UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE COMUNICAÇÕES E ARTES

DEVANI SALOMÃO DE MOURA REIS

COMUNICAÇÃO PÚBLICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PARA O IDOSO: ANÁLISE DA PRODUÇÃO E PERCEPÇÃO
DA CARTILHA
“VIVER MAIS E MELHOR”

ORIENTADORA
PROFA. DRA. HELOIZA MATOS

SÃO PAULO

2005

DEVANI SALOMÃO DE MOURA REIS

COMUNICAÇÃO PÚBLICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PARA O IDOSO: ANÁLISE DA PRODUÇÃO E PERCEPÇÃO
DA CARTILHA
“VIVER MAIS E MELHOR”

TESE APRESENTADA AO DEPARTAMENTO DE
RELAÇÕES PÚBLICAS, PROPAGANDA E TURISMO
DA ESCOLA DE COMUNICAÇÕES E ARTES DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (ECA/USP),
COMO REQUISITO PARCIAL PARA A OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE DOUTORA EM CIÊNCIAS DA
COMUNICAÇÃO SOB A ORIENTAÇÃO DA PROFA.
DRA. HELOIZA MATOS.

SÃO PAULO

2005

Atreveu-se a explorar com a ponta dos dedos seu pescoço flácido, o peito encouraçado de varetas, as cadeiras de ossos carcomidos, as coxas de corça velha... Tinha os ombros enrugados, os seios caídos, e as costelas forradas de um pelame pálido e frio como o de uma rã.
(Garcia Marques. *O amor nos tempos do Cólera*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1987, p. 417).

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE COMUNICAÇÕES E ARTES
DEPARTAMENTO DE RELAÇÕES PÚBLICAS, PROPAGANDA E TURISMO

Tese defendida em de de 2005

Banca Examinadora

Presidente_____

1º (ª) examinador (a)_____

2º (ª) examinador (a)_____

3º (ª) examinador (a)_____

4º (ª) examinador (a)_____

ETA

M

Tro

IO DA SAÚDE

DISQUE SAÚDE
CEP 70.000
Telefone

Página na Internet
saude.gov.br

Visite nossa página
www.saude.gov.br

...tho é o seu
preconceito

...a sua saúde

Viver Melhor é Melhor

GUIA COMPLETO PARA MELHORAR SUA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus avós maternos Idalina de Souza Pinto e Antonio Rodrigues Pinto e paternos, Cecília Antonio Salomão e José Salomão. Recebi deles a semente da ousadia, da curiosidade e da busca, elementos que me levaram a buscar condições comunicativas menos precárias para os idosos na área da saúde pública.

Agradecimentos

A Profa. Dra. Heloiza Matos sou grata não só pela inspiração como modelo de pesquisadora, comprometida com causas sociais, mas, sobretudo por ter aceitado o desafio de orientar uma pesquisa na interface da comunicação com a saúde. Sua direção, precisa e competente, tornou o percurso extremamente produtivo e gratificante, conduzindo o trabalho a uma visão da comunicação na saúde pública.

A Profa. Dra. Alice Derntl cuja competência e zelo terão sempre o meu reconhecimento, pois foram fundamentais para esse trabalho. Devo a ela muito do que aprendi sobre saúde, foi uma interlocutora incansável explicando-me os meandros dessa área. Nenhuma dificuldade que possa ter surgido durante o percurso foi grande o bastante para impedi-la de estar presente nos momentos que precisei de apoio e esclarecimentos.

A Dra. Daisy Grisolia que desempenhou papéis decisivos na pesquisa. Amiga há 17 anos, instruiu-me a otimizar os recursos humanos, físicos e financeiros. Compartilhou comigo praticamente todos os momentos de construção do trabalho, dialogando tanto com a amiga quanto com a pesquisadora.

Ao Prof. Dr. Murilo Cezar Soares que no exame de qualificação fez importantes indicações, que contribuíram para aperfeiçoar esse estudo.

Ao Dr. Nei Geraldo Ribeiro Perracini e a sua equipe, pelo fornecimento de dados e informações sobre os idosos e o trabalho que vêm realizando com essa população no Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”.

Quero registrar a valiosa contribuição dos Drs. Otelo Chino Jr. e Luiz Carlos Aiex Alves, que me deram à chance de conviver com os médicos da Associação dos Médicos do Hospital do Servidor Público Estadual. Essa interação foi imperativa no entendimento desse universo.

Ao Sr. Tiago Oliveira, da Assessoria de Marketing da Secretaria de Estado de Saúde, pelas valiosas informações e por ter promovido o acesso ao Centro de Referência do Idoso de São Miguel Paulista.

Na Secretaria Municipal de Saúde, a Dra. Joana Azevedo Silva, da Coordenadoria de Atenção Básica e Plano de Saúde da Família, pelos inúmeros elementos e também por ter facilitado o acesso às Unidades Básicas de Saúde – UBS. A Sra. Eliana de Aquino Bonilha, do Comitê de Ética em Pesquisa que avaliou a importância da pesquisa. A Sra. Francies Regiane Oliveira, que indicou as

autoridades da Secretaria que deveriam ser consultadas. A todos os Coordenadores de Saúde das Subprefeituras onde os idosos foram entrevistados. Ao Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal, da Área Temática de Saúde do Idoso, pelas informações fornecidas.

Aos 32 idosos que tiveram a generosidade e a paciência de responderem à pesquisa. A documentação dessas falas foi um dos esteios do trabalho. Aos técnicos das Unidades Básicas de Saúde – UBS, que disponibilizaram dados sobre os idosos.

Ao amigo e brilhante jornalista Moura Reis por ter-me sugerido maneiras diversas de expressão, fazendo uma interconexão da linguagem jornalística com a da academia.

Esse trabalho só foi possível graças à bolsa que me foi concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES.

A jornalista Luciane Mota pelas indicações no estudo do projeto gráfico.

A jornalista Lílían Bahia por sua contribuição na revisão do trabalho.

Ao arquiteto Maurício Matsumoto pela belíssima capa, que é a essência do muito dito no trabalho.

Ao arquiteto Alex Franco pelo tratamento estético que deu às informações e dados, facilitando muito a leitura da tese.

Ao mestrando e amigo Alex de Campos Moura pela interlocução com a área da filosofia e ajuda na pesquisa bibliográfica, recolhendo matéria prima para o trabalho.

Aos meus filhos Leonardo, Eduardo, Victor e Fernanda pela ajuda, compreensão da importância deste trabalho na minha vida e do tempo que precisei para fazê-lo. A Fernanda, paciente e incansavelmente, dialogou comigo em momentos difíceis e transformou a enormidade de dados em gráficos e tabelas para a possível leitura. Deixou muitos dos seus afazeres para ajudar a pesquisadora mãe.

A Neti por assumir, diante da minha impossibilidade, grande parte da administração da casa, cuidando para que tudo funcionasse.

Agradeço aos meus pais e irmãos ciente do muito que terei custado e que nunca poderei dimensionar.

A Deus por me ter dado a ousadia, a oportunidade e o discernimento de adentrar em um universo tão complexo.

Resumo

O objeto de estudo da tese foi a comunicação pública procedente do Ministério da Saúde e direcionada à população da terceira idade que utiliza os serviços das unidades de saúde, especificamente na cidade de São Paulo; bem como entender as atitudes constitutivas da população idosa que a recebeu. Para tanto examinamos a trajetória, desde seu planejamento até a sua recepção, da cartilha *Viver Mais e Melhor*.

Nossas metas foram analisar a forma e o conteúdo do instrumento; sua adequação ao público alvo; avaliar qualitativamente a efetividade do conteúdo informativo da publicação para o idoso usuário das unidades públicas de saúde e, também, identificar que mídias são consideradas importantes na transmissão de informações sobre saúde, na visão do público alvo, dos técnicos de comunicação e dos técnicos de saúde.

Os resultados indicam que a seleção da mídia e os modos de produção da cartilha, pelo Ministério da Saúde, seguiram procedimentos recomendados na Política de Saúde do Idoso. O órgão, em decorrência de precária pesquisa, não considerou adequadamente as especificidades do receptor, ao escolher a forma e o conteúdo das mensagens com o objetivo de contribuir para a melhoria de saúde e qualidade de vida; mas a recepção pelo idoso foi adequada, apesar dessa mídia não ser a preferida desse grupo etário.

Palavras-chave: comunicação pública, serviços de saúde, idoso, produção de material comunicativo; análise de conteúdo.

Abstract

This thesis research examines public communications carried out by the Ministry of Health targeted to the elderly population that utilizes health services in the city of São Paulo and the attitude in response to the communications of the receiving elderly population. Specifically studied was the progression from the planning process to receipt of the booklet *Viver Mais e Melhor* (Live Better and Longer).

Our goals were to analyze the form and the content of the instrument; its suitability for the target public; qualitatively evaluate the effectiveness of the informative content of the publication for the elderly who use public health services, as well as identify the media that was considered important for the transmission of information about health, according to the vision of the target public, communications experts and health service staff.

Results indicate that the selection of media and the production of the booklet by the Ministry of Health followed procedures in accordance with elderly health policy. Because of inadequate research, the organization did not adequately consider the preferences of the receiver in the choice of form and content of messages intended to contribute to improved health and quality of life. However reception by elderly was adequate, in spite of the fact that the media was not the preferred choice of this age group.

Key words: public communications; health services; production of materials for communication purposes; content analysis.

Apresentação

Este trabalho não é apenas uma pesquisa em comunicação na área da saúde. Ele faz parte de uma decisão tomada há dez anos, quando iniciei a minha vivência no espaço da saúde. Minha experiência como jornalista foi fundamental para a percepção da complexidade dessa área e de suas carências de processos comunicativos. O campo da saúde é um universo onde a pesquisa científica é tida como essencial para melhorar os procedimentos de cuidados com os pacientes, em qualquer nível de atendimento.

O aprendizado, proporcionado pela convivência com temas e atores sociais diversos da comunicação, foi o começo desta pesquisa. Inicialmente estudei a relação médico-paciente em ambulatorios de saúde pública, para entender a interação que acontecia, tanto na percepção do paciente, quanto do médico. Em 1997 resolvi ampliar o estudo, acompanhando e analisando as campanhas do governo federal. Em 1999, em comemoração ao Ano Internacional do Idoso, houve a primeira campanha de vacinação contra influenza (gripe), difteria e tétano (dupla adulto) e a anti-pneumocócica. Ao estudar particularmente essa campanha, confirmei minhas suspeitas sobre a carência da comunicação pública do governo para alcançar o receptor idoso. Os instrumentos não estavam adequados àquela população.

Iniciei, então, uma absorvente pesquisa sobre o idoso no Brasil, para entender suas peculiaridades. O aumento da população idosa é um fato inquestionável e, segundo projeções feitas para 2030 pelo IBGE, na Síntese de Indicadores Sociais, haverá 21.793.613 idosos de 60 a 69 anos e 18.679.188 com mais de 70 anos, o que representará um significativo aumento de 263%, em relação a 2000.

Além de envelhecer, a população crescerá cada vez menos. As mesmas projeções do IBGE indicam que, entre 2040 e 2050, a taxa média anual será de apenas 0,33%, o equivalente a cerca de um oitavo da registrada na década de 1970 (2,48%).

Trata-se de uma revolução demográfica. A taxa de fecundidade está encolhendo e a expectativa de vida aumentando. Os idosos começam a se destacar na população e as políticas públicas de saúde não estão se preparando adequadamente para essa modificação do contingente populacional.

O aumento da população idosa se refletirá nos serviços de saúde pública oferecidos a essa população. As instituições precisarão buscar novos canais de comunicação para dialogar com esse contingente. A demanda da prevenção, que tornaria menores os custos com saúde pública, deverá ser redimensionada.

Minha intenção com esta tese é alertar para a importância da comunicação; é uma visão da experiência da pesquisadora, através de uma imersão de anos na área da saúde, buscando dados e informações para compreender quais as características específicas da comunicação procedente do Ministério da Saúde, para a população da terceira idade que utiliza os serviços das unidades públicas de saúde, especificamente

na cidade de São Paulo.

Assim o objetivo da tese é identificar o referencial teórico que dá suporte à comunicação pública, e analisar como as técnicas comunicativas, para alcançar a população idosa, estão sendo concebidas pelos estudiosos em comunicação e saúde.

Gostaria, enfim, de passar para todos os que lerem este trabalho que é necessário se repensar os modelos teóricos de comunicação contemporâneos, que já se mostram precários. Existe a necessidade premente de se pensar em padrões de comunicação mais eficientes, principalmente na área da saúde, que dêem conta de informar ao cidadão sobre procedimentos que proporcionem melhorias na saúde e na qualidade de vida.

A apresentação da pesquisa reflete as implicações interdisciplinares do tema. Desta forma, o capítulo I se propõe a ambientar o tema estudado, oferecendo o cenário do envelhecimento nas sociedades latino-americanas e da capital paulista; da formação dos serviços de saúde pública no Brasil e a conceituação de saúde e doença.

No capítulo II, a proposta é analisar os conceitos de comunicação; a comunicação pública enquanto modo de relação do governo com o cidadão e a comunicação pública na área da saúde. Indico novos desenhos de comunicação em saúde; comunicação para o idoso, discutindo e analisando questões como a interdisciplinaridade, gerontologia e envelhecimento; as especificidades de comunicação para os idosos, levando-se em consideração os aspectos sociais, psicológicos e o envelhecimento dos órgãos dos sentidos.

O capítulo III apresenta a metodologia da pesquisa. Recorreu-se a Laurence Bardin para a análise de conteúdo da cartilha *Viver Mais e Melhor. Guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida*, publicação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, editada em Brasília, em 1998. A publicação foi elaborada durante a gestão do Ministro José Serra. É um veículo de massa, voltado especificamente ao idoso e se propõe a promover melhorias na sua saúde na qualidade de vida desta parcela da população. Com a metodologia proposta por Bardin, foi dissecado o tipo de discurso público na área da saúde.

Foi examinada também a forma do instrumento e sua adequação ao público alvo. Para isso houve análise do projeto gráfico, ressaltando a importância dos aspectos visuais e da legibilidade.

O capítulo IV traz os resultados da pesquisa. O como e o porquê da cartilha -, na visão de vários atores sociais -, desde sua idealização até a recepção pelos usuários idosos de unidades públicas de saúde. Foi avaliada ainda, qualitativamente, a efetividade do conteúdo informativo da publicação sobre esse idoso. E, finalmente, identificadas as mídias consideradas importantes na transmissão de informações sobre saúde e qualidade de vida, na visão do público alvo, dos técnicos de comunicação e dos técnicos de saúde.

Dedicatória	I
Agradecimentos	II
Resumo	IV
Abstract	V
Apresentação	VI
1. Introdução e objetivos	3
2. Justificativa	7
CAPÍTULO I - As dimensões do problema abordado	
3. Considerações sobre o cenário de saúde pública: a formação dos serviços de saúde no Brasil	13
3.1 Conceituação de saúde e doença	25
CAPÍTULO II - Modelos de comunicação	
4. Referencial teórico	31
4.1. Comunicação	31
4.2. Comunicação pública	39
4.3. O desenho de mensagens na área de saúde	43
4.4. Comunicação para o idoso	46
4.4.1. Interdisciplinaridade, gerontologia e envelhecimento	46
4.4.2. Especificidades de comunicação para o idoso	53
CAPÍTULO III - A metodologia	
5. Procedimentos metodológicos	59
5.1. Análise de conteúdo	59
5.2. Análise do projeto gráfico	64
5.3. Entrevistas	69
5.3.1. Com idealizador e produtores	69
5.3.2. Com técnicos dos serviços públicos de saúde	70
5.3.3. Com os usuários idosos	73
CAPÍTULO IV - Resultados e considerações finais	
6. Resultados e discussão	77
6.1. Considerações iniciais: origem da cartilha e objetivos do Ministério da Saúde	77
6.2. A qualidade da informação	85
6.3. Resultados e discussão por capítulo da cartilha	91
6.4. Resultados e discussão da análise temática, lexical e sintática	96
6.5. Resultados e discussão do projeto gráfico	110
6.5.1. A questão fotográfica: o uso da imagem	124
6.6. Resultado e discussão das entrevistas com os usuários idosos	130
6.7. Considerações finais	135
7. Anexos	141
7.1. Questionários	141

7.1.1 Com o idealizador	141
7.1.2 Com os produtores	142
7.1.3 Com os especialistas	143
7.1.4 Com os técnicos de saúde	144
7.1.5 Com os usuários idosos	146
7.2. Transcrição das entrevistas	149
7.2.1 Idealizador e produtores	149
7.2.2 Especialistas	165
7.2.3 Técnicos de saúde	177
7.2.4 Centro de Referência do Idoso - CRI	187
7.2.5 UBS Jabaquara	205
7.2.6 UBS Vila Progresso	207
7.2.7 UBS Campo Limpo	214
7.2.8 UBS Vila Romana	220
7.2.9 UBS Tucuruvi	227
7.3. Lei No. 8.080, de 19 de setembro de 1990.	234
7.4. Lei No. 8.842 de 4 de janeiro de 1994 - Política Nacional do Idoso/Conselho Nacional do Idoso.	239
7.5. Decreto No. 1948, de 3 de julho de 1996.	241
7.6. Portaria No. 1395/GM de 10 de dezembro de 1999 – Política de saúde do idoso.	243
7.7. Lei No. 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso.	252
8. Referências Bibliográficas	258

1. Introdução o Objetivos

Nossa pesquisa sobre comunicação pública, no âmbito do Ministério da Saúde, focalizando o receptor idoso, abrange o período de 1997 a 2004. José Serra iniciou sua administração no Ministério em abril de 1998. Em 21 junho de 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgou um ranking sobre o sistema de saúde em 191 países. O Brasil apareceu na 125ª posição. Foi a primeira vez que a OMS fez o ranking mundial dos sistemas de saúde e avaliou as redes nacionais de acordo com sua eficácia, custo por habitante, igualdade no financiamento e capacidade de promover justiça social.

Considerando-se só o quesito justiça no pagamento do sistema, o Brasil ficaria na 189ª posição, como terceiro país mais desigual. Segundo a OMS, nesses países os pobres pagam, proporcionalmente, muito mais pela saúde do que os ricos. O Brasil, nação de investimento médio, fica entre os últimos colocados em razão do elevado desembolso que a população destina para cobrir gastos com saúde, diz o relatório.

Para elaborar o ranking, a OMS considerou os dados registrados até 1997. Foram estatísticas e estimativas colhidas pela Organização das Nações Unidas (ONU), Fundo Monetário Internacional (FMI) e Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Os indicadores usados foram: **a)** nível global de saúde da população; **b)** desigualdades sociais; **c)** nível global de resposta do sistema de saúde; **d)** distribuição da capacidade de resposta para a população e **e)** divisão da carga financeira.

No mesmo dia, o então ministro da saúde José Serra, divulgou nota argumentando que

as causas da posição do Brasil são exteriores ao setor de saúde. A posição desfavorável do Brasil não é surpreendente. Os motivos principais da colocação desfavorável no mercado mundial estão, na verdade, fora do setor da saúde. Eles são três: **a)** a profunda desigualdade da distribuição de renda, que tem como contrapartida ainda elevada margem de pobreza; **b)** a semi-paralisação dos investimentos em saneamento, diretamente relacionados com a mortalidade na infância e as doenças contagiosas em geral; **c)** a clara insuficiência dos orçamentos da saúde. Lembre-se que quanto mais forte a desigualdade da distribuição de renda, e quanto menos água tratada e esgoto adequado houver, maior tem de ser o gasto público com a saúde (FOLHA DE S. PAULO. *Sistema de Saúde do país é o 125º do mundo*, 21/06/2000, Caderno Cotidiano p. C6).

O então ministro da saúde prosseguiu:

Espero que esse relatório nos ajude internamente a melhorar essa situação no Brasil, especialmente naquilo que depende de decisões institucionais como é o caso da retomada do saneamento e da emenda constitucional que vincula mais recursos para a saúde (FOLHA DE S. PAULO. *Sistema de Saúde do país é o 125º do mundo*, 21/06/2000, Caderno Cotidiano p. C6).

