os lugares estão muito bem.*” Observo que segundo Ferreira *et al.* (2018) indica que “o acolhimento não é somente uma prática isolada, mas um conjunto de condutas que se traduz em atitudes tomadas tanto pela equipe profissional, como pelos usuários e que se inicia na porta de entrada até o final do atendimento” (p. 673). Assim, mais que um bom atendimento, o processo de acolhimento deve assegurar ao usuário um acompanhamento completo, desde a sua chegada à Unidade Básica de Saúde até a resolução da sua demanda. Simone mostra-se uma usuária que utiliza o serviço de saúde com regularidade. Além de aferir a pressão com frequência, conforme seu relato, ela também participa das atividades de promoção de saúde oferecidas na UBS. Sua queixa principal está relacionada ao tempo de espera, o que apresenta “as limitações do acolhimento, como organização de filas, marcação de exames e falta de respeito com os mesmos, demonstrando insatisfação com os serviços prestados.” (FERREIRA *et al.*, 2018, p. 673).

A queixa de Simone referente ao atraso no atendimento reflete outro aspecto do acolhimento que está relacionado à confiança no processo de ações de saúde. Ela diz que: “*Na verdade esses dia eu passei aqui para fazer o controle da pressão. Eu já cheguei ficar 40*

minutos sentada ali, um olha para o outro, tu vai para o outro e eu tô ali, eu nem peço nem nada. Porque estão sabendo que vou fazer o controle, só que eu sou atendida, mesmo assim eu me sinto bem atendida". Os grifos indicam o quanto Simone não se sente incluída no processo relativo à sua saúde demonstrando a importância do encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário para o estabelecimento de vínculos e a efetivação do processo de acolhimento.

É no âmbito do encontro profissional/usuário que as ações de saúde se concretizam. Além do que, são nesses encontros de intersubjetividades que são produzidas, ou não, atos de acolhimento e vínculo: das intenções colocadas pelas pessoas nesses encontros; cumplicidade com responsabilização em torno do problema a ser enfrentado; confiabilidade e esperança que geram relações de vínculo e aceitação (SILVA et al., 2018, p. 2253).

Verifica-se a necessidade dos trabalhadores da saúde expandirem a compreensão do que representa o acolhimento para a sua relação com os usuários. Assim, seria possível “ ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho” (TAKEMOTO; SILVA, 2007, p. 332). Essa proposta visa colocar o acolhimento como instrumento que orienta as ações dos profissionais de saúde para ampliar e redirecionar o processo de trabalho, e desta forma, “abre-se, supostamente, a possibilidade para que esses profissionais lancem mão de todas as tecnologias de sua “caixa de ferramentas” para receber, escutar e solucionar problemas de saúde trazidos pelos usuários (TAKEMOTO; SILVA, 2007, p. 332). O acolhimento, então, permite que haja um vínculo entre o trabalhador e o usuário proporcionando a reciprocidade entre eles, e gerando um encontro potente que valorize tanto o trabalhador quanto o usuário. “No seu sentido legítimo, o acolhimento pretende humanizar as relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários, através de escuta qualificada, formação de vínculo e respeito.” (LOPES et al., p. 116-117).

Simone chama a atenção pelo motivo que está ali: “*Eu vou falar para ela, porque eu fui na mesa, a minha pressão subiu, muito feia, 19 por 11 e eu não fui atendida, aí eu vim fazer o controle da pressão para mim, aí o médico que atendeu aqui, né? Me deu a cartinha porque eu tenho aula de dança no mesmo dia. Não quero perder as duas eu não posso perder. Vou passar no oculista e vim pedir para ela que eu vou fazer o outro em um outro dia*”. Ela quer fazer a cirurgia e não quer perder a aula de dança, porque as duas situações ocorrerão no mesmo dia e horário. Destaco que Simone está com 70 anos, faz aula de dança, cuida da saúde e fará uma cirurgia o que demonstra uma velhice que desafia estereótipos. Com isso não quero dizer que

há uma sobreposição de velhices em que uma é superior à outra pelo fato de uma ser considerada bem-sucedida e a outra fracasso.

Critica-se o pressuposto de que o envelhecimento bem-sucedido tem valor superior à velhice típica, com declínio normativo na capacidade funcional. A referência é uma capacidade funcional excepcional que seria privilégio de poucos em idade avançada, gerando o equívoco de que as condições de doença e dependência representam marcadores de fracasso (TEIXEIRA; NERI, 2008, p. 90).