Mais adiante José Serra destacou:

*Aliás, o esforço dentro do setor da saúde tem sido tão intenso que pesquisa recente do IBOPE-CNI, divulgada na semana passada e realizada em todo o Brasil, entre os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS mostrou que 88% deles disseram estar satisfeitos com o atendimento recebido (FOLHA DE S. PAULO. *Sistema de Saúde do país é o 125º do mundo*, 21/06/2000, Caderno Cotidiano p. C6).*

Os técnicos do Ministério da Saúde endossaram as afirmações de Serra, ao afirmarem:

*um dos fatores que pesou na colocação do Brasil, é o da disparidade da sobrevivência infantil entre ricos e pobres. Ocorre que a OMS utilizou dados antigos de mortalidade na infância (96), de pesquisa do IBGE, cuja amostra, além de pequena para esse propósito, cobriu apenas duas regiões (Sudeste e Nordeste). Deveria ter, no mínimo, utilizado os dados do PNDA (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), que possui 100 domicílios com representatividade nacional e regional (FOLHA DE S. PAULO. *Sistema de Saúde do país é o 125º do mundo*, 21/06/2000, Caderno Cotidiano p. C6).*

Apesar do Ministro José Serra não ter se surpreendido com a posição do Brasil, tornada pública pela mídia, a repercussão extraordinária desse fato na sociedade demonstrou a desinformação que o cidadão tem a respeito das ações do governo, levando a reflexão sobre os preceitos básicos da função da comunicação pública, bem definida por Zemor (1995, p. 18):

O excesso de virtude ou indignidade atribuída às formas publicitárias ou midiáticas da comunicação faz perder de vista as funções da comunicação pública que, em uma democracia, são informativas, didáticas e devem respeitar o debate contraditório e delicado, no âmbito do coletivo.

Esse estranhamento do cidadão sobre os resultados das ações governamentais demonstra também que, apesar de contribuir com impostos, ele não tem a oportunidade de discutir as medidas que o governo toma, embora sofra suas consequências. É ainda Zemor que argumenta (1995, p. 20-21)

A comunicação pública tem que ser uma verdadeira comunicação, de um lado com um cidadão ativo e de outro com instituições autênticas. Sobre estas duas condições repousa o bom relacionamento entre as instituições públicas e seus usuários. As condições práticas de acesso à informação tendem a responder a exigência de transparência dos atos públicos.

No Brasil os órgãos federais, estaduais e municipais têm cuidado melhor da comunicação com seus públicos porque atualmente o consumidor de serviços é mais exigente. No entanto, ainda está longe de manter um diálogo com a comunidade. As ações dos governos, em geral, não estão alicerçadas em pesquisas, e sim em inferências do que a população precisa ou não.

Tenho atuado na área da saúde, em órgãos públicos, desde 1996. Em 1999, realizei estudo de caso no Hospital Estadual Francisco Morato de Oliveira, verificando o

tipo de comunicação existente no ambulatório, entre o médico e o paciente. A finalidade foi complementar o objeto de análise da minha dissertação de mestrado (REIS, 1999), quando foram entrevistados 88 médicos e 152 pacientes dos serviços de **cardiologia**, (a maioria dos usuários é representada pelos aposentados), **cirurgia geral e vascular** (este último tem alta demanda de idosos), **clínica médica, fisioterapia, ginecologia, gastrocirurgia e ortopedia**. Na ocasião, os médicos fizeram restrições às condições disponibilizadas pela Instituição, tanto para eles quanto para os pacientes. Entretanto, devido à **baixa expectativa em relação aos serviços públicos de saúde**, 50,4% dos pacientes consideraram boas as condições que o Hospital oferecia.

Analizando os dados, as informações e as conclusões do Relatório da OMS, assim como as justificativas do então ministro da saúde e de seus técnicos, considere pertinente compará-los com os dados, as informações e as conclusões obtidas na minha pesquisa na área da saúde pública, durante os quatro anos de mestrado. Constatei que, apesar do enfoque essencial da referida pesquisa ter sido a comunicação humana, a experiência que adquiri por meio das leituras pertinentes à área da saúde e a convivência com médicos e pacientes na pesquisa de campo no hospital, somadas aos contatos formais e não formais com a direção do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, IAMSPE, proporcionam um conhecimento que me levou a perceber claramente a carência de dados e informações na área da saúde pública, seja para preservar ou manter a qualidade de vida do cidadão. É uma desinformação decorrente de falhas na comunicação pública, que ignora direitos e necessidades dos seus usuários e, principalmente, não tem se preparado para orientar o enorme contingente de idosos que utiliza os serviços públicos de saúde.

Há uma carência de estudos sobre a comunicação pública para a população idosa, é também significativo o aumento do número de velhos no Brasil, que em 2000 tinha 8.182.035, entre 60 anos e 69 anos, e 6.353.994 com mais de 70 anos e, segundo projeções feitas para 2030 pelo IBGE, pela Síntese de Indicadores Sociais, divulgadas no dia 13 de abril de 2004, haverá 21.793.613 idosos de 60 a 69 anos e 18.679.188 com mais de 70 anos, o que representará um significativo aumento de 263%, em relação a 2000.

O Instituto fez também a projeção para 2050, quando a população com faixa etária entre 60 e 69 anos será de 21.722.084 e, com idade superior a 70 anos, serão 34.328.895. Isto é, a população com mais de 70 vai quintuplicar no país e chegar a 34,3 milhões de pessoas, representando um crescimento nessa faixa etária de 440%, bem acima do avanço de 53% da população total que alcançará 259,8 milhões ao fim do período (IBGE, projeções do Instituto atualizadas em 2003).

Ao viver mais, o cidadão terá prolongadas também suas atividades no setor

produtivo. Surgirão novos papéis sociais e econômicos para o idoso que, no momento, já começam a se esboçar. Há idosos que se aposentam e continuam trabalhando informal ou formalmente.

Objetivos

Conscientes da importância da comunicação pública diante desse cenário, temos como objetivo da tese identificar o referencial teórico que dá suporte a esta comunicação, e analisar como as técnicas comunicativas, para alcançar a população idosa, estão sendo concebidas pelos estudiosos em comunicação e saúde.

É necessário então, compreender as características específicas da comunicação pública, bem como entender as atitudes constitutivas da população idosa que a recebe. Resolvemos, portanto, verificar o processo dessa comunicação. Assim, examinamos a trajetória, desde seu planejamento até a sua recepção, da cartilha “*Viver Mais e Melhor. Guia completo para você melhorar sua qualidade de vida*”, publicação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, editada em Brasília, em 1998. A publicação foi elaborada durante a gestão do Ministro José Serra. É um veículo de massa, voltado especificamente ao idoso e se propõe a promover melhorias na sua saúde na qualidade de vida desta parcela da população.

Estudamos a forma e o conteúdo do instrumento e sua adequação ao público alvo. Avaliamos ainda, qualitativamente, a efetividade do conteúdo informativo da cartilha sobre o idoso usuário das unidades públicas de saúde da cidade de São Paulo e, finalmente, identificamos as mídias consideradas importantes na transmissão de informações sobre saúde e qualidade de vida, na visão do público alvo, dos técnicos de comunicação e dos técnicos de saúde. O período do estudo vai de 1997 a 2004.

As dimensões do problema abordado

O cenário do envelhecimento nas sociedades latino-americanas

Há uma razão muito séria para se estudar o envelhecimento nos próximos 20 anos: o número de pessoas com 60 anos ou mais na América Latina e Caribe vai praticamente dobrar e, no Brasil, esta transformação na composição da população já está sendo percebida. O gráfico 11.2, publicado na Síntese de Indicadores Sociais, do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) (2003, p.312), mostra a proporção de pessoas de 60 anos ou mais nas unidades da federação, e o gráfico 11.1, a projeção de crescimento desta população até o ano 2020.

Diante desse cenário, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), com o apoio da FAPESP, estudou o envelhecimento e as consequências do aumento expressivo na quantidade de pessoas da terceira idade sobre os sistemas de saúde. Entre elas, mencionamos o acalorado debate nacional sobre o teto máximo das aposentadorias e a idade mínima para se requisitar o benefício. É preciso também estar atento ao impacto do envelhecimento nas relações familiares. Pode-se dizer que o problema maior não é o envelhecimento da população na América Latina (também na Ásia e África), mas, sim, o envelhecimento sem saúde e sem qualidade de vida. Essa questão é ainda mais dramática no universo das nações pobres e em desenvolvimento, como o Brasil e seus vizinhos latinos, onde boa parte dos idosos tem pouca instrução formal, dinheiro e serviços públicos precários.

“Primeiro os países desenvolvidos ficaram ricos e, depois, velhos”, afirma uma das coordenadoras do SABE Maria Lúcia Lebrão. “Nós estamos ficando velhos antes de sermos ricos” (PIVETTA, 2003, p. 38). Os dados do projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, SABE, na capital paulista servem para ilustrar essa afirmação. Pagar um plano de saúde é um luxo que apenas quatro de cada dez idosos que moram em São Paulo conseguem manter.

**Gráfico 11.1 - Projeção de crescimento da população de 60 anos ou mais de idade, por sexo
Brasil - 2000/2020**

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estatísticas do Registro Civil 2002

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa média de vida ao nascer - em 1980, era de 62,7 anos para os brasileiros e hoje estão em quase 69 anos - são fenômenos nacionais. Mas, segundo dados de censos do IBGE, a presença de idosos nas 27 unidades federativas varia - e muito. Na base, há um grupo de estados em que a parcela mais velha da população representa entre 4% e 7% de seus habitantes. Esse é o caso de toda a região Norte. Numa situação intermediária, há um grande grupo de estados cuja proporção de idosos varia de 7% a 9% de seus moradores. Em São Paulo, por exemplo; as pessoas com 60 anos ou mais representam 9% da população. No topo, com uma taxa de idosos que chega a dois dígitos, figuram três estados: Paraíba (10,2%), Rio Grande do Sul (10,5%) e Rio de Janeiro (10,7%), e os municípios de Porto Alegre e Rio de Janeiro são as capitais com mais gente de idade (11,8% e 12,8%, de seus habitantes, respectivamente).

O cenário da capital paulista

Ao nos depararmos com os principais resultados desse levantamento, cujo projeto foi denominado Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - SABE (PIVETTA, 2003, p. 32-39), verificamos o retrato de quem são, como vivem e qual é o estado de saúde das pessoas com 60 anos ou mais que residiam no ano 2000 no município de São Paulo. Os moradores dessa faixa etária equivalem a 9,3% da população da capital paulista, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O estudo aponta algumas das principais características do contingente de quase 1 milhão de idosos que moram na maior e mais próspera metrópole brasileira. Eis algumas delas: idade média de 69 anos, as mulheres, majoritárias na população total da metrópole, são ainda mais fortemente representadas na terceira idade, respondendo por quase 60% dessa faixa etária. Um em cada cinco idoso nunca foi à escola e 60% estudaram menos de sete anos. Antes de terem se mudado para São Paulo, quase dois terços deles moraram no campo até os 15 anos de idade por um período não inferior a 60 meses. Em sua vida profissional, pouco mais de 75% dos idosos exerceram ocupações que lhes demandaram esforços predominantemente físicos. Os medicamentos são companheiros de todas as horas para quase todos, pois 87% usam algum remédio. Dois terços das pessoas que atingiram a terceira idade tem um rendimento entre um e cinco salários mínimos, provenientes essencialmente de aposentadorias, visto que 80% delas não trabalham mais. Por fim, 86% dos idosos moram acompanhados, ao lado de alguém da família (cônjuge, filhos ou parentes). Esses números e percentagens são apenas uma amostra das informações que emergiram do SABE. Para cumprir o objetivo do projeto, seus pesquisadores entrevistaram 2.143 idosos que residiam em São Paulo, visitam seus domicílios e tiram suas medidas (peso, altura, prega cutânea para ver a capa de gordura etc.).

As pessoas que deram depoimentos ao estudo foram estatisticamente selecionadas para formar um conjunto representativo do segmento mais velho da população do município. A OPAS promoveu projetos idênticos ao realizado em São Paulo nas capitais de mais sete países da América Latina e Caribe (Cuba, Costa Rica, Uruguai, Argentina, México, Chile e Barbados).

Pelos padrões definidos no SABE, 96% dos idosos de São Paulo moram em residências cuja qualidade é boa. Suas moradias - em 78% são próprias (deles ou de alguém que lhes cede o espaço) - têm água encanada, sistemas de esgoto e banheiro e contam com um cômodo para cozinhar. Essa boa notícia, contudo, esconde um dado perverso da localização geográfica dos idosos na cidade. A imensa maioria está localizada em bairros mais centrais, de melhor estrutura, longe das favelas e da periferia, um indício de que envelhecer ainda é um privilégio das classes mais abastadas. Embora somente 13% dos idosos residam sozinhos, sete em cada 10 indivíduos com 60 anos ou mais disseram que não contam com ninguém, seja familiar ou não, para ajudá-los em suas atividades diárias.

Segundo o projeto SABE, as doenças crônicas são uma sombra que paira sobre os idosos. Pouco mais da metade dos idosos que residem em São Paulo tem pressão alta. Um terço sofre de artrite, reumatismo ou artrose; um quinto apresenta algum problema cardíaco. Os que se declararam diabéticos chegam a 18%, quatro pontos percentuais a mais que as vítimas de osteoporose, a descalcificação progressiva dos ossos que afeta especialmente as mulheres. Outras enfermidades frequentemente mencionadas foram problemas nos pulmões (12%), embolia/derrame (7%) e câncer (3%).

Num primeiro olhar, o estado de saúde de uma pessoa de idade avançada parece ser inversamente proporcional ao número de doenças: mais enfermidades significam menos qualidade de vida. Isso, no entanto, nem sempre é verdade. “Às vezes, um idoso com quatro ou cinco doenças crônicas, só que todas sob controle, pode viver melhor e ter menos risco de parar numa cadeira de rodas ou morrer do que outro com um ou dois problemas de saúde que não são tratados de forma adequada”, pondera o geriatra Luiz R. Ramos, do Centro de Estudos do Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) (PIVETTA 2003, p. 35)

Ramos coordenou um projeto, na segunda metade da década passada, com acompanhamento por dois anos, sobre a saúde de 1.667 idosos da Vila Clementino, bairro da capital paulista. Seus objetivos centrais eram levantar fatores de risco que aumentavam a chance de óbito na terceira idade e tentar entender por que algumas pessoas envelheciam bem e outras, não. Uma das principais conclusões do estudo foi que o foco do atendimento a essa faixa da população não devia ser pura e simplesmente nas doenças, mas sim nos impactos que essas enfermidades tinham sobre as funções cognitivas e motoras do paciente. “O mais importante é que o tratamento visa preservar ou, se possível, até aumentar o grau de independência (mental e de locomoção) do idoso em relação a outras pessoas”, afirma Ramos (PIVETTA, 2003, p. 35).

Ao analisar os números do SABE, um ponto se destaca: o nível de escolaridade dos idosos parece se comportar como marcador de sua condição geral de saúde, sobretudo de seus aspectos cognitivos. Aparentemente, quanto maior o grau de educação formal do entrevistado, menor o seu desconforto físico e mental. Como fica evidente essa relação? Ela começa a ganhar contornos de realidade quando se vê que aproximadamente 65% dos indivíduos sem escolaridade classificaram sua saúde de ruim ou má, dez pontos percentuais acima do resultado geral da amostra. Se o assunto é saúde mental, essa relação se explicita de vez. Independentemente do grau de instrução dos idosos, a ocorrência de problemas cognitivos, como perda de memória, raciocínio e outras funções cerebrais, atinge 11% de toda a amostra do SABE, com frequência um quarto maior nas mulheres do que nos homens. Entre as pessoas com 60 anos ou mais que nunca foram à escola, a incidência desse tipo de problema é de 17%. Nos idosos que estudaram menos de sete anos, essa taxa cai para 5%. E entre os que contabilizaram mais de sete anos nos bancos escolares, é de apenas 1%. “Quem pode estudar geralmente atingiu uma melhor condição socioeconômica durante a vida e é mais bem informado sobre as questões de saúde”, afirma Ruy Laurenti, também da Faculdade de Saúde Pública da USP, outro coordenador do SABE. “Ele se prepara e tem mais condições de envelhecer bem” (PIVETTA, 2003, p. 36)

Os preocupantes índices de deterioração cognitiva em idosos, também encontrados nos demais países latino-americanos radiografados pelo SABE, são um

indício de que uma série de problemas devem aparecer no futuro próximo, em especial demências, como o mal de Alzheimer, e perda de autonomia para a realização de tarefas cotidianas. Esse idoso, se a deterioração mental avançar, terá de ser assistido por alguém diuturnamente. Para a psicóloga Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (Unesp), que também participa da análise dos dados do SABE, a relação entre escolaridade e distúrbios cognitivos realmente existe. É um problema real, mas precisa ser um pouco relativizado. “Os resultados variam muito de acordo com a metodologia que usamos para levantar esse tipo de dado”, pondera Ana Teresa. “Muitas vezes ocorre o que chamamos de falso positivo para problemas de cognição ou demência, especialmente no diagnóstico da situação de pessoas menos instruídas”. Os idosos sem estudo têm mais dificuldade de responder aos questionários dos pesquisadores do que as pessoas com maior escolaridade. Resultado: muita gente com pouca ou nenhuma escolaridade acaba sendo rotulada, erroneamente, de demente ou portadora de problemas mentais. (PIVETTA, 2003, p. 38).

Cuidados diferenciados para o idoso

Cuidar do idoso é diferente de tratar de uma criança ou adulto. Por isso, muitos especialistas defendem a implementação de serviços diferenciados para essa faixa etária. Sair de casa e chegar a um hospital ou consultório médico pode ser uma tarefa impossível para muitos idosos. Em São Paulo, de acordo com os resultados do SABE, a falta de (bom) transporte público chegou a ser a causa mais citada pelos entrevistados para faltarem a consultas médicas. Outra possibilidade de serviço diferenciado para os idosos, que não exclui a proposta anterior, é estimular a criação de centros de convivência que funcionam como comunidades da terceira idade. Nesses locais, quem já chegou aos 60 anos pode passar o dia desenvolvendo atividades físicas e intelectuais sempre sob a supervisão de alguém da área médica, uma enfermeira ao menos. À noite, o idoso volta para casa. “Dessa forma, ele não perde o vínculo familiar e se mantém ativo”, diz Maria Lucia Lebrão, da Faculdade de Saúde Pública da USP, que advoga essa idéia (PIVETTA, 2003, p. 39).

Existe atualmente uma preocupação, pode-se dizer mundial, quanto ao crescente número de idosos e o que isso representará em termos de replanejamento, a médio prazo, para atender a demanda dessa população. As ações tímidas que as esferas políticas, econômicas e sociais brasileiras vêm implementando na busca de soluções para as problemáticas geradas por uma população com o perfil do idoso definido pelo SABE, ainda são pouco perceptíveis. As graves deficiências de infraestrutura básica, de moradia, de transporte público, **de saúde pública** e de áreas verdes de lazer estão marcadas pela falta de continuidade das **políticas públicas** que não priorizam seus investimentos em benefício do cidadão excluído.

CAPÍTULO I

As Dimensões do Problema Abordado

3. Considerações sobre o cenário de saúde pública: a formação dos serviços de saúde no Brasil

O modelo de saúde do século XX

Como estamos analisando a comunicação na área da saúde pública, é indispensável que tenhamos um contexto histórico das razões do seu surgimento.

No início do século XX o Brasil era assolado por epidemias causadas por doenças infecto-contagiosas, como malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, cólera, tuberculose, hanseníase e parasitoses, entre outras.

O que se exigia do sistema de saúde no início do século passado era a implantação uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação, pois o modelo agro-exportador dominava a economia brasileira, baseado na exploração da cana e do café.