Compreendo que há inúmeras velhices possíveis e que o processo que envolve Simone possui “múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais, determinantes e modificadores de saúde” (TEIXEIRA; NERI, 2008, p. 91). Assim, ao escutar a velhice de Simone, compreendo que ela busca pelo serviço de saúde para manter-se saudável, com autonomia, mobilidade e dignidade como cidadã. “Os idosos não vivem isolados: o seu bem-estar e o exercício de sua cidadania guardam estreita relação com a sociedade em que vivem” (KÜCHEMANN, 2012, p. 176).

Há uma outra fala de Simone que focaliza a preocupação com a saúde, o que contrasta com o seu marido: “*Bem, ele é muito caseiro. Não liga pra saúde. Ele tá vindo na última hora, porque o homem é diferente de mulher, né? Para poder falar quando ele estiver de apurado ele vem. Ah, é verdade. Aí ele só vem quando o negócio aperta, então ele vem pegar uma receita porque tem algum problema, ele já operou duas vezes, agora tá bem, muito legal, obrigado! tudo bem do meu lado. Tudo graças a Deus*”. Os grifos que fiz indicam essa diferença no cuidado com a saúde entre homens e mulheres, conforme Nogueira e Alcântara (2014) salientam: “é fundamental reiterar que homens e mulheres envelhecem de formas diferentes” (p. 266). Há inúmeros fatores que corroboram para esta afirmação referente ao universo masculino, tendo em vista que “o modelo hegemônico de masculinidade é centrado no controle da afetividade, em trabalhar, exercer exacerbadamente a sexualidade, não controlar riscos e situar-se numa cultura distante do autocuidado (NOGUEIRA; ALCÂNTARA, 2014, p. 267). Por outro lado, há também velhices masculinas que procuram os serviços de saúde para manterem-se bem. Gonzalez e Seidl (2011) informam que realizaram uma pesquisa e, no quesito saúde, registraram que os homens entrevistados efetuam “visitas periódicas aos consultórios médicos com vistas ao acompanhamento de doenças já instaladas ou para identificação precoce de outras” (p. 350). Diante disso, constata-se que na relação de Simone com seu companheiro ela cuida muito mais da saúde dela do que ele.

Agradeço a Simone por ter me ensinado que os impasses que o envelhecimento traz podem ser superados com as possibilidades que a própria pessoa faz em relação à velhice. Ela tem disposição para continuar sua jornada com alegria e determinação.

CONCLUSÃO

Durante o percurso desta pesquisa procurei expressar minha visão sobre o envelhecimento e a relação com as políticas públicas, em especial no campo da saúde. Ao cartografar um determinado cenário em movimento, percebi que há múltiplas possibilidades de envelhecer que se manifestam com potência, delicadeza e beleza. Minha primeira experiência com a Unidade Básica de Saúde foi no quarto ano da faculdade, como integrante de Estágio, e meu coração pulsou intensamente por aquele lugar. Encontrei ali possibilidades e impasses que produziram afetos que me marcaram de tal forma, a ponto de chegar a este trabalho. Esta pesquisa expõe mais do que um interesse pelo tema, vai além, envolve sentimentos pelas pessoas que foram sendo acrescentadas no percurso e oferece um caminho para que as várias possibilidades de velhice encontrem espaços e passem pelos acessos que desejam percorrer.

Minha pesquisa contribui para que as histórias, memórias e afetos possam ser ouvidos, uma vez que a sociedade atual colocou a pessoa idosa na lista de “descartáveis”, principalmente aqueles e aquelas que se encontram na faixa mais carente da população. Encaro, assim, o envelhecimento como um processo a que o ser humano está sujeito e reconheço seus impasses, mas também suas possibilidades. Ao ser porta-voz das velhices entrevistadas, ofereço a possibilidade para que elas ecoem denunciando os preconceitos e anunciando as viabilidades de gestarem as suas próprias vidas conforme o desejo de cada uma e de cada um. Nesse sentido as histórias narradas propiciam um encontro, uma revisitação ao passado e um apontamento para o futuro e isso destaca a importância da escuta, de estar junto, da sensibilidade potencializada pelos afetos envolvidos. Na sociedade em que a velocidade das informações define uma série de afazeres do dia a dia, parar com outra pessoa subverte a lógica do “tempo é dinheiro” propiciando qualidade nas percepções entre os seres humanos. A velhice oferece um redimensionamento da relação com o tempo concedendo uma amplitude de sensibilidade aos sentidos e, assim, ver, ouvir, degustar, cheirar e tocar ganham novas proporções.

Compreendo que não há velhice irrelevante, há pessoas velhas que têm os desejos mais sinceros e com o seu valor. Digo isso porque, ao encerrar este trabalho, retomo o fato de que o Brasil e o mundo passam por uma situação terrível de uma pandemia, devido ao COVID-19 e, dentre as pessoas que fazem parte do grupo de risco estão os idosos. Ouvi que não há problema se algumas vidas das pessoas idosas forem perdidas, por isso, faço desta pesquisa uma denúncia contra a falácia desta afirmação, porque ela é incabível nos valores da vida humana. Constatei em cada entrevista a relevância que as pessoas idosas dão à sua vida justamente porque estão cuidando da sua saúde. Encaram desafios de sobreviver com a aposentadoria enquanto outros

ainda trabalham para oferecer dignidade para sua família. Há velhices nas mais variadas formas que, de alguma maneira, colaboraram para a construção do Brasil. Valorizar a história destas velhices é compreender os vários processos políticos, sociais e econômicos pelos quais elas foram constituídas. Ouvi-las é apropriar-se de uma pluralidade de afetos que firmam a existência humana e acolhê-las é fundamental nesse processo de cuidado da vida e da saúde oferecendo dignidade a elas.

Assim, num cenário econômico completamente devastado pela pandemia, manter as políticas públicas é mais do que necessário, é essencial que o Estado preze pela garantia dos direitos dos seus cidadãos. Porém, o que acontece diariamente é a tentativa do desmonte das políticas públicas para contemplar as necessidades do mercado através da realização constante de cortes de orçamento. Tal procedimento revela-se mais que um ataque às políticas públicas, demonstra ser um projeto para que a assistência às pessoas nas mais diversas áreas seja completamente retirada. A diminuição constante dos valores repassados interfere diretamente na perda de direitos por parte dos usuários, que acabam prejudicados e não têm a quem recorrer. Desta forma, as políticas públicas têm o papel de assegurar aos usuários os seus direitos como cidadãos, sendo assim, quando se retira investimentos nestas áreas, retira-se os direitos dos mesmos. Registro que na proposta de orçamento do atual governo para o ano de 2021, a área de defesa terá um repasse maior do que a área da educação e isso é uma opção política. Além do mais, qualquer tentativa de articulação política que seja opositora ao pensamento do governo vem sendo tratada não somente como inimiga, mas há uma disposição do governo em taxá-la como criminosa. É necessária uma rearticulação dos movimentos sociais que tanto se mobilizaram e conquistaram uma série de direitos.

Diante da crise na saúde que afetou profundamente a economia, o discurso político motivado pelo negacionismo insere uma percepção que procura desfocar e inverter valores. A morte de algumas pessoas pode ser aceita, desde que o país continue a produzir para saciar o lucro desmedido. Essa opção pela morte se justifica com base na economia que não pode parar. A estupidez ganha contornos bizarros na frase: “morrer de fome ou morrer do vírus”? Dentre os elegíveis para a morte estão aqueles e aquelas que não podem produzir, que são considerados peso para o Estado por causa das aposentadorias. É inadmissível o sacrifício de vidas humanas para que o mercado continue funcionando. Por isso reitero o valor da pesquisa como um todo e, no meu caso, no campo das ciências humanas. Ela é significativa porque oferece uma análise do contexto social que as pessoas estão inseridas e como esse contexto influencia a vida de cada uma delas. Atacar a ciência e negar a sua contribuição para os seres humanos demonstra a incapacidade de um olhar múltiplo, respeitoso, igualitário porque coloca um saber sobre o outro,

verticalizando e hierarquizando a vida, aumentando a desigualdade e incentivando uma meritocracia onde poucos podem chegar. As universidades públicas são as que mais sofrem com a atual política do governo mesmo sendo elas as que mais produzem no campo da pesquisa científica. A irresponsabilidade do atual governo com a vida humana é tamanha que o país ainda continua com um Ministro da Saúde que é um militar sem a formação na área da saúde para ocupar o cargo. Reafirmo que idosos e idosas são cidadãos brasileiros que merecem respeito e dignidade porque não são descartáveis.