Do final do século XIX até metade dos anos 60, do século XX ratificou-se como modelo hegemônico de saúde o sanitarismo campanhista, de inspiração militar, que visava o combate das doenças por intermédio de estruturas verticalizadas e estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades, implantados com muito sucesso por eminentes sanitaristas, como Oswaldo Cruz, que combateu a febre amarela no Rio em 1903 e que dirigiu a Diretoria Geral de Saúde Pública criada em 1904. Destacam-se também Rodrigues Alves, um dos responsáveis pelo saneamento do Rio em 1902; Carlos Chagas, Emílio Ribas e Saturnino de Brito que cooperaram no saneamento da cidade e do porto de Santos em 1906; Guilherme Álvaro e outros. Em 1897 foram criados os institutos de Manguinhos, Adolfo Lutz e Butantã, em São Paulo, voltados, sobretudo, para a pesquisa, produção de vacinas e controle de doenças.

Em 1923, as ações de Saúde Pública foram vinculadas ao Ministério da Justiça, em reforma promovida por Carlos Chagas, incluindo-se como responsabilidade do Estado, além do controle das endemias e epidemias, a fiscalização de alimentos, o controle dos portos e fronteiras. Em 1930, a saúde pública foi anexada ao Ministério da Educação, via Departamento Nacional de Saúde Pública. Nos anos seguintes da década 30 surgiram inúmeros sanatórios para tratamentos de doenças como a tuberculose e a hanseníase, associando-se aos manicômios públicos já existentes, caracterizando a inclusão do modelo hospitalar de assistência médica. Foi neste período que surgiram também os Departamentos Estaduais de Saúde, precursores das futuras secretarias estaduais de saúde, implantando-se progressivamente uma rede de postos e centros de saúde estaduais, voltados ao controle das doenças endêmicas e epidêmicas.

Um marco nas ações de saúde pública foi a criação da Fundação SESP, em 1942, que possibilitou importante interiorização das ações para o Norte e Nordeste do país, financiadas com recursos dos Estados Unidos, interessados na extração da borracha. Era um momento crucial, já que estávamos vivenciando a II Guerra Mundial além do descontrole da malária.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, justificado pelo crescimento da ação de saúde pública. Progressivamente foi ocorrendo um esvaziamento das ações campanhistas e o significativo crescimento da atenção médica da Previdência Social, o que determinou a conformação de um novo modelo hegemônico na saúde: o modelo médico-assistencial privatista.

Assistência médica previdenciária x saúde pública

Até os anos 20 aqueles que necessitavam de assistência médica eram obrigados a comprar serviços dos profissionais liberais. Aos despossuídos restava principalmente, o auxílio das Santas Casas de Misericórdia¹, destinado ao tratamento e amparo de indigentes e pobres.

O processo de industrialização, que pôs fim ao modelo econômico agro-exportador, induziu ao aparecimento da assistência médica da Previdência Social.

Em 1923, com a aprovação da Lei Eloy Chaves, surgiu a Previdência Social no Brasil e criou-se a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões, a dos Ferroviários, à qual seguiram-se outras CAP's formadas por categorias urbanas, com maior poder de mobilização e pressão². As CAP's eram organizadas, administradas e financiadas pelas próprias empresas (1% da renda) e trabalhadores (3%). Em 1930 já existiam 47 CAP's que davam cobertura para apenas 142.464 beneficiários. Em 1936 esse número subiu para 183 CAP's, mas a imensa maioria da população permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde, restando-lhes a falta de assistência, a compra de serviços privados ou o amparo das instituições de benemerência.

A partir do Estado Novo de Getúlio Vargas, sob a doutrina do seguro e com a orientação de economia de gastos, teve início a implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), estruturados por categorias profissionais e não mais por empresas. O primeiro IAP foi o dos marítimos, criado em 1933, seguindo-se o dos comerciários e bancários (1934), industriários (1936) e o dos servidores do Estado e trabalhadores em transporte de cargas (1938).

Nas CAP's, a assistência médica era atribuição central e obrigatória. Nos

¹ A primeira Santa Casa fundada no Brasil foi a de Santos, em 1543. Em praticamente todos os povoados foram sendo instaladas entidades filantrópicas.

² Esse período é caracterizado por várias greves e intensa mobilização dos trabalhadores e pelo movimento sindical, sob forte influência dos imigrantes europeus e dos movimentos socialistas e anarquistas.

IAP's assumiu caráter secundário, principalmente no período de 1930 a 1945, pois o que se objetivava era a contenção de gastos, num regime de capitalização. Os recursos financeiros dos IAP's passaram a ser tripartite (Estado, empresas e trabalhadores) e foram utilizados para o desenvolvimento da indústria de base³, fundamental para o sucesso da industrialização e do capitalismo no Brasil. A capitalização da Previdência transformou-a em sócia privilegiada do Estado e das empresas estatais que começavam a surgir e das privadas, que destas dependiam.

Além disso, a industrialização acelerada vivida pelo país e a migração da população do campo para as cidades, principalmente a partir da década de 50, fizeram com que a demanda por assistência médica aumentasse drasticamente. Era preciso atuar sobre o corpo e garantir a capacidade produtiva do trabalhador. Já não bastava sanear o espaço de circulação das mercadorias.

Durante o segundo governo de Getúlio Vargas e o de Juscelino Kubitschek os IAP's experimentaram considerável ampliação de sua estrutura, principalmente a hospitalar. A grande maioria dos hospitais públicos brasileiros foi construída neste período. Concomitantemente, cada vez adotava-se mais o modelo de saúde americano, incorporando-se indiscriminadamente tecnologia numa visão de saúde hospitalocêntrica e, naturalmente, de alto custo, favorecendo o fortalecimento da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares.

O sanitarismo campanhista não respondia mais às necessidades de uma economia industrializada, que foi sendo concebida concomitantemente com a mudança da previdência social.

Em 1960 foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência que garantiu a uniformização dos benefícios. Mas as condições concretas para a implantação do novo modelo surgiram com a instauração de Ditadura Militar, a partir de 1964, quando se incrementou o papel regulador do Estado e a expulsão dos trabalhadores do controle da Previdência Social.

Os IAP's foram concentrados num único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967, uniformizando benefícios bastante diferenciados entre as corporações, modificações possíveis em função do caráter autoritário do regime, assim como a rápida vigência do “milagre econômico” e o apoio de vários atores (tecnoburocracia, donos de serviços, indústria médica).

A criação do INPS permitiu a extensão de cobertura providenciária para a quase totalidade da população urbana e rural⁴; o privilegiamento da prática médica

³ FNM, Companhia Siderúrgica Nacional, Refinaria de Cubatão, Duque de Caxias, COSIPA.

⁴ Criação da FUNRURAL em 1971 para trabalhadores rurais e a inclusão na Previdência Social dos autônomos e empregadas domésticas em 1972

curativa individual assistencialista em detrimento da saúde pública; a criação de um complexo médico-industrial e a organização do sistema de saúde orientado para a lucratividade e privilégios para o produtor privado de serviços de saúde.

Ao mesmo tempo em que se ampliava a cobertura, desnudava-se o caráter discriminatório da Política de Saúde, pois eram cada vez mais nítidas as desigualdades quanto ao acesso, à qualidade e quantidade de serviços destinados à população urbana e rural, e entre as diferentes clientela dentro de cada uma destas populações. Surgiram, também, diferentes formas de contratação do setor privado.

A partir de 1974, terminado o período do milagre econômico, que garantia base de apoio social ao regime, iniciou-se, lenta e progressivamente, a abertura política, questionando-se a política social do governo e a repercussão dos efeitos do modelo econômico adotado para a saúde⁵. A partir daquele ano, ocorreu a separação da área do trabalho (que até então era a responsável pela assistência médica do país) da área da previdência, com a criação do Ministério da Previdência Social.

Naquela época, a implantação do Plano de Pronta Ação, PPA, permitiu a extensão do atendimento de urgência e emergência aos não previdenciários. Foi criado ainda o Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social, FAS, utilizado para financiar a expansão do parque hospitalar privado (de alta complexidade tecnológica) com recursos da previdência de forma subsidiada⁶.

Começaram a surgir ainda as modalidades supletivas de prestação de serviços, como o convênio-empresa⁷, que assumiu a responsabilidade da assistência médica em troca de subsídios da previdência, e a medicina de grupo. Estabeleceu-se em 1975 as competências da iniciativa privada e as do setor estatal na área da saúde por meio da divisão de áreas para as ações de saúde pública (não rentáveis) e as de atenção médica (rentáveis)⁸, intermediado pela Previdência Social.

Em 1977 criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social, SINPAS, base jurídica do sistema de saúde nos anos de 1970 em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), reorganizando a Previdência e procurando racionalizar e centralizar administrativamente suas ações. Foram criados, entre outros institutos e órgãos a DATAPREV – empresa de processamento de dados com importante papel no controle e avaliação dos serviços; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, INAMPS e a Central de Medicamentos. CEME.

⁵ Importante papel neste sentido tiveram as universidades através dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social e a atuação de entidades como, por exemplo, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, CEBES.

⁶ Em 1969 haviam 74.543 leitos privados no país, e em 1984 chegaram a 348.255 (465% de crescimento em 24 anos. Com recursos da previdência, capital fixo subsidiado, baixíssimo risco empresarial, nenhuma competitividade e garantia de compra de serviços)

⁷ Em 1977 cerca de 4.699 convênios cobrindo 10% dos trabalhadores da previdência, em especial os mais qualificados e de maior poder organizativo.

⁸ II Plano Nacional de Desenvolvimento, 1975.

A lógica desse sistema que caracterizou a década de 1970 era baseada no Estado, como grande financiador da saúde por meio da Previdência Social⁹; no setor privado nacional como prestador dos serviços de atenção médica e no setor privado internacional como produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos. Mas nesse período o modelo já começou a apresentar graves problemas determinados sobretudo:

- pela grave crise financeira, com origem nas fraudes no sistema de pagamento e faturamento (unidades de serviços), desvios de verbas da previdência para mega-projetos do governo¹⁰, acordos espúrios com o sistema financeiro, aumento dos gastos com internações, consultas, exames complementares efetuados pelo setor privado;
- por excluir parcelas expressivas da população e não ser capaz de alterar os perfis de morbimortalidade;
- pela piora do quadro econômico pós-milagre e os custos crescentes do modelo adotado;
- pela abertura política e o reaparecimento de atores dispostos a lutar pelo resgate da dívida social acumulada pela ditadura;

Na década de 1970, portanto o país apresentava um modelo hegemônico: médico assistencial-privatista. Mas é também desse período os alicerces político-ideológicos para o surgimento do movimento da Reforma Sanitária.

O Movimento da Reforma Sanitária

A partir de 1978 surgiu a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde, acordada na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde, OMS.¹¹

No Brasil, essa proposta coincidiu com a necessidade de expandir a atenção médica a partir de um modelo de baixo custo para as populações excluídas, especialmente as que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais.

Desenvolveu-se a partir daí a proposta de atenção primária seletiva, com recursos marginais, para populações marginais¹², com tecnologias baratas e simples, pessoal com baixa qualificação e desarticulada de um sistema hierarquizado e resolutivo, distante da proposta de atenção primária à saúde e que seria capaz, se implantada de fato, de possibilitar maior eficiência, satisfação da clientela e impacto sobre as condições de vida e de saúde.

⁹ É preciso lembrar o papel secundário, tanto do ponto de vista político como dos recursos financeiros destinados ao Ministério da Saúde neste período, restrito ao trabalho de controle das endemias e ações tradicionais de setor público.

¹⁰ Ponte Rio-Niterói, Transamazônica, Hidrelétrica de Itaipu e Usina Nuclear de Angra, por exemplo.

¹¹ Dando surgimento ao Programa Saúde Para Todos no Ano 2000, baseado em metas a serem atingidas a partir da priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde.

¹² Medicina pobre para pobres.

Anteriormente, em 1976, foi concebido o Programa de Interiorização das Ações de Saúde PIASS, dirigido por técnicos comprometidos com a proposta do “movimento sanitário” que começava a surgir. Em 1979 ocorreu uma grande extensão da rede ambulatorial pública, principalmente no Nordeste¹³.

Paralelamente foram surgindo outros fatores importantes que permitiram o estabelecimento de um movimento portador de uma nova proposta. Entre esses atores, pode-se destacar:

- movimentos de trabalhadores de saúde, em especial as organizações sindicais dos médicos;
- o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, promovendo debates, simpósios, publicações que foram progressivamente sistematizando uma proposta alternativa ao modelo privatista;
- o surgimento do movimento municipal, a partir de Encontros Municipais de Saúde iniciados em 1978, e de entidades estaduais e nacional de secretários (Associação Sebastião de Moraes-SP, COSEMS e o CONASEMS), nutridos por experiências político-partidárias bem sucedidas de implantação de sistemas municipais de saúde;
- um número pequeno, mas significativo de parlamentares comprometidos com o setor nos diferentes níveis do poder legislativo;
- surgimento e fortalecimento do movimento popular de saúde, fortemente influenciado pelas comunidades eclesiais de base da igreja católica e da participação de militantes de esquerda na periferia das grandes cidades, principalmente na Zona Leste de São Paulo, principalmente;
- o fim do bipartidarismo, a democratização e ressurgimento do debate político e de propostas partidárias;
- o resultado da reforma sanitária experimentada em alguns países, com forte influência da experiência italiana;
- o surgimento de um novo movimento sindical, autônomo, a partir das greves do ABC no final dos anos de 1970.

Caminhávamos, entretanto, do ponto de vista das políticas institucionais implementadas, para a consolidação do processo de “universalização excludente das políticas de saúde”.

As políticas de saúde na década de 1980

Nos anos de 1980 a 90 as políticas de saúde estavam inseridas dentro de um contexto de profunda crise econômica, com estagnação do crescimento, descontrole inflacionário e recessão determinando um rompimento do estado desenvolvimentista tal como foi concebido na década de 30, apoiado na articulação do

¹³ De 1975 a 1984 passamos de 1.112 para 13.739 (1.225% de crescimento)

estado com empresas e interesses privados¹⁴ e garantido pelo período de credenciamento da economia. Associado a isso o processo de redemocratização do país, acelerado pela derrota eleitoral do governo em 1982, pelo Movimento das Diretas Já, da mobilização popular e sindical, resulta num incremento das forças de oposição.

A Crise da Previdência e as Ações Integradas de Saúde

No início da década de 1980 eclodiu a crise da Previdência Social, na qual é possível identificar os níveis: o econômico, o ideológico e político institucional. O *primeiro*, motivado pelos fatores anteriormente relacionados e como resultado da política econômica recessiva imposta ao país em 1981-82¹⁵.

O *segundo* se deu em virtude da proposta do PREV-SAÚDE, pois no início da década de 1980 foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de discutir a implantação de uma rede básica de saúde. A experiência do PIASS que permitiu o surgimento, em 1980, do ambicioso Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, PREV-SAÚDE, cujo alvo era a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o país, por meio de uma articulação entre entidades públicas e privadas, extensão máxima da cobertura com a regionalização, hierarquização, integralização das ações, uso de técnicas simplificadas, pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema. A primeira versão incluía as diretrizes da OPAS e do movimento sanitário, contendo ainda o viés tecnocrático do governo. Após restrições do próprio governo, surgiu uma segunda versão mais racionalizadora que, no entanto, sofreu contestações de todos os lados, terminando abortada na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, embora tenha tido importante resultado no plano da discussão ideológica.

Já no que se refere ao *terceiro* nível, o político-institucional uma das medidas propostas para controlar a crise financeira da Previdência Social foi a criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária, com a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, CONASP,¹⁶ com a finalidade de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de serviços de assistência, indicar a utilização dos recursos financeiros e propor medidas de avaliação e controle do sistema. A importância política do CONASP consistiu, principalmente,

¹⁴ A crise do Estado e a desigualdade na distribuição de riquezas fazem com que o Estado transforme-se no alvo de mudanças e perca seu poder de arbitrar conflitos. O Estado que, sustentou as elites nacionais, passa a ser o grande vilão, abrindo espaço para as propostas neoliberais que conduzem ao Estado mínimo.

¹⁵ Enquanto a Federação Brasileira de Hospitais, até então interlocutora do setor privado de saúde prestador de saúde para a previdência, ficou acuada com as denúncias de fraude que contribuíram para a crise financeira, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo assumiu o discurso de alternativa a custo zero para a crise da atenção médica.

¹⁶ O decreto n. 86.329, de 02 de setembro de 1981 criou o CONASP, que por meio da Portaria 3.062, de 23/08/82 propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde (aumento da produtividade, melhoria da qualidade, equalização dos serviços prestados à população urbana e rural, montagem de um sistema de auditoria, revisão do financiamento do FAZ, hierarquização de equipamentos e outros).

em incorporar, no discurso oficial, as análises e críticas desenvolvidas pela sociedade civil através de vários movimentos sociais – principalmente o movimento de reforma sanitária – quanto à distorção estrutural do sistema e do modelo de saúde desenvolvido historicamente pelo Estado brasileiro. Tal distorção era representada por práticas ineficientes, corruptas e corruptoras, insustentáveis do ponto de vista técnico, político e financeiro-administrativo.

O CONASP propunha, entre outras mudanças, um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado com base em convênio estabelecidos entre o MPAS/Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais de Saúde, além de colocar a integração como ponto central, utilizando a capacitação ociosa das instituições públicas para racionalização administrativa e diminuição dos gastos financeiros.

Em 1982 a oposição ganhou as eleições para a maioria dos governos estaduais, abrindo a possibilidade para técnicos comprometidos com a Reforma Sanitária ocuparem espaços políticos e técnicos importantes. No ano seguinte o mesmo aconteceu em relação às prefeituras e secretarias municipais de saúde, iniciando-se experiências inovadoras e com êxito de gestão municipal da saúde.

O processo de municipalização da saúde começou a ganhar força, bem como o movimento de secretários municipais de saúde, a partir de seus encontros e da fundação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, CONASENS, em 1987¹⁷. O CONASP permitiu também o surgimento das Ações Integradas de Saúde, AIS, que obedeceu a dois momentos distintos:

·1983-85: foram realizados convênios com as secretarias estaduais e municipais para a realização de ações de saúde pública e assistência médica. Mas o tipo de financiamento utilizado para as atividades médicas efetuadas pela rede pública acabou por transformar essas unidades em prestadoras de serviços para o INAMPS (a semelhança das privadas). Criou ainda as primeiras instâncias colegiadas - CIPLAN, CIS, CRIS, CIMS, CIL - nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local, precursoras dos futuros Conselhos de Saúde;

·1985-87 do início do Governo Sarney até a implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde, SUDS.

Com a Nova República as lideranças do Movimento Sanitário ocupam a direção da saúde, no INAMPS e Ministério da Saúde, sendo firmados convênios com as secretarias estaduais e municipais para a realização das ações de saúde pública e assistência médica. Tal direção política potencializou e ampliou as Ações Integradas de Saúde, conferindo-lhe uma função de estratégia de reformulação do setor, ultrapassando o nível de programa isolado e paralelo.

Passou-se, do ponto de vista político-institucional, ao discurso da defesa

¹⁷ Durante o V Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado em Olinda.

do direito universal à saúde e do dever do Estado em propiciá-la, do estabelecimento de um comando único para a saúde e da convocação de uma Conferência Nacional de Saúde para subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte. No campo da operacionalização, permitiu-se um amplo processo de descentralização das ações passando das AIS para a construção de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, pelo qual as superintendências estaduais do INAMPS passaram a ser dirigidas pelos secretários estaduais de saúde. Este processo¹⁸ foi alavancado pelo INAMPS, que estabeleceu convênio privilegiado com entidades filantrópicas, incremento dos gastos com o setor público e apoio aos grupos de alta tecnologia entre outras ações.

De 112 municípios conveniados em 1984 avançou-se para 950 em 1985 e 2.500 em 1987. Alguns avanços foram estabelecidos: o planejamento descentralizado e integrado por meio da Programação Orçamentária Integrada, POI, o financiamento de ações preventivas e a participação social através das CIMS.