Outra questão significativa em minha pesquisa tem a ver com a valorização do serviço público de saúde, em especial o Sistema Único de Saúde, tão atacado, mas que se revela um local de resistência diante das inúmeras tentativas da sua destruição. Como vivi a implementação desse sistema e acompanhei de perto os seus desdobramentos, comprovei na Unidade Básica de Saúde o quanto os trabalhadores procuram, a seu modo, atender a população. Percebi que esse lugar é mais do que um edifício construído com tijolos e cimento, é lugar onde o Estado se faz presente para oferecer o cuidado em saúde para a população. Assim, neste local, a pessoa idosa encontra a possibilidade de ser escutada, atendida, ouvida em suas reivindicações que, podem estar para além da dor física. É a possibilidade de ser cidadão de direitos. Nesse sentido, compreendo que o percurso escolhido permitiu atestar o desejo de continuar a valorizar, defender e lutar pelo Sistema Único de Saúde, para ampliar cada vez mais sua capacidade de atendimento à população.

Verifiquei que a Política Nacional de Humanização é um instrumento que pode ampliar e melhorar a atenção e saúde que é oferecida pelo SUS. É mais que um bom atendimento na recepção, o acolhimento percorre a dimensão do encontro de pessoas, entre usuário e trabalhador desde o momento da chegada até a saída abrangendo a escuta, o encaminhamento, e possibilidades de proporcionar o caminho mais viável para a demanda do usuário. É a criação de vínculos e a participação também do usuário na criação de possibilidades de intervenção para a sua própria saúde. Existem trocas de saberes e as articulações coletivas visam assegurar que os princípios do Sistema Único de Saúde sejam implementados de forma contínua, com a participação tanto da equipe multiprofissional quanto dos usuários. É justamente no fortalecimento das ações que incluem trabalhadores e usuários que esse caráter participativo e democrático do SUS é garantido.

Ao analisar o acolhimento como estratégia da Política Nacional de Humanização foi possível perceber que ainda há espaços a serem preenchidos. Um deles é a percepção e o entendimento que os usuários idosos e idosas têm de acolhimento. É possível pensar em estratégias que vão além de um bom atendimento na recepção e que proporcionem um

envolvimento dos usuários e trabalhadores nas demandas que são trazidas pelos idosos e idosas até a Unidade Básica de Saúde. Nesse sentido, faz-se necessário estabelecer um contínuo processo de formação em saúde a fim de produzir novos procedimentos de trabalho nas diferentes equipes que atuam na UBS viabilizando até mesmo uma diminuição na sobrecarga que esses trabalhadores têm. Acolher também significa que existe encontro de processos tanto por parte dos trabalhadores quanto por usuários. Nesse sentido, entre encontros e impasses, pode haver estabelecimento de vínculos e a ampliação dos cuidados para trabalhadores e usuários.

O encontro com as pessoas idosas que entrevistei possibilitou um mergulho na minha própria história. Ao revisitar o passado com elas, eu mesmo pude lembrar as minhas próprias histórias e compreender que a pesquisa encontrava-se justamente na junção de dois pontos significativos no meu trabalho como psicólogo: a escuta e a resistência. Na escuta, pela sua importância, que aprendi desde os meus primeiros anos na graduação. Ela oferece um lugar para que o outro fale. Pode ser algo simples, mas é recheado de um significado profundo, porque permite um encontro, não uma sobreposição de saberes e escutei histórias belíssimas que envolviam encontros potentes, alegria, nomadismo, resistência, escolhas. No que diz respeito à resistência, as pessoas idosas me despertaram no sentido de que desde a minha adolescência me colocava como alguém que aprendeu a contestar, a lutar pelos direitos e que isso foi se apagando com o passar dos anos. Assim, nesses tempos tão sombrios que passo ao redigir este trabalho, resistir através da escrita, da escuta, da fala, do posicionamento ético e político se fazem mais que necessários para que os valores democráticos sejam mantidos.

A escrita deste trabalho me possibilitou deixar visível minha posição ética em favor da vida humana, principalmente em favor das pessoas idosas. Isso para mim é uma escolha em que acredito. Acredito na ciência e no valor da pesquisa para a melhoria das condições de vida do ser humano e o quanto a universidade pública e gratuita contribui para que esse processo seja mantido com qualidade. Entendo que para a proteção da vida, as políticas públicas são essenciais para garantir e viabilizar esse processo. Acredito que o Sistema Único de Saúde é fundamental para proteger a saúde de toda a população brasileira, e de maneira mais específica, da população idosa, principalmente os que são mais vulneráveis. Acredito que a Política Nacional de Humanização promove a maior articulação dos trabalhadores e usuários e coloca o SUS em um processo contínuo de atualização. Acredito no acolhimento como estratégia da Política Nacional de Humanização, como parte essencial para que usuários e trabalhadores interajam valorizando-se mutuamente. Acredito que envelhecer possui inúmeros fatores que permeiam esse processo e que posso escolher como quero passar por ele. Acredito e valorizo

cada vez mais o aspecto da finitude, mesmo porque “ser velho” ou “ser velha” não é um peso, mas sim, uma possibilidade para o ser humano.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Carla; ANDRAD, Henrikson de & OLIVEIRA, Marcelo. **General Pazuello: saiba quem é o novo ministro interino da saúde**. 15 de maio de 2020. <uol.com.br>. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/15/saiba-quem-e-general-pazuello-o-novo-ministro-interino-da-saude.htm>. Acesso em: 06/07/2020.
- ARAUJO, Ludgleydson Fernandes de; CARLOS, Karolyna Pessoa Teixeira. **Sexualidade na velhice: um estudo sobre o envelhecimento LGBT**. In: Psicologia, Conocimiento y Sociedad. Uruguay, Universida de la República Uruguay, maio 2018-outubro 2018, p. 218-237, 2018.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo, et al. **Atenção Primária à saúde e sua articulação com a Estratégia da Saúde da Família: construção política, metodológica e prática**. In: Revista APS (Atenção Primária em Saúde), Juiz de Fora, v. 10, n.2, p. 189-199, jul./dez, 2007.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; SILVA, Fabio Hebert da. **O trabalho do cartógrafo do ponto de vista da atividade**. Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 339-355, ago. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 jul. 2020.
- BARROS, Laura Pozzana; KASTRUP, Virgínia. **Cartografar é acompanhar processos**. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana de (orgs). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre, Sulina, 2015.
- BAZZA, Adéli Bortolon. **A constituição da subjetividade no discurso do idoso sobre si**. Ling. (dis)curso, Tubarão, v. 16, n. 3, p. 449-464, dez. 2016. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151876322016000300449&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4017-160305-1416>.
- BBC. **'Aliança do Avestruz': FT destaca grupo de Bolsonaro e outros líderes que 'se recusam a levar coronavírus a sério'**. 17 de abr de 2020. <bbc.com>, Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52328505>, Acesso em: 05/07/2020.
- BBC. **Ministro da Saúde Nelson Teich pede demissão menos de um mês depois de assumir**. 15 de maio de 2020. <bbc.com>, Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52683285>, Acesso em 06/07/2020.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1990.
- BORINI, M.L.O; CINTRA, F.A. **Representações sociais da participação em atividades de lazer em grupos de terceira idade**. In: Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, v. 55, n .5, p . 568-574, set./out. 2002.
- BOSI, E. **Memória e Sociedade: lembrança dos velhos**. São Paulo, Companhia das Letras, 1994.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas

Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. – (Série textos básicos ; n. 67).

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **A quarentena na COVID-19: orientações e estratégias de cuidado.** In: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na pandemia COVID-19. Brasília, Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada.** PNAD 2009 – Primeiras análises: tendências demográficas. Rio de Janeiro, 13 de outubro de 2010.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União:** Seção 1, Brasília, DF, Edição 27, p. 1, 07 de fev de 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde - 3. ed., - Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Organização Mundial da Saúde declara pandemia do novo Coronavírus. 11 de mar de 2020. <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Nelson Teich assume Ministério da Saúde. 17 de abr de 2020. <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46746-nelson-teich-assume-ministerio-da-saude>. Acesso em 07/04/2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** O que é COVID-19. <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>, 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Grupo de Risco. <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/>, 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília, 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II), 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, (56 p.:il. - Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1), 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. Edição – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19), 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12), 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Organização Mundial da Saúde declara pandemia do novo Coronavírus**. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 27 set. 2020.

BRASIL. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 2006.

BRASIL, Felipe Gonçalves; CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. **Os Estudos das Políticas Públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas**. In: Recife, Universidade Federal de Pernambuco, Revista Política Hoje - Volume 25, n. 1, p. 71-90, 2016.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários**. In: Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15 (suplemento 3), p. 3569-3578, 2010.

CAMARANO, A. A., BELTRÃO, K. I., PASCOM, A. R. P., MEDEIROS, M., GOLDANI, A. M. **Como Vive o Idoso Brasileiro?** In: *Muito Além dos 60: os novos Idosos Brasileiros*. Rio de Janeiro, IPEA, p. 19-71, 1999.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados**. Rio de Janeiro: IPEA, (Texto para Discussão, n. 1426), 2009.

CAMARANO, A.A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. In: Texto para discussão n. 858. Rio de Janeiro, IPEA, 2002.