A tensão entre os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social acentuou-se, em virtude da maior agilidade, aporte de recursos e recusa da unificação por parte do INAMPS. Como resultado, o INAMPS passou de prestador a financiador e gestor do sistema de saúde, ficando a prestação delegada aos estados e, destes, aos municípios.

A VIII Conferência Nacional de Saúde resultou na instalação do SUS

Em março de 1986 foi realizada, em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde, um dos eventos político-sanitários mais importantes, por seu caráter democrático (presença de milhares de delegados representando usuários, trabalhadores da saúde, partidos políticos, os diferentes níveis do governo, universidades, parlamentares, ONGs), pelo processo social que se constituiu a partir das conferências municipais e estaduais e pelo amplo debate estabelecido pela sociedade civil.

O resultado central da VIII Conferência Nacional de Saúde constituiu-se no estabelecimento de um consenso político que permitiu a formatação do projeto de Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde; a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde.

Além desses aspectos teve como desdobramento prático o desenvolvimento de trabalhadores técnicos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que influenciou significativamente dois processos iniciados em 1987: a implantação do SUDS pelo poder executivo, e a elaboração da nova Constituição brasileira,

¹⁸ Desencadeado pela MPAS/INAMPS a partir da portaria n. 1 de 07/06/85.

pelo legislativo.

A Constituição de 1988 e a regulamentação do SUS

O texto produzido pela Assembléia Nacional Constituinte resultou dos acordos possíveis dentro do Congresso Nacional, entre diferentes atores. O documento da saúde foi defendido por um grupo de parlamentares apoiado pelo movimento da Reforma Sanitária.

A Constituição de 1988 incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde e da reforma sanitária, expressos nos artigos de 196 a 200:

- e) o conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais;
- f) a saúde como direito social universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário;
- g) a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública;
- h) criação de um Sistema Único de Saúde, descentralizado, com comando único em cada esfera do governo, atendimento integral e participação da comunidade;
- i) integração da saúde na Seguridade Social;

Na área da saúde, a Constituição de 1988 representou um avanço considerável, sendo reconhecida internacionalmente como uma referência em termos de política de saúde e base jurídico-constitucional¹⁹.

No período seguinte, 1989/90, foi elaborada a Lei 8.080²⁰, denominada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição. Além disso, foram promulgadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, adaptando-se a legislação em âmbito estadual e municipal e repetindo-se o processo de envolvimento da sociedade e o pacto entre as diferentes forças políticas observado na Assembléia Nacional Constituinte.

As Leis Orgânicas municipais, promulgadas em 1990, incorporam os princípios constitucionais federal e estadual, trazem para os municípios um novo papel frente ao Sistema Único de Saúde. Apesar desses avanços, os interesses corporativos do setor privado, de grupos ameaçados com a extinção de seus órgãos (como os dos funcionários do INAMPS, SUCAM, SESP etc.) e as divergências internas no poder executivo retardaram a regulamentação da saúde.

¹⁹ O I Encontro de Secretários Municipais de Saúde das Américas, realizado em Fortaleza em 1995, indicou três experiências exitosas em curso: a canadense, através do programa “Cidades Saudáveis”; a cubana, com o Programa de Saúde da Família; e a brasileira, baseada na municipalização da saúde e no acúmulo no campo jurídico trazido pelo texto de 1988 e a legislação infraconstitucional posterior.

²⁰ Aprovada em 19 de setembro de 1990.

É interessante acrescentar, ainda, que o ex-presidente Fernando Collor efetuou um conjunto de vetos à proposta aprovada pelo Congresso Nacional, concentrado em dois grandes eixos, que prejudicaram sobremaneira a implantação do SUS. Esses vetos concentraram-se em torno de dois grandes eixos: nos artigos referentes a regulamentação da participação e controle social (Conselhos e Conferências); e na regulamentação do financiamento do Sistema Único de Saúde (transferência direta e automática de recursos para estados e municípios, eliminação de convênios e definição dos critérios de repasse).

Em função desta conjuntura e, ainda que não tenha conseguido incluir dispositivos de regulação do setor privado, inclusive a atenção médica supletiva e do setor de alta tecnologia, a Lei 8.080 expressa as conquistas da constituição de 88.

Para ampliar o aspecto legal, registrou-se uma intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária de Saúde, forçando um acordo entre as lideranças partidárias no Congresso e no Governo, que resultou na Lei 8.142, de 28/12/90. Essa lei resgatou a proposta de regulamentação da participação social (assegurando os Conselhos e Conferências com caráter deliberativo) e a transferência intergovernamental de recursos financeiros na saúde (Fundo Nacional de Saúde, repasses automáticos e condições para que os municípios e estados possam receber recursos federais: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários).

No início da década de 1990 iniciou-se o processo de implantação do Sistema Único de Saúde e de um novo arcabouço jurídico: a Constituição Federal de 1988, as Constituições Estaduais, as Leis Orgânicas Municipais, a Lei 8.080 e a Lei 8.142/90.

Por que um Sistema Único de Saúde - SUS

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal estão os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro.

O que levou os constituintes a proporem essa transformação foi o consenso, observando-se os atores sociais do setor saúde, a sociedade e à total inadequação do sistema caracterizado principalmente pelos seguintes aspectos:

- Um quadro de doenças de todos os tipos, condicionadas pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do País e que o sistema de saúde vigente não conseguia enfrentar;
- Irracionalidade e desintegração do Sistema de Saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros.
- Excessiva centralização, levando as decisões muitas vezes equivocadas;
- Recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de

atendimento e em comparação com outros países;

- Desperdício de recursos alocados para a saúde, estimado nacionalmente em pelo menos 30%;
- Baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres de regiões mais carentes;
- Falta de definição clara das competências entre os órgãos e as instâncias político-administrativas do sistema;
- Desempenho descordenado dos órgãos públicos e privados;
- Insatisfação dos profissionais da área da saúde, principalmente devido a baixos salários e falta de uma política de recursos humanos justa e coerente;
- Baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais;
- Ausência de critérios e de transparência nos gastos públicos;
- Falta de participação da população na formulação e na gestão das políticas da saúde;
- Falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- Imensa insatisfação e preocupação da população com o atendimento à sua saúde

A partir deste diagnóstico e de diversas experiências isoladas acumuladas ao longo da década de 1980, e especialmente baseando-se nas propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a Constituição de 1988 estabeleceu, pela primeira vez, de forma relevante, uma seção sobre a saúde que trata de três aspectos principais:

1. Em primeiro lugar, incorporou o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação entre outros); o meio sócio-econômico e cultural (educação, renda, ocupação), e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

2. Em segundo lugar, a Constituição também legitimou o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde em todos os níveis, assim como explicitou que o dever de prover o pleno gozo deste direito é responsabilidade do Estado, isto é, do poder público. Isto significa que, a partir da Nova Constituição, a única condição para se ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é ser cidadão.

3. Por último, a Constituição estabeleceu o Sistema Único de Saúde, SUS, de caráter público, formado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera do governo, e sob controle da sociedade. Os serviços privados, conveniados e contratados, passam a ser complementares e subordinados às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

3.1 Conceituação de saúde e doença

Apesar deste trabalho não pretender analisar os sistemas de saúde pública, a contextualização de como surgiram os serviços de saúde no Brasil torna-se necessária para o entendimento da sua relevância na vida do cidadão idoso e como esses serviços estão atrelados à política e a economia vigentes. A conceituação simplista de saúde e doença como dois estados mutuamente exclusivos e estáticos é refutada pela simples observação do que acontece com cada um de nós e com aqueles com quem convivemos. Em dado momento, haverá os que apresentam condições excelentes e sem quaisquer queixas, os que estão bastante bem, os que se sentem menos do que bem e os que estão definitivamente doentes. Cada um deles pode ter modificado essa condição de saúde, desde um ótimo ideal até o zero que corresponderia à morte. Nessa escala, uma certa faixa, *a-b*, indicaria condições em que o próprio indivíduo se sente doente, o que variará de indivíduo para indivíduo; uma outra, *b-c*, incluiria as situações em que ele não sente a doença mas esta poderia ser descoberta pelos métodos propedêuticos disponíveis; a faixa *c-d* reuniria os casos em que as alterações fisiológicas decorrentes da doença, embora presentes, não podem ser apuradas pelos métodos existentes. Além de *d*, na ausência, portanto, de qualquer alteração que pudesse configurar uma doença, estender-se-ia a faixa que abrange graus crescentes de saúde, até o ótimo ideal (LESER et al., 2000, p. 1).

Fig. 1-1 - Escala de graus de saúde

Apenas este ótimo ideal é focalizado na definição de saúde adotada pela Organização Mundial de Saúde - OMS, descrevendo-a como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou defeito*”.

Perkins (1938) apud Leser et al. (2000, p. 1) define que:

saúde é um estado de relativo equilíbrio da forma e da função do organismo, resultante de seu sucesso em ajustar-se às forças que tendem a perturbá-lo. Não se trata de uma aceitação passiva, por parte do organismo, da ação das forças que agem sobre ele, mas de uma resposta ativa de suas forças operando no sentido de reajustamento.

À medida que a epidemiologia identifica causas envolvidas no processo da doença e esclarece a forma pela qual nele participam, vai se tornando possível a elaboração de um modelo descritivo compreendendo as inter-relações entre **o agente, o hospedeiro e o meio ambiente**. A descrição com estas características foi apresentada por Leavell e Clark (1965) apud Leser et al. (2000, p. 7) sob a

designação “*história natural da doença*”. Por **meio ambiente** entenda-se o conjunto de todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo. Nele se incluem também os **fatores sociais, econômicos e biológicos que influem na saúde física e mental do homem** e são, por sua vez, por ele influenciados.

Perkins (1938) exprimiu desta maneira a filosofia da prevenção:

enfrentar ou interceptar uma causa conduz a prevenir ou fazer cessar seu efeito”. Com ela, torna-se compreensível que as ações preventivas possam ser exercidas em qualquer dos períodos da história natural da doença, para evitar que o estímulo-doença se estabeleça no indivíduo, ainda durante o período pré-patogênico, ou para interromper o curso dos eventos que caracterizam o período patogênico. (PERKINS apud LAPLANTINE, 1991, p. 120).

Tal conceito permite que o campo da prevenção abranja também o tratamento das doenças, visando a essa interrupção do processo-doença. Procura-se, assim, prevenir ou reduzir o grau e a duração da incapacidade, impedir a instalação de defeitos e, em última instância, evitar a morte.

Conceitos de saúde

Para a Carta de Ottawa (1986):

(...) a saúde é gerada e vivida por todos na esfera do cotidiano: no aprender, no trabalhar, no brincar, no amar. A saúde é gerada cuidando de si mesmo e dos outros, adquirindo a capacidade de tomar decisões e de assumir o controle das circunstâncias da vida, de forma que a sociedade em que vive permita a conquista da saúde para todos os seus membros.

Acreditamos que se apregoa aqui a autonomia plena do indivíduo, da possibilidade dele cuidar, com discernimento, de si e do outro não só no plano biológico, mas também no psicológico.

As múltiplas faces da saúde

Várias são as visões sobre saúde que podem ser recolhidas a partir da experiência das pessoas sobre doença e cura. O antropólogo francês François Laplantine (1991) comparou os diversos discursos, conhecimentos e práticas que revelam como as pessoas fazem representações da morbidez e da saúde. Ele estudou tanto os sistemas médicos dominantes quanto os colocados à margem da sociedade.

O autor construiu o que ele próprio denomina de “modelos etiológicos e terapêuticos”, isto é, são construções teóricas que, na sua opinião, são aplicáveis a qualquer cultura.

Os modelos etiológicos que Laplantine descreve são:

a. modelo ontológico: a doença é uma entidade em si, ora identificável com um dano orgânico, ora com um corpo estranho que a causa;

b. modelo funcional ou relacional: a doença é um desequilíbrio, por excesso ou por falta. Não é algo em si, mas algo que decorre de uma alteração numa relação, algo funcional e que ocorre não em um espaço geográfico, mas em uma evolução temporal, histórica;

c. modelo exógeno: a doença é resultado da ação de um agente externo antropomorfo – feiticeiro, gênio, espírito, diabo, Deus, destino, ou “natural” – planetas, clima e meteorologia, condições ecológicas e sociais de existência, o meio químico ou bioquímico dos alimentos;

d. modelo endógeno: a doença é fruto de algo que acontece no interior do doente, não vem de fora. É algo que está relacionado, de alguma forma, com a responsabilidade do doente na gênese do estado mórbido – temperamento, constituição, disposições e predisposições, tipo de caráter, tipo de astral, de natureza, hereditariedade, patrimônio genético, meio interior, secreções glandulares, sangue, fragilidade, disposição para uma doença, potencial inato ou adquirido de recurso de autodefesa;

e. modelo aditivo: decorrente da mentalidade cristã sobre doença como consequência do pecado ou da possessão demoníaca, ou da mentalidade pausteriana da infecção microbiana, ou de um excesso de cultura – excesso de tensão, de energia, de alimentação, de bebida, de tabaco (a doença é uma “positividade inimiga”, uma adição de algo de mau a ser extraído”);

f. modelo subtrativo: segundo a cultura muçulmana ortodoxa, a doença seria mais uma ausência do que uma presença, ela provém de uma falta, de algo que não há – uma ausência – ou que se foi – uma perda-, uma negatividade, algo, então a ser curado por adição ou junção;

g. modelo de doença maléfica: para o saber médico moderno ocidental, a doença é “nociva, perniciosa, indesejável” e, como tal, deve ser combatida. Além de ser um “desvio biológico”, a doença é, também, um “desvio social”, pois o “doente é visto pelos outros e se vê, ele mesmo, como um ser socialmente desvalorizado”;

h. modelo de doença benéfica: a doença é a expressão da tentativa do organismo de restabelecer o equilíbrio perturbado, ou até a expressão de uma possibilidade de equilíbrio superior. Para outros, a doença é algo muito significativo a ser vivido plenamente (doença-salvação); esta última representação decorre de uma visão cristã que considerar a doença uma graça de Deus, em que o cristão associa-se à obra redentora de Cristo (porém, numa outra concepção, de extração igualmente cristã, a doença é concebida como a decorrência do pecado original e, portanto, uma punição, algo maléfico). Há uma variante exógena deste modelo, pelo qual a doença é uma invasão da divindade (um acréscimo divino), uma exaltação (modelo místico). Já a variante endógena deste modelo é a do xamã, cuja alma parte para um itinerário espiritual, interior, terapêutico (modelo xamanístico), enquanto outra

variante, que o autor considera mitológica, é da nossa cultura concepção contemporânea, em que a saúde é considerada a ausência total de doença.

Esta idéia-força, que se exprime ao mesmo tempo sob a forma de um direito (o “direito à saúde”) e de um dever (o dever de todos e de cada um – e em particular aquele que se exige do Estado – de travar um combate inexorável contra a anormalidade, o envelhecimento e a própria morte), mobiliza uma parte tão grande de nossa energia e é objeto de uma tal convicção, que convém, em nossa opinião, qualificá-la de mitológica (Carta de Ottawa, 1986).

Para Moscovici (1978), o conceito de saúde em nossa sociedade faz parte de um discurso que se nutre, principalmente, dos conteúdos de algumas disciplinas, como anatomia, fisiopatologia, biologia, genética, farmacologia, psicologia, filosofia. O que é saúde, como promovê-la, conservá-la, recuperá-la; quem pode avaliá-la, diagnosticar seu estado e fazer prognóstico de sua evolução, são questões debatidas por estudiosos em inúmeras publicações reservadas aos especialistas de cada uma daquelas disciplinas.

No entanto, a saúde é também objeto dos discursos leigos de inúmeras revistas populares e da imprensa cotidiana, de programas de rádio e de televisão e de todos os tipos de terapeutas que, no dia-a-dia, se debruçam sobre as inúmeras queixas de um sem-número de pessoas em busca da saúde. É também objeto das conversas dessas mesmas pessoas que procuram meios de manter ou melhorar sua saúde.

Poderíamos pensar que as falas dos cientistas e estudiosos, dos divulgadores da ciência e dos fatos científicos, assim como das pessoas comuns, estão perfeitamente alinhadas num sistema ordenado de comunicação que vai do mais douto ao menos douto, em um sentido parecido, apenas perdendo-se algo de sua profundidade e precisão.

Na realidade, a comunicação se dá de forma complexa em todas as direções, na medida em que permite que a maioria das pessoas se aproprie, de forma *sui generis*, do discurso científico e especializado da minoria. Por meio de um processo de representação social (MOSCOVICI, 1978), cujo conceito expressa fenômenos ao mesmo tempo sociais e psíquicos, os vários grupos humanos criam sentidos para todos os fatos de suas vidas, entre os quais a doença, a saúde e a vida.

Uma visão antropológica da doença

Laplantine (1991) ressalta a existência, na língua inglesa, de três palavras para o termo doença. A palavra *disease* indica a doença assim como ela é aprendida pelo conhecimento médico; a palavra *illness*, para o modo pelo qual a doença é

experimentada pelo doente e a palavra *sickness*, indicando o estado menos grave e mais incerto, como enjôo, opressão no coração ou, genericamente, mal-estar.

Laplangtine tende a considerar *sickness* como “o processo de socialização de *disease* e *illness*”, ou seja, um termo que incorpora “as condições sociais, históricas e culturais de elaboração das representações do doente e das representações do médico” (LAPLANGTINE, 1991, p. 16). Em outras palavras, existe a doença vista pelo médico, a doença vista pelo doente e a doença vista por todos no momento do vivido, na relação médico-paciente e mediadas pelas crenças sociais.

O mesmo autor considera ainda que, embora o médico alopata seja educado para interpretar objetivamente a doença, segundo os cânones da biomedicina, ele “tem também uma compreensão não (bio)médica da patologia e da terapia”, de forma que a relação entre o paciente e o médico (alopata) não é apenas unívoca, no sentido da relação entre experiência vivida (paciente) e saber científico (médico), pois o paciente também tem um saber médico (mesmo não-oficial) e o médico também possui uma experiência vivida: “a compreensão mais cientificamente neutra do segundo (do médico) jamais é integralmente científica, ou seja, isenta de representações” (LAPLANGTINE, 1991, p. 18).

Relevante enfatizar ainda que Laplangtine considera mitológica a concepção de saúde como ausência total de doenças.

CAPÍTULO II

Modelos de Comunicação

4. Referencial teórico

4.1 Comunicação: A Teoria da Informação e da Comunicação

Anzieu e Martin (1971) definem a comunicação como um conjunto dos processos físicos e psicológicos por meio do qual se operacionaliza a relação (interação) de uma ou de várias pessoas - o(s) emissor(es) - com outra(s) pessoa(s) - o(s) receptor(es) - no intento de atingir determinadas metas.

Segundo esses autores, pode-se estudar a comunicação a partir de duas perspectivas, sendo que a primeira é a análise do aspecto formal da comunicação (transferência de informação quantificável), em que o emissor, conforme seu objetivo, encaminha a mensagem que tende a atingir o outro. Esta percorre um canal (visual, acústico, tátil) e impressiona o destinatário, promovendo efeito, cuja relevância depende da compreensão da mensagem e de sua representação para ele.

Nesse processo podem ocorrer problemas relativos: a) ao emissor, decorrentes da qualidade e pertinência de sua codificação; b) ao receptor, relativos à percepção correta dos sinais e à capacidade de decodificação; c) ao canal de comunicação, parasitas e desperdícios físicos que comprometem a quantidade e a qualidade de informação transmitida (ruídos) e d) à retroalimentação (*feedback*) ou regulação quase automática do emissor mediante o controle de seus efeitos no receptor.

A segunda perspectiva para estudar a comunicação se dá a partir da análise dos aspectos psicossociológicos da comunicação. Neste caso, a comunicação é encarada como contato entre duas ou mais personalidades envolvidas numa mesma situação e que debatem significações. Para tanto, importa considerar as personalidades; os comunicantes têm história pessoal, sistema de motivações, estado afetivo, nível intelectual e cultural, marca de referência, *status* social e papéis psicossociais. Estes fatores influem na emissão e recepção de mensagens; a comunicação propicia a ação do indivíduo sobre outros, num contexto definido, caracterizando-se como um meio para transformar este contexto.