CECCIM, R.B. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986, 2005.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; ARAÚJO, Maria Elidiana. **O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde.** In: Revista Baiana, Salvador, v. 33, n.3, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social.** Conselho Federal de Psicologia, Brasília, DF, 2009.

COPATTI, Livia Copelli. **A efetivação da cidadania através da participação no poder local.** In: Revista Perspectiva. Erechim, v.34, n. 126, p. 85-100, jun de 2010.

CORREA, M. R. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

CORREA, M. R. et al. **Envelhecimento e subjetividade: experiências de atuação em psicologia com grupos de idosos.** Rev. Ciênc. Ext. v.11, n.2, p.129-139, 2015.

COSTA-ROSA, A. & COSTA ROSA, T. E. **Envelhecimento, tempo e desejo na hipermodernidade.** In: TRENCH, B. & COSTA ROSA, T. E. (org). Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo, Instituto de Saúde, 2011.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica. Contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva.** São Paulo, Editora Unesp, 2013.

DEBERT, G. G. **A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade.** In M. M. L. Barros, *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política.* Rio de Janeiro, RJ: FGV Editora, 1998.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento.** São Paulo, Editora Universidade de São Paulo, FAPESP, 2012.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia.** Rio de Janeiro, Editora 34, v. 1, 1995.

DUARTE, Rosália. **Entrevistas em pesquisas qualitativas.** In: Educar em revista. Curitiba, n.24,p.213225,Dec.2004.Disponível<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010440602004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Julho 2020.

ELIAS, Paulo Eduardo, *et al.* **Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo.** In: Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 11(3), p. 633-641, 2006.

FARIA, R.M. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2019/Mai). [Citado em 19/08/2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-territorializacao-da-atencao-basica-a-saude-do-sistema-unico-de-saude-do-brasil/17225?id=17225>

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. **Pesquisa Qualitativa, cartografia e saúde: conexões.** In: Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil**. In: Revista Escola Enfermagem USP, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, Dec., 2012.

FERRAZA, Daniele de Andrade, ROCHA, Luis Carlos & LUZIO, Cristina Amélia. **Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos**. Minas Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 6 (2), jul-dez, p. 255-265, 2013.

FERREIRA BR, et al. **Acolhimento ao Idoso na Atenção Básica: Visão do Usuário**. Rev Fund Care Online, 10(3):669-674. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.669-674>, jul./set., 2018.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Rev. Eletrônica UNASUS-UNIFESP, São Paulo, <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/169>, 2012.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio; DAMARZO, Marcelo Marcos Piva. **Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica**. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo – Pró-Reitoria de Extensão, 2016.

FILHO, K. P; TETI, M. M. **A cartografia como método para as ciências humanas e sociais**. In: Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.38, p.<45-59>, jan./jun. 2013.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). **Quais as diferenças entre isolamento vertical, horizontal e lockdown?** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/quais-diferencas-entre-isolamento-vertical-horizontal-e-lockdown>. Acesso em: 22 de set. de 2020.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1878-1979)**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANÇA, Lúcia Helena Freitas; SILVA, Alcina Maria Testa Braz da; BARRETO, Márcia Simão Linhares. **Programas intergeracionais: quão relevantes eles podem ser para a sociedade brasileira?** Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2010, p. 519-531.

G1.GLOBO.COM. **Demissão de Sergio Moro: perguntas e respostas**. 24 de abr. de 2020. Disponível em <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/24/demissao-de-sergio-moro-perguntas-e-respostas.ghtml>>. Acesso em: 20/07/2020.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Atenção primária, básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro**. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (6), p. 1171-1181, jun., 2006.

GUERRA, Ana Carolina Lima Cavaletti; CALDAS, Célia Pereira. **Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso**. In: Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(6), p. 2931-2940, 2010.

GOFFMAN, Irwin. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo, Editora Perspectiva, 1974.

GOLDFARB, Delia Catullo. **Corpo, tempo e envelhecimento**. Dissertação de Mestrado, PUC - Pontífice Universidade Católica, São Paulo, 1997.

GONZALEZ, Lilian Maria Borges; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **O envelhecimento na perspectiva de homens idosos.** In: Revista Paidéia, Ribeirão Preto, vol. 21, n. 50, p. 345-352, set.-dez., 2011.

GOVERNO DO BRASIL. **Banco Central anuncia conjunto de medidas que liberam R\$ 1,2 trilhão para a economia.** Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2020/03/banco-central-anuncia-conjunto-de-medidas-que-liberam-r-1-2-trilhao-para-a-economia>. Acesso em 28 set. 2020.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores de 2015.** Rio de Janeiro, IBGE, 2016.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018.** Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018.html>. Acesso em: 28 set. 2020.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde. Nêmesis da medicina.** Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1975.