Anzieu e Martin (1971) entendem que os objetivos da comunicação são: a) informar; b) convencer; c) mudar uma opinião; d) fazer agir; e) calar e expressar sentimento; f) instruir, atuar sobre o equilíbrio emocional e a saúde psíquica e g) induzir sentimentos, fatores que influem sobre o conteúdo e o estilo da mesma.

Os interlocutores podem apresentar necessidade de comunicar-se ou um deles pode se negar a entrar em comunicação. Quanto à significação, os elementos da comunicação são essencialmente símbolos, o que faz com que esta sirva não só para passar informação, mas também para promover troca de significações. Assim, se atenção é dirigida a forma literal das verbalizações, o conteúdo significativo da

mensagem resulta anulado. Da mesma forma, a atitude para a comunicação é tanto mais satisfatória quanto mais os comunicantes pensem segundo o mesmo universo simbólico e possuam os mesmos referenciais.

A comunicação e o seu contexto da significação

Quando uma pessoa atinge a maturidade, ela gradualmente assimila um quadro do mundo que habita e seu lugar dentro dele. As orientações gerais - confiança ou suspeita, afeto ou hostilidade - são aprendidas mais tarde, por meio da comunicação com outras pessoas significativas. O sucesso ou fracasso contribui de alguma maneira para o seu acúmulo de suposições acerca do mundo e da maneira como esse funciona. Tais predisposições cognitivas são assimiladas inconscientemente, com a maioria das pessoas estando vagamente cientes dos seus importantes efeitos. E, segundo Roger Harrison (1977, p. 267), as predisposições:

Constituem o equipamento de sobrevivência mais importante que possuímos. Desta maneira, não são os eventos propriamente ditos, mas sim a maneira como os homens interpretam tais eventos que determina o que vêem, como sentem, como pensam e como reagem.

Para Barnlund (1980, p. 16),

O homem não é receptor passivo, mas um agente ativo que dá sentido às sensações. A significação que qualquer situação adquire é consequência tanto do que o perceptor lhe acrescenta como da matéria prima que recebe. Termos tais como “construções pessoais”, “esquemas sociais” e “planos perceptivos” têm sido utilizados para identificar os processos cognitivos por meio dos quais os homens tornam sua experiência inteligível.

Tais vieses perceptivos, tomados conjuntamente, constituem o chamado *mundo suposto do indivíduo*. O mundo que os homens põem em suas cabeças é o único mundo que conhecem. É este mundo simbólico, e não o mundo real, que comentam, disputam, discutem e zombam. É este mundo que os impele a cooperar ou a competir, a amar ou a odiar.

Os cientistas behavioristas, Hastorf e Cantril (1954, p. 129-134), concluíram que é

impreciso e enganoso dizer que pessoas diferentes têm atitudes diferentes em relação a mesma “coisa”. Pois a “coisa” não é a mesma para pessoas diferentes, quando for o caso de um candidato à presidência. (...) Comportamo-nos de acordo com o que acrescentamos ao momento, e o que cada um de nós acrescenta ao momento é mais ou menos único. E, excluindo essas significações que acrescentamos ao momento, os acontecimentos à nossa volta não passam de ocorrências sem significado, “inconsequentes”.

Assim, toda percepção é necessariamente pessoal e incompleta. Ninguém jamais vê tudo, pois cada um abstrai de acordo com sua experiência passada e desejos incipientes. Nas relações humanas, a prevenção está relacionada, de uma

ou outra maneira, com o fenômeno da confiança. Não há, na natureza da comunicação humana, modo algum de fazer com que uma pessoa participe da informação ou das percepções que estão exclusivamente ao alcance de outra. Na melhor das hipóteses, o outro poderá confiar ou não, mas nunca poderá saber se é verdadeira ou não a informação. A grande maioria de todas as decisões baseia-se na confiança, de uma espécie ou outra. Assim, a confiança está sempre relacionada com resultados futuros e, mais especificamente, com a possibilidade de serem previstos (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1967).

Pode-se dizer que interagimos não com indivíduos ou objetos, mas com a imagem que fazemos deles. Afinal, não os tratamos como *coisas físicas*, mas sim como *objetos*, aos quais conferimos *identidade e significados*. Nossas atitudes em relação aos mesmos fundamentam-se nos significados a que nos remetem e nas influências que exercem sobre nossos diversos planos de ação.

O processo de percepção de objetos não representa um registro passivo de eventos externos. Durante todas as fases do processo, o observador se intromete ativamente no fluxo de dados. Portanto para se compreender *o que é visto* é preciso compreender o *próprio observador*, assim como *o que realmente está acontecendo*.

Para Simons e McCall (1980, p. 72)

à medida que outras pessoas e objetos são observados e interpretados quanto ao significado que para nós possuem, chega-se à conclusão de que nossas escolhas e classificações refletem apenas parcialmente a verdadeira natureza das coisas. Assim como escolhemos os significados, também os criamos; e há uma grande categoria de objetos sociais que existem apenas como significados criados e coletivamente compreendidos.

Para se entender a avaliação feita pelo indivíduo das pessoas e situações com que se depara, deve-se analisar detalhadamente este processo de percepção e de recodificação, no qual, além de se perderem informações, surgem as informações falsas.

Além dos limites sensoriais, as percepções também são limitadas pela mera perspectiva ou *posição da qual se observa*. O panorama é basicamente determinado pelo ponto de onde se olha, portanto, unilateral. O viés da perspectiva resultante das *posições sociais* é geralmente mais complexo e difícil de ser evitado do que os efeitos da posição física no espaço. A precisão da percepção diminui na medida em que aumenta a *distância social*.

Neste trabalho consideramos também a teoria da informação segundo a proposição de Décio Pignatari, na qual a informação é vista como parte integrante e indissociável de um sistema de comunicação.

Utilizamos a expressão **Teoria da Informação** em seu significado

abrangente, como afirma Pignatari (1997, p. 12), “de modo a compreender também a comunicação, uma vez que não há informação fora de um sistema qualquer de sinais e fora de um veículo ou meio apto a transmitir esses sinais”.

Em consequência, nossa ênfase recairá sobre os aspectos sintáticos, formais e estruturais, da organização e transmissão das mensagens. Como afiança o autor:

comunicação significa partilha de elementos ou modos de vida e comportamento, por virtude da existência de um conjunto de normas. Do ponto de vista psicológico, comunicação pode ser definida como ‘reposta discriminada ou selecionada a um estímulo’. Claro é que a comunicação não é apenas a reposta, mas a relação estabelecida pela transmissão de estímulos e pela provocação de respostas. O estudo dos signos, das regras que os regem e de suas relações com os usuários ou intérpretes forma o cerne do problema da comunicação (PIGNATARI, 1997, p. 16).

É o próprio autor (1995, p. 17) quem faz essa assertiva:

A informação a ser comunicada deve ter uma fonte e um destino distintos no tempo e no espaço, onde se origina a cadeia que os une e que constitui o canal de comunicação. Para que a informação transite por esse canal, necessário se torna reduzi-la a sinais aptos a essa transmissão: essa operação é chamada codificação e quem a realiza é o transmissor ou emissor. No ponto de destino, um receptor reconverte a informação à sua forma original, decodificando-a com vistas ao seu destinatário. Nenhum sistema de comunicação está isento de possibilidades de erros. Todas as fontes de erros são agrupadas sob a mesma denominação de ruído ou distúrbio.

Público

A palavra público, de acordo com o Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa, coordenado por Cunha (1989) é originária do latim *publicus*, significa relativo pertencente ou destinado ao povo, à coletividade. Mills apud Lakatos (1992, p. 110-111), define público como

conjunto de indivíduos em que: a) é praticamente igual o número de pessoas que expressam e recebem opiniões; b) a organização da comunicação pública permite uma resposta imediata e efetiva a uma opinião publicamente expressa; c) a opinião formada através dessa discussão transforma-se em ação efetiva, mesmo contra o sistema de autoridade vigente, se necessário; d) a instituição de autoridade não tem penetração: o público e, portanto, mais ou menos autônomo em suas ações.

Seguindo uma nova perspectiva, Grunig e Hunt apud Grunig e Grunig (1992) apresentam a seguinte classificação:

- **Não-público:** pessoas que não mantêm nenhum vínculo com a organização e esta não causa nenhuma consequência ao público.
- **Latente:** quando os membros de um grupo sentem-se afetados por consequências da organização, porém não conseguem detectar claramente qual é o problema ou a causa.
- **Consciente:** quando o público reconhece que o problema existe e começa a se conscientizar dele e de suas causas.

· **Ativo:** quando o grupo organiza-se para discutir o problema e surgem as propostas de solução para resolver o problema detectado.

De acordo com esta proposição, a comunicação vai atuar segundo as necessidades de informação de cada público específico em um dado momento, possibilitando uma maior flexibilidade das pessoas que compõem o público que, a partir de uma situação determinada, podem ser classificados de maneira diversa.

Segundo Lakatos (1992, p. 316), massa é

conjunto de elementos em que: a) o número de pessoas que expressam opiniões é incomparavelmente menor do que o das que as recebem; a massa é uma coleção abstrata de indivíduos, recebendo impressões e opiniões já formadas, veiculadas pelos meios de comunicação de massa; b) a organização de comunicação pública impede ou dificulta a resposta imediata e efetiva às opiniões externadas publicamente; c) as autoridades controlam ou fiscalizam os canais por meio dos quais a opinião se transforma em ação; d) os agentes institucionais têm maior penetração; a massa, portanto, não tem autonomia, sendo reduzida à formação da opinião independente da discussão.

No âmbito desse trabalho é feita a análise do aspecto formal da comunicação do Ministério da Saúde, onde a instituição, conforme seu objetivo, encaminha a mensagem que tende a abordar o idoso. É uma comunicação pública de “promoção ou valorização da instituição ou serviço público” (ZEMOR, 1995 p. 19) já que a cartilha, uma das principais peças da campanha de vacinação contra a gripe é instrumento utilizado em prol “grande causa social” (ZEMOR, 1995 p. 19). O Ministério utilizou a publicação para informar ao cidadão idoso procedimentos na área da saúde e de direitos legais. Assim fazendo, valorizou a instituição e os serviços prestados àquela população.

O como e o porquê da comunicação nas organizações

Grunig e Hunt, em *Excellence in public relations and communication management* (1992), construíram quatro modelos para aprimorar a compreensão de **como e porque as organizações efetuam a função da comunicação**. Esses modelos possuem objetivos diferentes, geralmente encontrados em distintas estruturas organizacionais e exigem meios diferenciadas para avaliar a sua eficácia. São eles:

1. Assessoria de Imprensa: Os praticantes disseminam a fé da organização envolvida, geralmente por meio da informação incompleta, distorcida ou meia-verdade. A comunicação é de mão-única, difunde a informação, é um monólogo. A comunicação é desequilibrada, deixa a organização tal qual está e tenta mudar o público.

2. Informação ao Público: O propósito é a disseminação da informação, não da organização. A comunicação é de mão-única e, portanto, funciona como o modelo acima.

3. Assimétrico de Duas Vias: Desempenha uma função bastante parecida com o de assessoria de imprensa, embora seu propósito possa ser melhor descrito como

uma persuasão científica. Utilizam a teoria da ciência social e das pesquisas sobre atitudes e comportamentos, a fim de persuadir os públicos a aceitarem o ponto de vista da organização e a se comportarem de maneira que apoiem a organização.

4. Simétrico de Duas Vias: O objetivo é a compreensão/entendimento mútuo entre as organizações e os públicos. Utiliza a pesquisa para facilitar o entendimento e a comunicação. Consiste mais em diálogo do que um monólogo.

A informação como direito do cidadão

Embora este estudo esteja incluído na área da comunicação pública com interface na área da saúde e foco na realidade do cidadão idoso, é preciso investigar a informação como um direito do cidadão, o que seria uma prática democrática do governo que emite essa informação. Buscamos conceituar a democracia para melhor entendimento de como ela está sendo utilizada nesse estudo. Para Bobbio apud Chauí (1981, p. 135), a democracia deve ser entendida como

um conjunto de regras (primárias ou fundamentais) que estabelecem quem está autorizado a tomar decisões coletivas e quais os procedimentos. (...) a regra fundamental da democracia é a regra da maioria, na qual são consideradas as decisões coletivas.

O conceito de democracia pressupõe que os cidadãos estejam preparados para usar as regras de participação democrática, que haja pelo menos algum nível de igualdade social entre os indivíduos e que os mecanismos institucionais de representação sejam realmente democráticos.

É necessário haver o reconhecimento entre representação política e participação direta para haver democracia. Recorremos novamente a Bobbio apud Chauí (1981, p. 135) para conceituar democracia representativa, como sendo a que permite as “deliberações coletivas, isto é, as deliberações que dizem respeito à coletividade inteira são tomadas não diretamente por aquele que dela fazem parte, mas por pessoas eleitas para essa finalidade”.

Não vamos discutir as questões dos tipos de partidos das pessoas eleitas, entretanto não podemos ignorar que estar filiado a um partido implica convivência com as questões ideológicas daquele partido. Para Chauí (1981, p. 93-94), no que concerne à democracia no plano das instituições **partidárias**, as questões mais prementes são: a) Em que medida as desigualdades sociais são transportadas para o interior do partido, distinguindo seus membros quanto ao poder, ao saber e à informação?; b) Em que medida um partido democrático consegue ter objetivos manifestos no plano **político** (tomar o poder ou pressioná-lo), **social** (reunir e organizar setores determinados da população) e **ideológico** (uma teoria, um programa para a maioria dos cidadãos)?

A cartilha é instrumento oriundo do governo federal, mais precisamente do

Ministério da Saúde, sob a assinatura do então Ministro José Serra, ligado a um partido político com características ideológicas, características que não serão aqui discutidas, visto que esse trabalho não é sobre política e sim comunicação pública, precisamos verificar as questões mais prementes da **democracia** citadas por Chauí.

A ideologia subjacente na comunicação

A cartilha *Viver mais e melhor* contém informações governamentais da área da saúde, apresentando normas de comportamentos para o idoso melhorar sua saúde e qualidade de vida. O *guia* foi distribuído em todo o Brasil, com culturas regionais muito próprias, mas, no entanto, universalizou o idoso e o contexto de atuação dele. É como se todos os idosos brasileiros tivessem o mesmo pensamento, linguagem e realidade. Na concepção de Chauí, (1981, p. 3-4),

ao universalizar o particular pelo apagamento das diferenças e contradições, a ideologia ganha coerência e força porque é um discurso lacunar que não pode ser preenchido. A coerência ideológica não é obtida malgrado as lacunas, mas pelo contrário, graças a elas. Porque jamais poderá dizer tudo até o fim, a ideologia é aquele discurso no qual os termos ausentes garantem a suposta veracidade daquilo que foi explicitamente afirmado.

O conteúdo da cartilha é o que Chauí (1981, p. 7) denomina de “*discurso competente* no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância”.

A cartilha contém uma linguagem permitida, já que os interlocutores – Ministério da Saúde e idosos que utilizam os serviços de saúde pública – foram previamente reconhecidos; o primeiro como tendo o direito de falar e o segundo, o de ouvir. Os lugares e as circunstâncias foram predeterminados para que seja lícito falar e ouvir, enfim, no qual conteúdo e forma estão autorizados.

A ideologia usa de um recurso para ocultar a presença do Estado na sociedade civil: o discurso da Organização. Chauí (1981, p. 9) afirma que

na compreensão da ideologia do discurso competente existe o movimento duplo pelo qual o crescimento do poder do Estado é negado e afirmado pelo discurso. A dificuldade para percebermos de que se trata de um só e mesmo movimento com duas faces, ou de um duplo movimento simultâneo de afirmação e negação, decorre do fato que há duas modalidades diferentes do discurso da competência, quando, na verdade, trata-se de só mesmo discurso. (...) Tendemos a distinguir o discurso do burocrata e o discurso do não-burocrata.

Assim, para a autora (1981, p. 9),

a burocratização e organização pressupõem as seguintes determinações:

a) a crença na realidade em si e para si da sociedade, de tal modo

- que a racionalidade dos meios de ação inutiliza automaticamente qualquer questão acerca da racionalidade dos fins da ação;
- b) a existência de um sistema de autoridade fundado na hierarquia, no qual o poder e a responsabilidade decorrem do próprio degrau hierárquico, e não de quem o ocupa.
- c) identificação dos membros de uma burocracia com a função e o cargo que ocupam.
- d) a dominação tende a permanecer oculta graças à crença em uma razão administrativa ou administradora, “(...) tal que dirigentes e dirigidos pareçam ser comandados apenas pelos imperativos racionais do movimento interno à Organização. Em uma palavra: tem-se a aparência de que ninguém exerce poder porque justamente este emana da racionalidade imanente do mundo organizado ou, se preferirmos, da competência dos cargos e das funções que, por acaso, estão ocupados por homens determinados.

A partir desses elementos se configura uma das faces do discurso da competência, que se desdobra em três registros: o discurso competente do administrador-burocrata, o do administrado-burocrata e o genérico de homens reduzidos à condição de objetos sócio-econômicos e sócio-políticos.

Por outro lado, sob o signo da Organização, forma-se um conhecimento acerca da racionalidade, entendido não mais como fruto da aplicação da ciência ao mundo, mas sim como ciência em si,

ciência encarnada nas coisas. A idéia de Organização serve para cimentar a crença na existência de estruturas (infra ou super, pouco importa) que existem em si e funcionam em si sob a direção de uma racionalidade que lhes é própria e independente da vontade e da intervenção humanas. O real, a ação e o conhecimento ficam consubstancializados, identificados (CHAUI, 1981, p.11).

O conhecimento da Organização fornece aos homens as ações que lhe são permitidas e a própria imagem que formam de si. Assim, o discurso competente, enquanto discurso do conhecimento, configura-se como próprio de um especialista, estando relacionado a um posto hierárquico específico e apoiando-se não em idéias ou valores, mas na suposta realidade dos fatos e na suposta eficácia dos meios de ação; como conhecimento instituído, ele realiza o papel de ocultar a existência real da dominação.

Contudo, o mais importante nesse discurso, e que sustenta suas determinações, são a afirmação e aceitação tácitas

da incompetência dos homens enquanto *sujeitos* sociais e políticos. Neste ponto, as duas modalidades do discurso da competência convergem numa só. Para que este discurso possa ser proferido e mantido é imprescindível que não haja sujeitos, mas apenas homens reduzidos à condição de objetos sociais (CHAUI, 1981, p. 11).

Uma das maneiras de criar nos objetos sócio-econômicos e sócio-políticos a crença de que são sujeitos consiste em elaborar uma série de discursos, por cujo intermédio é concedida competência aos interlocutores que puderem assimilá-los. Esses discursos são aqueles que ensinarão a cada um como relacionar-se com o mundo e com os demais homens. Assim, como afirma Lefort

apud Chauí (1981, p. 12),

o (...) homem passa a relacionar-se com alimentação pela mediação do discurso dietético, com a natureza, pela mediação dos discursos ecológico. O homem passa a relaciona-se com a vida, com seu corpo, com a natureza e com os demais seres humanos através de mil pequenos modelos científicos nos quais a dimensão humana da experiência desapareceu. Em seu lugar surgem milhares de artifícios mediadores e promotores de conhecimento que constroem cada um e todos a se submeterem à linguagem do especialista que detém os segredos da realidade vivida e que, indulgentemente, permite ao não –especialista a ilusão de participar dos saber.

Continua Chauí (1981, p. 13):

Esse discurso competente não exige submissão qualquer, mas algo mais profundo e sinistro: exige a interiorização de suas regras, pois aquele que não as interiorizar corre o risco de ver-se a si mesmo como incompetente, anormal, a-social, como detrito e lixo.

Pelas falas dos sujeitos idosos, quando da pesquisa de campo, ratificamos que a persistência do discurso competente da organização, aqui no estudo, do Ministério da Saúde, leva o cidadão idoso a ter uma percepção de si como sujeito sem competência para cuidar de si, necessitando que o Estado, a família ou alguém o faça por ele. Esse assunto será tratado na análise dos resultados.

4.2 Comunicação pública

O sistema de comunicação pública, é pertinente lembrar, representa a instituição, e o domínio desta comunicação é tudo o que for de interesse geral, e, portanto, implica transparência. O que não for protegido por leis de garantia de sigilo, deve ser do conhecimento público. Uma boa comunicação pública está relacionada à **recepção, escuta e diálogo**.

É dever da comunicação pública difundir as informações e acompanhar o ritmo das mudanças econômicas, políticas, sociais e tecnológicas, reformando os mecanismos inibidores da transparência administrativa, criando novos vínculos com os seus usuários e com a sociedade em geral.

Pierre Zemor, em *La communication publique* (1995), divide o tema nas seguintes áreas: A) quanto ao campo e B) quanto às formas de comunicação pública.

A) Quanto ao campo: o autor define a comunicação pública como sendo “a comunicação formal que tende à troca e o compartilhamento de informações de utilidade pública, assim como a manutenção do vínculo social, e cuja responsabilidade é das instituições públicas” (1995, p.5).

Ainda dentro do tema campo há uma subdivisão que abrange:

- A.1. Natureza das mensagens dos poderes e serviço público;
- A.2. A complexidade da relação com o cidadão “receptor” e
- A.3. Os princípios gerais e a prática da comunicação pública.

As mensagens públicas têm as seguintes características (A.1):

A.1.1. São naturalmente complexas, já que têm como objetivo contribuir para a *regulamentação*, *proteção* ou *projeção para o futuro*, que são incumbências dos poderes públicos. A *regulamentação* consiste em assegurar o funcionamento e a manutenção do equilíbrio do sistema complexo que constitui um país moderno. Neste sentido, as mensagens públicas servem ao interesse coletivo. A *proteção* é composta pela segurança dos bens e das pessoas. Em uma democracia, as mensagens públicas veiculam os direitos e deveres respectivos dos cidadãos e das instituições públicas; O poder público tem como responsabilidade a *previsão* e o *planejamento*. Aqui as mensagens são muito abstratas, pois possuem esquemas gerais, planos, previsões orçamentárias, estudos sócio-econômicos e jurídicos, entre outros. (ZEMOR, 1985, p. 6-10)

Sobre sua relação com o cidadão “receptor” (A.2.), diz Zemor:

O cidadão é um receptor ambivalente. A relação ‘cliente do serviço público’ não é correta, pois implica numa relação do tipo cliente/fornecedor, que não se adapta à lógica do serviço público. Neste caso, o fornecedor não tem concorrentes, e o cliente é ao mesmo tempo contribuinte e eleitor. O cidadão não pode ser unicamente um usuário do serviço público sem reconhecer que tem um papel de decisor, mesmo limitado (1995, p. 13-15).

O autor acredita que:

a comunicação de uma instituição pública supõe uma troca entre um receptor que, também, é em parte emissor. É a característica ativa do receptor que estabelece a comunicação. A passividade revela uma certa fascinação frente à autoridade do emissor público (1995, p.15).

Em relação à abrangência da comunicação pública, considerando uma possível atuação como “*marketing... da oferta*”, Zemor argumenta que:

é preciso se convencer, que isto faz parte do bom fundamento das políticas e decisões públicas [influenciar a demanda e a oferta no campo público]. E se é importante ao serviço público analisar a satisfação e expectativas dos cidadãos, estes estudos têm por objetivo fornecer outra avaliação das políticas públicas, da qualidade da relação que mantém com seus usuários, bem como a pertinência da informação que lhe é destinada (1995, p. 17).

Zemor (1995, p. 17-22) subdivide também os princípios gerais e a prática da comunicação pública (A.3) em:

A.3.1 Quanto à finalidade e mediação da comunicação, o mesmo autor

acredita que:

Antes de apreciar a eficácia promocional da publicidade ou o impacto das imagens e mensagens televisivas os responsáveis pela comunicação pública se questionam sobre a adequação destes meios aos propósitos perseguidos em nome da utilidade pública (ZEMOR, 1995, p. 18)

A.3.2 Quanto aos tipos de comunicação, Zemor identifica:

- a) **De informação e de explicação:** ligada à legitimidade da mensagem pública que passa informações sobre o funcionamento institucional prático, ou regras do jogo cívico;
- b) **De promoção ou valorização das instituições ou serviço público:** temas ou recomendações chamadas de grandes causas sociais;
- c) **De discussão ou proposição de debate** dos projetos de mudança institucional, das escolhas sociais e das ofertas políticas. (ZEMOR 1995, p.19)

A.3.3 Quanto às condições da comunicação pública considera-se que ela tem que ser uma verdadeira comunicação, de um lado com um cidadão ativo e de outro com instituições autênticas. Sobre estas duas condições repousa o bom relacionamento entre as instituições públicas e seus usuários. As condições práticas de acesso à informação tendem a responder a exigência de *transparência* dos atos públicos.

B. Quanto às formas da Comunicação Pública

A comunicação pública se reveste, na prática, de formas muito variáveis de acordo com a necessidade de comunicar. Certas comunicações têm a informação como objetivo.

Segundo Zemor (1995, p. 23) podem-se distinguir cinco categorias deste tipo:

- B.1. Responder a obrigação que as instituições públicas têm de oferecer informações ao público;
- B.2. Estabelecer uma relação de diálogo, desempenhando um papel que é do serviço público e permitindo a prestação de um serviço preciso a quem é atendido;
- B.3. Apresentar e promover qualquer um dos serviços oferecidos pela administração, coletividades territoriais e estabelecimentos públicos;
- B.4. Tornar conhecida as instituições tanto por meio de uma comunicação interna quanto externa;
- B.5. Conduzir campanhas de informação, visando ações de comunicação de interesse geral.

A Relação do Serviço Público com o usuário

O diálogo como forma de avaliação

A escuta e o diálogo com os usuários dos serviços públicos de saúde têm a missão de conscientizar as instituições sobre a opinião dos usuários sobre seus

serviços, possibilitando uma reavaliação das ofertas dos serviços públicos.

As mídias podem proceder a difusão de dados públicos e, no máximo, encorajar a interatividade dos diálogos com as instituições públicas, mas, raramente, contribuir para a análise direta de questões complexas. A comunicação mais importante é aquela que se faz fora da mídia, onde o usuário do serviço público tem a oportunidade de expor sua opinião sobre os serviços oferecidos.

Zemor (1995, p. 36) ressalta a importância do diálogo que se instaura no serviço público como resultado mais de uma atitude do que de uma disposição regulamentar. Dialogar com os usuários é uma via essencial para a avaliação dos serviços públicos.

O diálogo permite, de um lado, a co-produção de um serviço personalizado que atende o usuário do serviço público. Quando se escuta um ‘caso particular’ confere-se ao cidadão a qualidade do ‘contrato social’ com o poder público, *a priori* esmagador a seus olhos. De outro lado, a troca de informações pode chamar atenção para pontos de vista que podem ter escapado às preocupações mais globais.

Elizabeth Brandão (1998) conceitua comunicação pública como:

o processo de comunicação que se instaura na esfera pública entre o Estado, o Governo e a Sociedade e que se propõe a ser um espaço privilegiado de negociação entre os interesses das diversas instâncias de poder constitutivas da vida pública no país.

Consideramos um grande desafio conciliar os interesses desses três atores sociais que têm empenho e poder de negociação diferenciados. Consideramos, sobretudo, a pouca informação que chega à sociedade sobre a prestação dos serviços públicos e o diálogo precário que existe entre governo e sociedade.

Oportuno recorrer a Heloíza Matos (1999), segundo a qual a comunicação pública de governo tem sido entendida como as diversas modalidades de relações comunicativas entre o Estado e a sociedade, visando tornar mais compreensivas as relações entre governo e cidadãos. As mudanças que ocorrem nessas relações são decorrentes tanto de transformações do regime político como no que diz respeito ao papel do Estado como regulador das relações de mercado, reestruturando os modos de comunicação pública.

É ainda Matos quem alega que “se observarmos a trajetória da comunicação pública no Brasil, podemos perceber, em cada período, uma ênfase em uma atividade, ou deslocamento de uma área para outra, ou ainda a integração entre as diversas áreas da comunicação” (1999, p. 58-66).

No Brasil, temos um regime democrático e, inferindo que as ações na área

da saúde dão grande visibilidade aos responsáveis pelo poder público, era de se esperar que houvesse melhor planejamento no lançamento de programas, projetos e eventos, para evitar interpretações distorcidas por parte da mídia e, conseqüentemente, dos cidadãos.

4.3 Comunicação em saúde: Desenhando mensagens na área de saúde

A afirmação abaixo abre o primeiro capítulo, escrito por Roxanne Louiselle Parrott, do livro *Designing Health Messages* (1995).

Os meios de comunicação podem ser extremamente eficazes para envolver o público com os assuntos abstratos da saúde pois, de forma atraente e personalizada, induzem as pessoas ao desenvolvimento de novas idéias que podem gerar ações de melhoria (MENDELSON, 1968, p. 136).

A autora analisa o papel da linguagem e apresentação dos conteúdos na motivação da atenção do público às mensagens na área da saúde. Ela começa com a observação de que, apesar da afirmação de Mendelsohn, várias mensagens e campanhas veiculadas na mídia não alcançam seus objetivos. Parrott atribui parte da ineficiência das campanhas “às formas como as pessoas processam as informações, à medida que são expostas a elas” (1995, p. 7)

Ao analisar a motivação das pessoas para dar atenção às mensagens sobre saúde, a autora cita McGuire (1989) e Langer (1978) para afirmar que o público “responde a uma mensagem dando atenção ao próximo estágio da comunicação” e que esta atenção pode ser conceitualizada dentro de um continuum. “De um lado do continuum o público presta muito pouca atenção, caracterizando uma resposta passiva ou apática. No outro lado, dá grande importância à mensagem, numa resposta ativa ou atenta” (1995, p. 7 e 8)

Parrott observa que o grau de atenção do público será diretamente proporcional ao grau de envolvimento das pessoas com o assunto veiculado. E afirma que uma comunidade envolvida, por exemplo, com problemas de câncer, dará mais atenção a mensagens sobre prevenção desta doença. “Públicos não envolvidos, por outro lado, processam informações de forma passiva, o que pode ser conceitualizado como rota periférica” (1995, p. 8)

A autora destaca simultaneamente que as formas de apresentação e os conteúdos são essenciais para despertar o interesse do público para as mensagens referentes à saúde. Ela cita, como exemplo, um panfleto publicado em 1985: “Nunca é muito cedo para prevenir o câncer de pele... e nunca é muito tarde”, patrocinado pela Skin Cancer Foundation, para observar erros mais comuns e flagrantes de comunicação na área da saúde. O panfleto se limita a descrever minuciosamente os principais sintomas do câncer de pele e a aconselhar: “Se você tem algum desses sintomas, vá ao **médico**. Agora”.

Parrott destaca que o objetivo claro do panfleto era ensinar às pessoas quais os sintomas do câncer de pele e incentivar os portadores a procurar o médico. Mas assinala que as pessoas precisariam, em primeiro lugar, obter o panfleto e depois dedicar tempo para lê-lo “e prestar atenção suficiente para entender e reter as informações nele contidas” (1995, p. 10).

A primeira barreira desse tipo de mensagem, segundo Parrott, é despertar nas pessoas o interesse de obter o panfleto, o que depende da relevância que cada um dá ao tema no momento em que toma conhecimento da publicação. A autora afirma que a dificuldade maior, no caso específico do panfleto sobre câncer de pele, foi contar com a paciência do público para ler um texto longo e repleto de palavras “pouco familiares à maioria”.

Louis e Sutton (1991) apud Parrott (1995, p. 10-12), propuseram, como “*primeira* condição para promover o processamento ativo de informação, que o conteúdo seja apresentado de forma atraente e fácil de ser entendido rapidamente”, o que não foi feito pela Skin Cancer Foundation. “Ninguém se sente confortável quando o assunto é câncer de pele, mas uma mensagem impressa deveria conter ilustrações para criar sentimentos positivos em relação às ações que estão sendo desenvolvidas” (PARROTT, 1995, p. 11). Segundo ela, fotos ou desenhos reproduzindo os sintomas de câncer de pele chamariam a atenção e motivariam as pessoas à leitura do folheto e os portadores dos sintomas a procurarem o médico.

A *segunda* condição proposta por Louis e Sutton apud Parrott (1995, p. 13-14), é de que a apresentação do conteúdo deve ser “discrepante ou inesperada”, para “acionar o pensamento ativo”, o que não acontece quando a mensagem ocorre quando e como todo mundo espera. Ou seja, o formulador da mensagem deve ter criatividade e ousadia para romper o lugar comum.

A *terceira* condição na proposta de Louis e Sutton apud Parrott (1995, p. 15-17), é “a requisição interna ou externa de atenção”. E explica que *requisições externas* são declarações públicas que explícita ou implicitamente recomendam ao público que preste mais atenção para determinada alteração física, como, por exemplo, a perda de peso. Já a *requisição externa* acontece normalmente na forma de comando: Agora ouça isso; Preste atenção no que vem a seguir; Nada deve interromper essa mensagem; Pare tudo que estiver fazendo e venha ver isso.

As *requisições internas* têm a forma de mensagens que estimulam respostas psicológicas ou fisiológicas, usam palavras precisas e bem selecionadas. Por exemplo, *atividade sexual* e *parceiros múltiplos* carregam vários sentidos. A construção da linguagem de *imediatismo verbal* traz novas idéias sobre como evitar o distanciamento da mensagem com o seu público. *Imediação verbal* é a definição do degrau de proximidade entre o comunicador e os objetos ou eventos sobre os quais está se comunicando, determinado pela escolha de pronomes, tempos verbais, referências a objetos, e o con-

texto da linguagem em uso (WIENER & MEHRABIAN apud PARROT, 1995, p. 18).

Em sua “Proposta de mensagem na área da Saúde”, Parrott (1995, p. 41) se refere com entusiasmo à Teoria Cognitiva Social, TCS – em inglês SCT (Social Cognitive Theory), que descreve o comportamento humano como “reciprocamente determinado pelos fatores pessoais internos e o ambiente em que a pessoa vive” mas que “as pessoas também mudam seus ambientes por meio do comportamento e expectativas”.

“A perspectiva cognitiva social na mudança do comportamento sobre saúde é que a mudança do comportamento individual pode ser facilitada pela modificação dos fatores pessoais e ambientais que incentivam o comportamento saudável”, afirma Parrott (1995, p. 41).

Modelo Transteórico

Com o intuito de compreender como as pessoas mudam de comportamento, foi desenvolvido o Modelo Transteórico, de Prochaska e DiClemente apud Maibach e Cotton (1995, p.41), que descreve a prontidão para a mudança como estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita. Tal modelo está baseado na premissa que a mudança comportamental é um processo, e que as pessoas têm diversos níveis de motivação, de vontade para mudar. Prochaska e DiClemente apud Maibach e Cotton (1995, p. 42), ao desenvolverem um instrumento para identificar os estágios de mudança, quando os pacientes iniciam um tratamento, chegaram a cinco estágios bem definidos, confiáveis e bem relacionados entre si: *Pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção*.

A pré-contemplação é um estágio em que não há intenção de mudança nem mesmo percepção do risco envolvendo o comportamento-problema; já a contemplação se caracteriza pela conscientização de que existe um problema, mas, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança. A preparação é o estágio no qual o indivíduo toma a decisão de mudar de comportamento, enquanto a ação se dá quando o paciente escolhe uma estratégia para a realização desta mudança e toma uma atitude neste sentido.

O estágio seguinte, a manutenção é onde se trabalha a prevenção à recaída e à consolidação dos ganhos obtidos durante a ação. Tradicionalmente, a manutenção é vista como um estágio estático, porém, dinâmico, pois se entende como a continuação do novo comportamento para a mudança que demora algum tempo para se estabelecer (JUNGERMAN & LARANJEIRA, 1999, p. 197-207). O estágio de manutenção pode e deve ser estimulado por toda a vida. Aqui o foco do trabalho é manter os ganhos do tratamento, evitando assim a recaída.

De acordo com Prochaska, DiClemente e Norcross apud Maibach e Cotton

(1995, p.42), o indivíduo não caminha nos estágios de forma linear causal (em que há causa, efeito e conseqüente alteração no comportamento dependente) como anteriormente se pensava. As mudanças de estágios são melhor representadas por uma espiral, em que as pessoas podem progredir ou regredir sem ordenação lógica.

DiClemente apud Maibach e Cotton (1995, p. 43) explana sobre as vantagens de se entender o comportamento humano a partir do *Modelo Transteórico*, por este ser um construto integrativo no tratamento de e prevenção das adições. O autor considera que o conceito de mudança neste construto teórico abarca a perspectiva de desenvolvimento e que a perspectiva de mudança ajuda a evitar explicações estáticas sobre o que parece ser um ativo processo de adição e recuperação.

4.4 Comunicação para o idoso

4.4.1 Interdisciplinaridade, gerontologia e envelhecimento

A interação entre as duas disciplinas

Muito se tem escrito sobre o processo de envelhecimento. Existem estudos antropológicos, biológicos, econômicos, filosóficos, políticos, sociais e religiosos entre outros. É preciso percorrer esses caminhos interdisciplinares para entendermos como ele está sendo avaliado e interpretado. Tendo em vista a interdisciplinaridade como possibilidade de manifestar ou correlacionar diversos tipos de conhecimentos fragmentados, existe a necessidade de caracterizar a própria natureza das disciplinas, para, então, sugerir uma ligação coerente dos conhecimentos que elas produzem. Dessa forma, a noção mais conhecida de interdisciplinaridade é a interação entre duas ou mais disciplinas para superar a fragmentação do conhecimento, implicando uma troca entre especialistas de vários campos de conhecimento, na discussão de um assunto, na resolução de um problema, com vistas à melhor compreensão da realidade (WEILL; D'AMBROSIO; CREMA, 1993).

Como área de conhecimento específico, a gerontologia, é capaz de recombinar, reconstruir, elaborar a síntese dessas disciplinas do conhecimento, incorporando-lhes aqueles elaborados em sua práxis. Não se trata de redução das ciências a um denominador único, mas à articulação de seus conteúdos, configurando um estatuto coerente e científico acerca do envelhecimento (MARTINS DE SÁ, 1999).

A interdisciplinaridade tem como característica incorporar os resultados de múltiplas especialidades, formando cada um os seus esquemas conceituais de análise, instrumentos e técnicas metodológicas de assistência, logo, de pesquisa, com uma integração profícua em relação ao idoso. Tal fator fornece a idéia de ligar a

teoria à prática gerontológica, não se tratando de conhecer por conhecer, mas de ampliar o conhecimento científico a uma cognição prática, compreendendo-a com possibilidades reais de transformação.

Para tentar trabalhar com o referencial da interdisciplinaridade (paradigma novo no Brasil), e colocá-lo em prática, criam-se algumas dificuldades, pois não é um trabalho unilateral, mas consta de diversos pensamentos de seus componentes, envolvendo a divisão de poder, de saber e de ouvir a todos. Isso inclui os idosos e, conseqüentemente, seus familiares (COSTA; FIQUEIREDO, 1998).

Uma estrutura interdisciplinar onde atuam diversos profissionais de saúde possibilita reflexões sobre a forma como se compartilham os conhecimentos para, então, se repensar a maneira pela qual se assiste o cliente idoso, evitando-se atitudes individualistas que nada favorecem o conhecimento acerca da gerontologia, bem como a assistência a essa clientela. Somente com uma tomada de consciência, de forma harmônica, mais horizontal e recíproca, podemos conduzir a esse objetivo, envolvendo o cliente idoso nesse processo (MEIRELES; ERDMANN, 1999).