JACOBI, Pedro R. **Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina.** Ciênc. saúde coletiva, São Paulo , v. 7,n. 3, p. 443-454, 2002.

KASTRUP, Virgínia. **O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo.** In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.* Porto Alegre: Sulina, p. 32-51, 2015.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. **Cartografar é traçar um plano comum.** In: Fractal, Rev. Psicol., v. 25 – n. 2, p. 263-280, Niterói, Universidade Federal Fluminense, Maio/Ago. 2013.

KHAOULE, Anna Mara Kovacs; CARVALHO, Euzébio Fernandes de. **Diários de campo como possibilidade de pesquisa na formação de professores.** In: Anais do III Simpósio Nacional de História da Universidade Estadual de Goiás. Iporá/Goiás, Agosto de 2013.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. **Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios.** In: Revista Sociedade e Estado, Brasília, Volume 27, número 1, jan./abr., 2012.

LEMOS, Carolyne Santos. **Teologia da Prosperidade e sua expansão pelo mundo.** In: Revista eletrônica Espaço Teológico, São Paulo, Volume 11, n. 20, jul/dez, p.80-96, 2017.

LEMOS, Nina. **Roberto Justus, 64 anos, e a pandemia que escancara o desprezo por idosos.** UOL. São Paulo, 24 de mar. de 2020, Seção Universa. Disponível em: <https://ninalemos.blogosfera.uol.com.br/2020/03/24/roberto-justus-65-anos-e-a-pandemia-que-escancara-o-desprezo-por-idosos/>. Acesso em: 20/07/2020.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; LIMA, Cristiane Cauduro. **A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem.** In: Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 130-142, 1999.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso; PRÁ, Keli Regina Dal. **A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo.** In: Revista Textos e Contextos. Porto Alegre, v. 6. n.1, p. 93-104, jan./jun. 2007.

LIS, Laís. Dificuldade de acesso de micro e pequena empresas ao crédito é preocupante, diz ministro do TCU. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/07/15/dificuldade-de-acesso-de-micro-e-pequenas-empresas-ao-credito-e-preocupante-diz-ministro-do-tcu.ghtml>. Acesso em: 28 set. 2020.

LOUREIRO, A. M. L. Velhice institucionalizada: imaginário e realidade. **Memorialidades**, n. 18, jul./dez, p. 9-46, 2012.

LOPES, Adriana Santos et al. **O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários.** In: Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.39, n. 104, p. 114-123, jan-mar 2015.

LUCCHESI, Patrícia T. R. (Org.). **Políticas Públicas em Saúde.** São Paulo. BIREME / OPAS / OMS /, 2004.

MARTINES, W.R.V, MACHADO, A.L., COLVERO, L.A. **A cartografia como inovação metodológica na pesquisa da saúde.** In: Rev. Tempus Actas Saúde Coletiva, Brasília, UNB, 2013.

MAZUI, Guilherme. Mandetta anuncia em rede social que foi demitido por Bolsonaro do Ministério da Saúde. Brasília, 16 de abr de 2020, <**g1.globo.com**>, Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/16/mandetta-anuncia-em-rede-social-que-foi-demitido-do-ministerio-da-saude.ghtml>. Acesso em 06/07/2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. **Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil.** In: Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(8), 2071-2085, 2012.

MUNARI DB, et al. **Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008; 10(3), 784-95. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>.

NAVARRO, Pedro. **Enunciado, subjetivação e “melhor idade”.** Estudos Linguísticos. São Paulo, 40 (3); p. 1551-1561, set-dez 2011.

NOGUEIRA, Ingrid Rochelle Rêgo; ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Envelhecimento do homem: de qual velhice estamos falando?** In: Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, 17(1), pp.263-282, março, 2014.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; el al. **A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais.** In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):197-206, jan, 2008.

OLIVEIRA, Aldeni Melo de; GEREVINI, Alessandra Mocellin; STROHSCOHEN, Andreia Aparecida Guimarães. **Diário de bordo: uma ferramenta metodológica para o desenvolvimento da alfabetização científica.** In: Revista Tempos e Espaços em Educação, São Cristóvão, Sergipe, Brasil, v. 10, n. 22, p. 119-132, mai./ago. 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Atención Primaria de Salud. Informe conjunto Del Director General de la Organización Mundial de la Salud e Del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infância.** In: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, Alma Ata (URSS), 6 de septiembre de 1978. Geneve: OMS, 1978.