Para MARTINS DE SÁ (1999), a gerontologia, ciência que compreende a interdisciplinaridade, necessita até hoje de estudos aprofundados sobre sua natureza epistemológico-ontológica. Questiona a autora: “a gerontologia pretende intervir no processo do envelhecimento de modo a provocar mudanças, ou apenas se contenta em conhecer e prever, deixando ao encargo de outras ciências a ação propriamente dita?” (1999, p. 224). Existe dificuldade em responder a essa pergunta, na medida em que a gerontologia é considerada como uma especialização, o que também ocorre com a geriatria. Não existe um curso de graduação em gerontologia/geriatria.

A teleologia da gerontologia e da geriatria encaminha-se para uma intervenção no objeto e não apenas de estudo, conforme apontam alguns conceitos. Carvalho ressalta que

a gerontologia estuda o idoso do ponto de vista científico, em todos os seus aspectos físicos, biológicos, psíquicos e sociais, sendo responsável pelo atendimento global do paciente. Assim, a geriatria, que se ocupa do aspecto médico do idoso e pode ser considerada como parte da gerontologia (1984, p. 28)

Para Donfut (1979, p. 12), “gerontologia é o conjunto das disciplinas que intervêm no mesmo campo, o campo da velhice”. Para Reboul, “a gerontologia é a ciência que estuda o envelhecimento; a geriatria é a ciência médica que cuida das pessoas idosa; a primeira noção é médica e social, a segunda é unicamente médica e se aplica ao domínio da patologia” (1981, p. 3). Nota-se que não existe um consenso quanto às definições.

Quando buscamos a dimensão histórico-social dessa ciência originária do

século XX com desenvolvimento crescente no pós-guerra, verificamos de maneira mais clara sua finalidade, voltada para o alcance da longevidade e da qualidade de vida no período denominado velhice. Essa qualidade se traduz em melhores condições de vida do idoso, do ponto de vista físico, psicológico, social e cultural.

O surgimento da gerontologia está associado à solicitação de conhecimentos a serviço da aplicação em campos inéditos de problemas, ligando-se a questões sociais tais como (DONFUT, 1979, p. 226):

- o aumento da expectativa de vida, fruto do progresso na luta contra a mortalidade dos últimos séculos e um aumento no número de pessoas que chegam à velhice, o que acarreta sérias implicações na dinâmica demográfica, nas políticas sociais de saúde, previdência e assistência social;
- modo de produção econômica e de produção social – a expectativa de vida difere de acordo com o grau de desenvolvimento de um país, as categorias sócio-profissionais e as classes no interior de uma mesma sociedade. A questão das desigualdades sociais é um desafio para a gerontologia;
- exercício pleno da cidadania em qualquer fase da vida e em qualquer circunstância, de modo a permitir uma participação ampla e responsável e a luta permanente pela conquista e conservação dos direitos fundamentais.

O caráter interventivo da gerontologia e da geriatria, suscitado por sua finalidade mesma, as aproxima das “ciências tecnológicas”. A gerontologia, em sua constituição, incorpora subsídios científicos e técnicos de outros ramos que lhe são afins, transcendendo-os. Nisto reside sua maior riqueza: ao mesmo tempo em que se coloca como especialização, ela ultrapassa, de imediato, as características da atomização e da unilateralidade. Só podendo explicar seu objeto – o velho e o processo de envelhecimento – em sua integridade, a gerontologia desenvolve um trabalho interdisciplinar em sua própria gênese e no fundamento da produção do saber e da própria ação interventiva.

O processo de estruturação científica da gerontologia não se dá pela incorporação mecânica das teorias, mas por um processo de construção, pela criação contínua de estruturas sempre novas, resultante de um processo de cooperação entre os conteúdos vivos, de modo a configurar uma nova totalidade. Esse espaço passa a ser qualitativamente diferente, formando um conjunto coerente e autônomo, criando nova totalidade, ainda que parcial e dinâmica. Essa interdisciplinaridade constitutiva e emergente que permite o deslocamento, a transposição de um sistema construído para outro, não se dá apenas de fora para dentro, existindo uma relação de mão dupla que faz jus ao “inter”. Assim, aqueles que entram em sua constituição também se enriquecem com ela.

Se os conteúdos ideais e experimentais de que trata a gerontologia, encerram possibilidades de combinação e de transformação, para que estas sejam atingidas

são necessárias a formalização e a estruturalidade como condições indispensáveis. Na gerontologia, encontramos uma pluralidade de linguagens que se tangenciam: linguagem científica advinda das ciências sociais afins, linguagem filosófica, cultural e gerontológica propriamente dita, cujas significações deslizam de uma a outra e vão construindo uma outra linguagem qualitativamente nova, por meio do processo de decodificação/recodificação, processo esse realimentado pela práxis. A linguagem da gerontologia é, pois, específica, na medida em que seus elementos constitutivos apresentam uma unidade própria das relações que mantêm entre si.

Do ponto de vista teórico-metodológico, a interdisciplinaridade imanente à gerontologia não permite um modelo clássico de cânone da ciência, não possuindo, portanto, uma metodologia prévia, reguladora da investigação ou da ação na área de gerontologia. A ênfase recai não em etapas precisamente programadas, mas no processo. A metodologia torna-se, pois, associada ao processo e à inter-relação. Trata-se de uma metodologia constituinte e não constitutiva.

A organicidade presente nessa perspectiva caracteriza-se por uma contínua troca de conhecimentos, por um movimento constante, por uma estabilidade dinâmica. Além disso, o modelo de auto-organização permite uma estreita relação entre a práxis científica e a práxis social. Não havendo uma fundação metodológica a priori ou a posteriori, é possível que se coloque em questão cada método, sem que o empreendimento científico fique, por princípio, impossibilitado. Dessa forma, permite-se o desenvolvimento de várias abordagens teóricas que vão privilegiando as várias dimensões e os vários aspectos de um objeto que se abre como leque.

A Gerontologia e as pesquisas sobre o envelhecimento

Devido às divergências sobre o processo de envelhecimento, após os anos 60 proliferam as pesquisas nos Estados Unidos. A maioria dos estudos, até aquela data, procurava apontar para o que era comum na experiência de envelhecimento nas sociedades industrializadas. A hipótese de que a velhice homogeneizava as experiências vividas ou de que os problemas enfrentados pelos idosos são tão prementes e semelhantes que minimizariam as diferenças em termos de etnicidade, classe ou raça constitui a gerontologia como campo de estudos.

Burguess (1960) define a velhice nas sociedades industrializadas a partir da idéia de *roleless role* – a sociedade moderna não prevê papel ou atividade específica para os velhos, abandonando-os a uma existência sem significado. Nessa linha, Barron (1961) considera os velhos uma minoria desprivilegiada nas sociedades industrializadas. Baixa renda e baixo *status* seriam o destino inevitável daqueles que atingem os 60 anos e, nesse sentido, são uma minoria como qualquer outra. Para Rose (1962), os velhos formam uma subcultura, com um estilo próprio de vida que se sobrepõe às diferenças de ocupação, sexo, religião e identidade étnica.

Na concepção de Simmons (1945), os trabalhos antropológicos sobre a velhice, no período reafirmam essas considerações, corroborando a idéia de que o *status* social dos idosos nas sociedades tradicionais era mais alto e prestigiado do que nas sociedades modernas. Até o final dos anos 60, duas grandes teorias dominam os enfoques no campo da gerontologia social: a da atividade (CAVAN, 1965) e a do desengajamento (CUMMING; HENRY, 1961). Em ambas, a velhice representa um momento de perda de papéis sociais e é necessário compreender como os idosos se ajustam à sua nova situação. Para a teoria da atividade, é mais feliz o idoso que realiza atividades compensatórias, mantendo-se, portanto, ativo. Já para a teoria do desengajamento, a melhor opção está no desengajamento voluntário das atividades. Ambas as posições podem ser criticadas: a primeira por negar, no limite, a própria idéia de velhice, e a segunda por sustentar o estereótipo da velhice como um período de doença, retração, dependência e passividade.

A produção antropológica da década de 70 revê a idéia de que os velhos, nas sociedades primitivas, gozavam de posição privilegiada.

A complexidade de formas que a experiência de envelhecimento assume nas sociedades ocidentais leva a problemas na definição da velhice, tais como a necessidade de revisão da associação entre o fim de trabalho e a entrada na velhice e a redefinição dos diferentes estágios da vida.

Alguns autores consideram que o debate em torno dessas teorias não ocupa mais o interior da gerontologia. Entretanto, o que marca a contenda atual ainda são dois modelos de pensar o envelhecimento. No primeiro deles, trata-se de construir um quadro apontando a situação de pauperização a que o velho é relegado, recaindo sobre a família o peso dessa situação. Debert (1999, p. 41-68) diz que esse modelo é criticado por alimentar os estereótipos da velhice, como um retraimento em face da pobreza e da doença, situação de dependência e passividade que legitima as políticas públicas, baseadas na visão do idoso como um ser doente, isolado, abandonado pela família e pelo Estado. No segundo, trata-se de apresentar os idosos como seres ativos, capazes de dar respostas originais aos desafios que enfrentam em seu cotidiano, redefinindo sua experiência de forma a se contrapor aos estereótipos ligados à velhice. Levado ao extremo, esse modelo rejeita a própria idéia de velhice ao considerar que não é um marcador pertinente na definição das experiências vividas. A tendência, no limite, é concluir que as intervenções públicas, ao reiterarem o recorte etário da população e o fato de a palavra velho se associar aos *status* de uma pessoa, não têm reflexos nas experiências individuais. Este segundo modelo faz coro com os discursos interessados em transformar o envelhecimento em um novo mercado de consumo, prometendo que a velhice pode ser eternamente adiada a partir da adoção de estilos de vida e formas de

consumo adequadas.

As pesquisas a partir dos anos 70 alimentam essas duas vertentes e destacam a revisão que elas fizeram em três pressupostos sobre o envelhecimento que vigoravam até então: 1) a idéia de que nas sociedades pré-industriais os velhos eram membros ativos e valorizados de uma família extensa; 2) a noção de que é crucial para o bem-estar na velhice uma interação intensa com a família e 3) a suposta homogeneidade de envelhecimento diante das diferenças de classe e etnicidade.

A produção acadêmica nos anos 70 buscou olhar com mais sutileza para as transformações ocorridas na velhice e no processo de envelhecimento ao longo do século XX. Segundo Guillemard (1986), podem-se estabelecer três grandes conjuntos de transformações, entre 1945 e os dias atuais. No primeiro período – de 1945 a 1960 –, a velhice é associada, basicamente, à situação de pobreza; no segundo período – de 1959 a 1967 –, há uma mudança de sensibilidade em relação à velhice, que passa a ser associada à idéia de solidão e marginalidade, ao passo que no terceiro período, a velhice é vista como o momento em que o trabalho é ilegítimo. Ariès (1983), mais preocupado com a forma como a velhice é vivida pelo idoso, indica três mudanças radicais no período que vai do final do século XIX até os dias atuais. Considera que, para a geração nascida em meados do século XIX, a velhice era vivida como uma etapa de mudanças radicais. O tipo de roupa e adornos usados, a postura em público uniformizavam de tal forma os indivíduos que era difícil precisar a idade das pessoas a partir de uma determinada faixa etária, que para as mulheres começava entre os 40 e 50 anos e para os homens entre os 50 e 60 anos.

Os nascidos nas duas últimas décadas daquele século são vistos como sendo da geração do progresso. O carro, o elevador e as comodidades da vida moderna permitiam que todas as atividades fossem mantidas. Não havia nenhuma razão para a aposentadoria, para o abandono das posições de prestígio e poder ocupadas ao longo da idade adulta.

A terceira geração, nascida de 1910 a 1920, já vê com satisfação a aposentadoria ou pelo menos não luta contra ela, mesmo que sinta nessa situação uma série de inquietações; é a geração que aproveita a terceira idade. Segundo o autor, nesse momento se desenvolvem um mercado voltado para a terceira idade e a formação de profissionais especialistas nesse campo. Atividades de lazer especificamente aos idosos – que envolvem desde turismo até universidade para a terceira idade – surgem como formas de colocar em circulação o dinheiro dos velhos e constituir guetos, intensificando sua segregação.

A produção antropológica desse período de 70 revê a idéia de que os velhos, nas sociedades primitivas, gozavam de uma posição privilegiada e de que os

processos de mudança representam necessariamente perda de prestígio para os idosos. A complexidade de formas que a experiência de envelhecimento assume nas sociedades ocidentais leva a problemas na definição da velhice, tais como a necessidade de revisão da associação entre o fim de trabalho, a entrada na velhice e a redefinição dos diferentes estágios da vida.

As pesquisas, desenvolvidas no final dos anos 60 sobre a relação entre os idosos e seus familiares mostram que os estereótipos de isolamento e abandono não expressam a condição de totalidade dos idosos. Alguns estudos sugerem que a tendência de os idosos morarem sós não significa necessariamente uma situação de abandono; em outra direção, busca-se dissolver a idéia de que o bem-estar na velhice estaria ligado à intensidade das relações familiares ou ao convívio intergeracional. Keith (1980) mostra que esses trabalhos redirecionam a reflexão sobre a velhice em dois sentidos: a revisão da idéia do idoso como sujeito passivo de um conjunto de mudanças sociais, destacando seu papel ativo como criador de mudanças, fazendo novos arranjos sociais como resposta às mudanças sociais mais amplas; e a comparação entre as alternativas criadas pelos idosos com outros grupos que também buscam respostas inovadoras aos desafios contemporâneos. Entretanto, é importante notar que outros trabalhos enfatizam que as relações familiares ainda são fundamentais na assistência ao idoso e nas expectativas quanto ao processo de envelhecimento.

A dificuldade central dos trabalhos que procuram avaliar o bem-estar na velhice está, sem dúvida, na ausência de medidores eficazes e definitivos. Ainda assim, a velhice é retratada de maneira diversa de acordo com o tipo de interação focalizada. Pensar a relação entre o idoso e a família é fazer um retrato trágico ou minimizar as transformações nas relações familiares, ao passo que pensar na interação entre idosos é conceber um conjunto de mudanças e uma criatividade grupal capazes de diminuir e mesmo negar os prejuízos decorrentes do avanço da idade.

As minorias e a pobreza

O final dos anos 60 é marcado ainda pela preocupação com problemas relativos às minorias e à pobreza. Nas pesquisas quantitativas, quando a etnicidade está referida à situação das minorias, tende-se a mostrar que os idosos pertencentes às minorias estão em situação de dupla vulnerabilidade. Já quando a ênfase é dada à dimensão cultural da etnicidade, costuma-se mostrar que os idosos como membros de minorias estão em situação vantajosa quando se mede o nível de satisfação e de interação social. Várias críticas são feitas às duas tendências, o que mostra um reconhecimento da importância de pesquisas qualitativas de cunho antropológico. Mesmo esses trabalhos antropológicos, em seu conjunto, reafirmam o processo de dissolução da velhice próprio da produção acadêmica posterior aos anos 60.

Essa dissolução da velhice como processo homogêneo leva a dois tipos de reações antagônicas: por um lado, a idéia de que a velhice é um problema enquanto tal, capaz de sobrepor-se a diferenças socioeconômicas e étnicas, propondo novos recortes em estágios de envelhecimento; a outra, radicalmente oposta, leva ao limite a idéia de que a idade cronológica não é um marcador significativo na vida dos indivíduos. Thompson et al. (1991) entendem que não é o avanço da idade que marca as etapas mais significativas da vida, sendo a velhice, antes de tudo, um processo contínuo de reconstrução. Os autores defendem medidas preventivas, capazes de encorajar os recursos individuais e atingir a população de meia-idade, como a educação de adultos, os programas de saúde ocupacional, as facilidades para as atividades especializadas como dança e jogos, e universidades para a terceira idade que hoje só congregam os mais velhos. A imagem de uma sociedade em que a velhice deixa de ser um problema está em compasso com os trabalhos sobre outros grupos etários, que tendem a mostrar as idades já não tão definidoras das formas de controle social.

4.4.2 Especificidades da comunicação para os idosos

Envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Tais alterações são naturais e gradativas. É importante salientar que essas transformações são gerais, podendo se verificar em idade mais precoce e mais avançada e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente, com o modo de vida de cada um. A alimentação adequada, a prática de exercícios físicos, a exposição moderada ao sol, a estimulação mental, o controle do estresse, o apoio psicológico, atitude positiva perante a vida e o envelhecimento são alguns fatores que podem retardar os efeitos da passagem do tempo.

Do ponto de vista físico, as principais mudanças do adulto jovem para o velho são as seguintes: (ZIMERMAN, 2000, p. 21-22)

- as bochechas se enrugam e embolsam;
- aparecem manchas escuras na pele (manchas senis);
- a produção de células novas diminui, a pele perde o tônus, tornando-se flácida;
- podem surgir verrugas;
- o nariz alarga-se;
- os olhos ficam mais úmidos;
- há aumento na quantidade de pêlos nas orelhas e no nariz;
- os ombros ficam mais arredondados;
- as veias destacam-se sob a pele dos membros e enfraquecem;
- encurvamento postural devido a modificações na coluna vertebral;
- diminuição da estatura pelo desgaste das vértebras.

Modificações internas

- os ossos endurecem;
- os órgãos internos atrofiam-se, reduzindo seu funcionamento;
- o cérebro perde neurônios e atrofia-se, tornando-se menos eficiente;
- o metabolismo fica mais lento;

- a digestão é mais difícil;
- a insônia aumenta, assim como a fadiga durante o dia;
- a visão de perto piora devido à falta de flexibilidade do cristalino; a perda de transparência (catarata), se não operada pode provocar cegueira;
- as células responsáveis pela propagação dos sons no ouvido interno e pela estimulação dos nervos auditivos degeneram-se;
- o endurecimento das artérias e seu entupimento provocam arteriosclerose;
- o olfato e o paladar diminuem.

Com o passar dos anos, o desgaste do organismo é inevitável. A velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças.

Aspectos sociais

O envelhecimento social da população traz modificações no *status* do velho e no relacionamento dele com outras pessoas em função de: (ZIMERMAN, 2000, p. 24)

- a) Crise de identidade, provocada pela falta de papel social, o que levará o velho a uma perda de sua auto-estima;
- b) Mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade. Com o aumento de seu tempo de vida, ele deverá se adequar a novos papéis;
- c) Aposentadoria, já que hoje, ao aposentar-se, ainda restam à maioria das pessoas muitos anos de vida; portanto, elas devem estar preparadas para não acabarem isoladas, deprimidas e sem rumo;
- d) Perdas diversas, que vão da condição econômica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia;
- e) Diminuição dos contatos sociais, que se tornam reduzidos em função de suas possibilidades, distâncias, vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras e a realidade da violência nas ruas.

É necessário a realização de um trabalho para que sejam ajustadas suas relações sociais, bem como com filhos, netos, colegas, amigos, assim como para que sejam criados novos relacionamentos, já que muitos acabaram, e a aprendizagem de um novo estilo de vida para que as perdas sejam minimizadas.

Aspectos psicológicos

Além das alterações no corpo, o envelhecimento traz ao ser humano uma série de mudanças psicológicas, que pode resultar em (ZIMERMAN, 2000, p. 25):

- dificuldade de se adaptar a novos papéis;
- falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro;
- necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais;
- dificuldades de se adaptar às mudanças rápidas, que têm reflexos dramáticos nos velhos;
- alterações psíquicas que exigem tratamento;
- depressão, hipocondria, somatização, paranóia, suicídios;
- baixas auto-imagem e auto-estima.

A experiência mostra que, assim como as características físicas do envelhecimento, as de caráter psicológico também estão relacionadas com a hereditariedade, com a história e com a atitude de cada indivíduo. As pessoas mais saudáveis e otimistas têm condições de se adaptarem às transformações trazidas pelo envelhecimento. Elas estão mais propensas a verem a velhice como um tempo de experiência acumulada, de maturidade, de liberdade para assumirem novas ocupações e até mesmo de liberação de certas responsabilidades.