PASINATO, M. T.; CAMARO, A. A. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas.** In: CAMARANO, A. A (org). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. B. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção.** In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.* Porto Alegre: Sulina, p. 17-31, 2010.

PASSOS, Eduardo; EIRADO, André do. **Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador.** In: In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.* Porto Alegre, Sulina, p. 109-130, 2015.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memórias e política. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

PY, Ligia; OLIVEIRA, José Francisco Pinto de Almeida. **À espera do nada.** In: Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 17(8), p. 1955-1962, 2012.

RABELO, D. F. et.al. **Racismo e envelhecimento da população negra.** In: Revista Kairós-Gerontologia, São Paulo, 21(3), 193-215, 2018.

RODRIGUES, Nara da Costa. **Política Nacional do Idoso – Retrospectiva histórica.** In: Estudos interdisciplinares do envelhecimento. Porto Alegre, v. 3, p. 149-158, 2001.

ROMAGNOLI, R. C. **A cartografia e a relação pesquisa e vida.** In: Psicologia e Sociedade, Porto Alegre, 21 (2), 166-173, 2009.

ROSA, Carlos Mendes & VILHENA, Junia de. **O silenciamento da velhice: apagamento social e processos de subjetivação.** In: Revista Subjetividades, Fortaleza, 16(2): 9-19, agosto, 2016.

SANTOS, Daniel Kerry dos; LAGO, Mara Coelho de Souza. **O dispositivo da idade, a produção da velhice e regimes de subjetivação: rastreamentos genealógicos.** Psicol. USP, São Paulo , v. 27,n. 1, p. 133-144, abr. 2016.

SANTOS, Wagner Jorge dos; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. **Avaliação tecnológica das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil.** In: Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19(8), p. 3441-3450, 2014.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.** Estudos de Psicologia, Campinas, v. 4, n. 25, p. 585-593, 2008.

SILVA, Adriana Brito da et al. **A extrema-direita na atualidade.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n.119,p.407-445,Sept.2014. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-662820140003000002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-662820140003000002>.

SILVA, Allan Gustavo Freire da et al. **A relação entre Estado e Políticas Públicas: uma análise teórica sobre o caso brasileiro.** In: Revista Debates. Porto Alegre, v.11, p. 25-42, jan-abr. 2017.

SILVA, Ana Safira Trajano da et al. **Acolhimento ao idoso em Unidades da Saúde da Família.** In: Revista de Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 12 (8), p. 2247-2256, ago., 2018.

SILVA, Juliana Paiva Góes da et al. **Consulta de enfermagem a idosos: instrumentos da comunicação e papéis da enfermagem segundo Peplau.** In: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, 19(1), jan-mar, 2015.

SOUZA, S.R.L; FRANCISCO, A.L. **O método da cartografia em pesquisa qualitativa: estabelecendo princípios... desenhando caminhos.** In: Atas CIAIQ, Investigação Qualitativa em Saúde, 2016.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes, et. al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S100-S110, 2008

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil.** In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 23(2), p. 331-340, fev., 2007.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade.** Revista AATR, 2002.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. **Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida.** In: Psicologia USP, São Paulo, 19(1), p. 81-94, jan.; mar., 2008.

TÓTORA, Silvana. **Apontamentos para uma ética do envelhecimento.** In: Revista Kairós, São Paulo, 11(1), p. 21-38, jun., 2008.

VALENTE, Jonas. **Covid-19: Brasil tem 117 mil mortes e 3,7 milhões de casos acumulados.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-08/covid-19-brasil-tem-117-mil-mortes-e-37-milhoes-de-casos-acumulados>. Acesso em 27 set. 2020.

VERAS, Renato. **Novos desafios para o jovem país envelhecido.** In: GOLDENBERG, Miriam (org). Corpo, envelhecimento e felicidade. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 2014.

VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

VILARINO, Maria Aparecida Muller; LOPES, Marta Julia Marques. **Envelhecimento e saúde nas palavras de idosos de Porto Alegre**. In: Estudos Interdisciplinares de Envelhecimento. Porto Alegre, v. 13, n.1, p. 63-77, 2008.

WHO. **World Health Organization**. WHO discontinues hydroxychloroquine and lopinavir/ritonavir treatment arms for COVID-19. 04 de jul de 2020. <who.int>. Disponível em <https://www.who.int/news-room/detail/04-07-2020-who-discontinues-hydroxychloroquine-and-lopinavir-ritonavir-treatment-arms-for-covid-19>. Acesso em 06/07/2020.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.