O envelhecimento dos sistemas sensoriais

Como nosso objeto de estudo enfoca a comunicação pública na área da saúde, centralizada no idoso, é necessário estudar como é o sistema sensorial do idoso, para entender possíveis interferências no processo de leitura que o idoso faz, seja dos veículos de comunicação de massa escritos ou eletrônicos. Entretanto verificaremos apenas os relacionados à visão e à audição.

Os sentidos são o meio que o cérebro tem de entrar em contato com o ambiente circundante e, correspondentemente, qualquer declínio sensorial influencia diretamente o funcionamento da mente. Declínios perceptivos relacionados à idade privam o cérebro de uma experiência plena do mundo, mas não seria realista imaginar que tal perda começa na velhice. Como muitos aspectos do declínio relacionados à idade, as mudanças geralmente começam na idade adulta jovem.

A visão

Uma queixa freqüente das pessoas mais velhas é que sua visão “não é mais o que costumava ser”. Isso normalmente é verdade: além dos problemas relativamente simples de dificuldade visual para longe e para perto, cerca de um terço das pessoas acima de 65 anos tem alguma doença que afeta a visão (Quillan, 1999, p. 99-108). Um problema comum é o declínio da **acomodação** (a capacidade de focar diferentes distâncias) que leva à **presbiopia** (“visão de velho” – “presbi” significa “velho”), caracterizada pela dificuldade de enxergar de perto. Isso provavelmente se deve ao envelhecimento do cristalino, que perde um pouco sua elasticidade e, portanto, do poder focalizador. A deficiência visual mais séria da maioria das pessoas é a perda da **acuidade** (variadamente definida como “a capacidade de enxergar os objetos claramente à distância” ou “a capacidade de focar detalhes”). Bromley (1988) estima que cerca de 75% dos adultos mais velhos precisam de óculos e que muitos não terão uma visão total mesmo com essa ajuda. Corso (1981) apud Stuart-Hamilton (2002, p. 27) em sua revisão da literatura, observa acentuado declínio na acuidade com a idade, embora comente que o problema poderia ser parcialmente amenizado com maior contraste na luminosidade das apresentações visuais (por exemplo, preto sobre branco em vez de preto sobre cinza).

Além da acuidade, praticamente todos os outros aspectos da visão pioram na velhice. Por exemplo, o liminar da visão (a luz mais fraquinha que se consegue enxergar) aumenta com a idade. Outra consideração importante é a mudança de percepção das cores: os adultos mais velhos percebem o mundo como sendo mais amarelo. As cores nas extremidades amarelas do espectro (vermelho, laranja e amarelo) são identificadas razoavelmente bem, mas fica difícil discriminar as verdes, azuis e roxos - observem que esse problema não costuma se manifestar antes do 80 anos (STUART-HAMILTON, 2002, p. 28). Os adultos mais velhos também são mais lentos para processar os estímulos visuais e precisam enxergá-los por mais tempo, antes de identificá-los com precisão.

A audição

A audição diminui gradualmente durante a vida adulta, de modo que, por volta dos 50 anos, muitas pessoas já têm prejuízo auditivo em algumas circunstâncias – não escutam sons baixos, por exemplo (BROMLEY, 1988). Para alguns, o grau de perda auditiva pode ser profundo e constituir uma séria deficiência. Stevens (1982) estima que 1,6% das pessoas entre 20-30 anos têm sérias dificuldades auditivas, comparadas aos 32% dos indivíduos entre 70-80 anos. Este número sobe para mais de 50% acima de dos 80 anos (HERBST, 1982). O ritmo da perda auditiva pode ser exacerbado em condições ambientais, como por exemplo, uma dieta pobre de vitamina B12 pode ter um efeito significativo (HOUSTON et al, 1999, apud STUART-HAMILTON, 2002 p. 29). É impossível aduzir quanto da perda auditiva se deve ao envelhecimento em si e quanto se deve ao ambiente.

O tipo mais comum de perda auditiva nas pessoas idosas é conhecida como **presbiacusia**. Essa condição pode ocorrer de várias formas, mas todas têm em comum uma perda proporcionalmente maior na percepção de sons de alta frequência do que na baixa frequência. A presbiacusia é claramente incapacitante para o seu portador. No melhor dos casos, o mundo auditivo se torna abafado; no pior, ele é doloroso (STUART-HAMILTON, 2002 p. 30).

Sejam quais forem as causas, a presbiacusia é um problema sério.

Por exemplo, a localização do som fica prejudicada. E a perda da capacidade de escutar sons agudos logicamente faz com que o mundo soe “abafado”, e isso tem conseqüências sérias. Os sons da fala são compostos por frequências altas e baixas, mas normalmente são os componentes de alta frequência os cruciais para podermos distinguir uns dos outros (isso se aplica especialmente às consoantes). Assim, a presbiacusia torna a compreensão da fala (especialmente as conversas) muito difícil (STUART-HAMILTON, 2002, p. 30-31).

Em vista disso, podemos perceber que as informações do ambiente circundante que atingem o cérebro têm alcance mais limitado, são menos detalhadas e, dada a lentidão geral do sistema nervoso, levam mais tempo para chegar.

Isso não é um bom presságio para o envelhecimento do intelecto (veja Lindenberger e Baltes, 1994), nem para a personalidade, se a auto-imagem for atingida.

As diversas leituras

Como nosso objeto de estudo é um folheto, o que *a priori* pressupõe a leitura do mesmo, vamos abordar a questão do envelhecimento e tipos de leitura. Uma vez que a leitura é atividade sedentária, muitas vezes se imagina que as pessoas mais velhas passam mais tempo lendo do que as mais jovens. As pessoas, geralmente, não lêem mais depois de se aposentar, quando poderiam fazer isso por terem mais tempo livre. Os adultos mais velhos que lêem muito foram quase invariavelmente leitores vorazes quando jovens.

Algumas soluções para as limitações fisiológicas

Uma solução para o problema da piora da visão é que a comunicação visual destinada ao idoso seja impressa com caracteres maiores (para os que entendem a terminologia técnica, fonte 18). Devemos observar que muitas pessoas mais velhas não estão cientes de terem problemas de visão. Holland e Rabbitt (1989) apud Stuart-Hamilton (2002, p. 109) afirma que todos os sujeitos com mais de 50 anos fizeram avaliações subjetivas quase idênticas de sua visão, embora, na realidade, houvesse nítida deterioração nos sujeitos mais velhos. Porém, um declínio nas capacidades percentuais não significa apenas que as pessoas mais velhas precisam de letras maiores e/ou aparelhos auditivos. Uma perda sensorial pode afetar diretamente a eficiência com que a informação é processada.

O processo de leitura tem dois componentes importantes: a percepção e o processamento (significação) daquilo que é percebido. A percepção é dependente diretamente dos sentidos (visão, olfato, tato, paladar, audição), ou seja, se os órgãos dos sentidos estiverem prejudicados, a percepção também estará. O processamento/significação depende da capacidade de pensamento, raciocínio, memória e estará prejudicado se estas funções também estiverem prejudicadas. No idoso, as duas coisas podem acontecer, isoladamente (uma ou outra) ou simultaneamente.

CAPÍTULO III

A Metodologia

5. Procedimentos metodológicos: procedimento de análise da cartilha *Viver mais e melhor. Guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida.*

5.1 Análise de conteúdo

A nossa análise incide unicamente sobre a cartilha. Este *corpus* parece suficientemente significativo de um tipo de discurso público na área da saúde, tanto ao nível dos conteúdos temáticos, como das características formais.

A análise da cartilha foi das seguintes unidades: capas e contracapas, mensagem do então Ministro José Serra, índice e dos seis capítulos, segundo metodologia proposta por Bardin (2004, p. 69-84).

Procedimento

Foi feita uma *primeira leitura*, conceituada por Bardin (2004, p. 69) como “flutuante – leitura intuitiva, muita aberta às idéias, reflexões, hipóteses, numa espécie de *brain-storming* individual - quer seja parcialmente organizada, sistematizada, com o auxílio de procedimentos de descoberta”. Essa leitura nos permitiu situar um número de observações formuláveis, a título de hipóteses provisórias, conforme recomendação de Bardin (2004, p. 69) em suas colocações sobre metodologia de trabalho para análise de conteúdo de textos, quais sejam:

Hipóteses provisórias

- a) “A cartilha difunde um sistema de valores, crenças e hábitos que correspondem à ideologia e ao modo de vida de uma elite”;
- b) “A cartilha funciona para o leitor como um sistema prescritivo para melhorar sua saúde e qualidade de vida”;
- c) “A consagração de uma ideologia da prevenção, onde tudo se organiza em redor da moderação e do autocontrole. É agir prudentemente com relação a hábitos que melhorem a saúde e a qualidade de vida”.

Proposto esse corpo de hipóteses, em decorrência da leitura atenta e crítica nos servimos então da análise temática – isto é, escolhemos no discurso da cartilha, as “unidades de registro”. A unidade de registro da cartilha, como assegura Bardin (2004, p. 104) é a unidade de significação e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial. Para análise do conteúdo da cartilha recortamos as frases, de todos os títulos e textos que fazem parte da cartilha, levando em consideração os verbos, quaisquer que fossem. Com isso tentamos a validade das três hipóteses.

Por enumeração temática é possível apreender, num texto, o levantamento dos comportamentos aconselhados ou desaconselhados, que o idoso deve acatar ou afastar de modo a viver melhor, *melhorar sua saúde e qualidade de vida*, contexto ao qual o título da cartilha nos remete.

Após o recorte das frases, elas foram selecionadas por temas. Segundo Bardin (2004, p. 105) tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações isoláveis.

Assim o tema é “uma unidade de significação complexa, de comprimento variável; a sua validade não é de ordem lingüística, mas antes de ordem psicológica: podem constituir um tema, tanto uma afirmação como uma alusão; inversamente, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações (ou proposições).

Esse método nos possibilitou descobrir os núcleos de significado que compõe a comunicação da cartilha, levando-se em consideração a frequência das unidades temáticas.

Foram selecionadas 419 frases que, para serem analisadas, foram divididas como segue:

- a) Capas e contracapas: seis frases
- b) Mensagem do então Ministro José Serra: 18 frases
- c) Índice: cinco frases
- c) Capítulo 1: 81 frases
- d) Capítulo 2: 50 frases
- e) Capítulo 3: 55 frases
- f) Capítulo 4: 53 frases
- g) Capítulo 5: 98 frases
- h) Capítulo 6: 53 frases

O índice da cartilha é um indicativo dos temas considerados fundamentais pelos autores: alimento, remédio, vacinas, doenças mais comuns, quedas, exercícios físicos e os direitos legais. Dentro dessas temáticas criamos categorias que abarcassem a idéia geral do assunto. Assim elegemos as seguintes categorias: *autonomia, direito legal, informação, prescrição, prevenção, qualidade de vida e saúde*.

As categorias *prescrição* e *prevenção* foram subdivididas em cinco sub-categorias: *alimentação, atividade física, higiene, queda e promoção de saúde*.

A categoria *qualidade de vida* foi subdividida em quatro sub-categorias: *alimentação, atividade física, bem-estar e promoção de saúde*.

A categoria *saúde* foi subdividida em quatro sub-categorias: *alimentação, atividade física, promoção de saúde e queda*.

Não tiveram subcategorias as classes *autonomia, direito legal e informação*.

A análise do conteúdo foi a do tipo classificatório (BARDIN, 2004, p. 117-118). Utilizamos todos os verbos presentes na cartilha, num total de 419, e os segmentamos por categorias semânticas, a saber, *autonomia, direito legal, informação, prescrição, prevenção, qualidade de vida, e saúde*.

Os conceitos das categorias

Autonomia

Segundo Pachol (1996, p. 313-323) autonomia é o estado capaz de estabelecer e seguir regras.

Direito

Direito é o “conjunto de condições pelas quais o arbítrio de um pode conciliar-se com o arbítrio do outro, segundo uma lei geral de liberdade” (KANT, 1954, p. 80). Como se percebe, há três palavras-chave na asserção: *conjunto de condições, arbítrio e liberdade*. Segundo este autor, liberdade é a posse de um arbítrio próprio independente do de outrem, é o exercício externo desse arbítrio: arbítrio é o *querer*²¹ consciente de que uma ação pode produzir algo; conjunto de condições ou obrigações jurídicas (aqui Kant revisita Ulpiano) implica ser honesto, não causar lesão/dano a ninguém e entrar em estado onde se asseque, frente a todos, aquilo que cada um possua.

Informação

Nessa pesquisa usamos *informar* com os seguintes significados: (latim *informare*), dar informe ou parecer sobre, dar conhecimento ou notícias, contar, participar; e *informação* será: (latim *infomatione*) ato ou efeito de informar, transmissão de notícias, comunicação, transmissão de conhecimento. Michaelis, (1998, p. 1154).

Prescrição

As palavras *prescrição* e *receita*, como uma espécie de ordem dada pelo médico, mostram bem a ausência daquela liberdade que caracteriza todo comprador.

²¹ Este querer é o da determinação radical e primeira que põe em ação mecanismos e atividades humanas (imaginação, vontade etc). Cf. RECASÉNS SICHES, Luis. Tratado general de filosofía del derecho. 4ª ed. México: Editorial Porrúa, 1970, p. 75.

François Dagognet mostrou como a palavra francesa *ordonnance* [receita] remete a ordem e ordenar, isto é, a termos jurídicos:

Ela significa a promulgação de decisões que têm força de lei. A autoridade se exerce através dela, por ela. Paralelamente, a prescrição detalha o que é preciso fazer: o que é preciso fazer: o que é prescrito é fixado, quase imposto. *Praescribere* traduz-se por: o que está escrito no alto, o que é posto à frente, o prioritário. A instrução. *Praescripta dare* significa dar ordens; *prascripta servare*, executa-las. (DAGOGNET apud PIGNARE, 1999. p.103.)

Prevenção

Leavell e Clark (apud LESER, 2000, p. 10) propuseram a classificação em três fases:

- 1) prevenção primária: medidas aplicáveis no período pré-patogênico;
- 2) prevenção secundária: medidas aplicáveis no período patogênico, antes que se estabeleça defeito;
- 3) prevenção terciária: medidas aplicáveis no período patogênico, depois de instalada a seqüela.

A terceira dessas fases inclui todas as medidas de reabilitação física e social. No caso das duas primeiras, os autores citados consideraram conveniente distinguir níveis de aplicação, segundo a natureza e os objetivos das medidas que as integram.

Assim, na fase de prevenção primária, temos, de um lado, medidas que visam a melhorar o grau de saúde do homem, aproximando-o do ótimo ideal descrito na definição da Organização Mundial de Saúde, OMS. Essas medidas não têm como objetivo a prevenção de uma doença ou de um grupo de doenças em particular; elas constituem o *primeiro nível de prevenção* designado por *promoção da saúde*.

De outro lado, ainda na fase primária, são aplicáveis medidas que têm como objetivo a prevenção, especificamente, de uma doença ou de um grupo de doenças. Estas medidas são as que correspondem, mais estritamente, ao conceito restrito de prevenção; seu número e sua eficiência vêm crescendo continuamente, com a identificação de novos agentes de doenças, animados ou inanimados, e a descoberta de meios para enfrentá-los antes de exercido o estímulo-doença. Elas integram o *segundo nível de prevenção* com a designação de *proteção específica*. É fácil verificar que, em certos casos, uma mesma medida pode, além de desempenhar um papel na proteção específica, contribuir para a promoção da saúde; o mais frisante exemplo é dado pelo abastecimento de água pura.

Ultrapassado o período pré-patogênico, as medidas da fase de prevenção secundária podem ser aplicáveis em **dois níveis**:

o terceiro nível de prevenção que inclui medidas visando ao *diagnóstico e tratamento precoces*,

o quarto nível de prevenção, que inclui as medidas, entre as quais se destaca ainda

o tratamento, aplicáveis depois que a doença já alcançou estágios mais avançados, visando à *limitação da incapacidade*.

Qualidade de vida

Esse termo está referido no quadro teórico.

Saúde

O conceito biomédico “saúde é o completo...” difundido pela Organização Mundial de Saúde, está em crise. Generalizou-se um novo paradigma que considera a saúde como um “conceito holístico positivo que integra todas as características do bem-estar humano e concilia dois aspectos fundamentais: a satisfação das chamadas “necessidades básicas” e o direito a outras “aspirações” que todo o ser humano e grupo desejam possuir: quer dizer que além de ter onde viver, ter o que comer, ter onde se cuidar quando enfermo e contar com trabalho remunerado, também (o indivíduo) necessita ter acesso a outros componentes da saúde tais como: direitos humanos, paz, justiça, opções de vida digna e qualidade de vida; à possibilidade de criar, de inovar, de sentir prazer; ter acesso à arte e cultura e finalmente, chegar a uma velhice sem incapacidades e com plena capacidade para continuar desfrutando da vida até que o seu ciclo vital termine.” (RESTREPO, 2001. p. 24)

Conceitos das subcategorias utilizadas

Promoção de saúde

Na I Conferência Internacional sobre promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, a questão relativa à promoção da saúde surgiu como um paradigma alternativo aos problemas de saúde dos países. Ela é conceituada assim:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhora da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle do processo. Para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável na direção de um bem-estar global. (Ministério da Saúde / IEC, 1996, p.6) (LOPES, 2000, p. 33)

O conceito de *bem-estar* está inserido no de saúde. Veja definição de saúde.

Promoção de saúde

A Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde - Iª Conferência Internacional

sobre Promoção da Saúde - Canadá - 1986 - define a Promoção de Saúde “como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2002, p. 19), inserindo-se dessa forma no grupo de conceitos mais amplos, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde.

Alimentação é o conjunto de substâncias de que um indivíduo costuma alimentar-se. E alimento é toda substância que, introduzida no organismo, serve para nutrição dos tecidos e para produção de calor.

Atividade física. Decompomos o termo para melhor compreensão.

Atividade é a qualidade de ativo. 2. Faculdade de poder atuar: 3. Vivacidade e energia na ação; presteza, prontidão. 4. Ocupação a que se dedica uma pessoa.

Física ou *corpo* é a estrutura física do homem ou do animal.

Higiene é a parte da medicina que estuda os diversos meios de conservar e promover a saúde, asseio.

Para complementar a análise *temática*, foi feita a análise *lexical e sintática* da cartilha. Para o estudo do código da cartilha convencionamos listar, nas unidades analisadas, os vocábulos utilizados pelo Ministério da Saúde. Elegemos as *palavras plenas* (BARDIN, 2004, p. 78), isto é, palavras portadoras de sentido, que podem ser substantivos, adjetivos e verbos e *palavras-instrumento*, isto é, palavras funcionais de ligação: artigos, preposições, pronomes, advérbios, conjunções, etc.

Estudamos também o *modo (ou tempo) dos verbos* que aparecem no texto por ordenação freqüencial.

5.2 Análise do projeto gráfico

5.2.1 Análise do projeto gráfico da cartilha *Viver mais e melhor*

A análise do projeto gráfico foi baseada nas considerações teóricas apresentadas a seguir.

O desenho gráfico

A palavra design pode ser definida como concepção de um projeto ou produto de um planejamento Carnicel (2004, p. 2). É uma palavra ambígua. No século XVIII, na Inglaterra, o termo significava “plano de uma obra de arte”. Na origem latina significa simultaneamente “a idéia de desenho e desígnio e implica o conceito de

um objeto em vias de produção”. Embora o termo seja relativamente recente, sua atividade é bastante antiga. Gutemberg, em seus primeiros impressos, já atuava como um designer gráfico. Antes do surgimento da expressão design gráfico, o trabalho de desenho ou redesenho de peças gráficas recebeu, e ainda recebe diversas nomenclaturas, como comunicação visual, programação visual e projeto gráfico. (CARNICEL, 1999, cd-rom)

Identidade

Ao trabalhar na criação de uma identidade de um veículo, o editor de arte tem como objetivo proporcionar uma face ao produto; a meta é construir a personalidade do veículo. Para Milton Ribeiro (1993, p. 191) “a identidade visual deve ser tratada não só como personalização da imagem, mas também como ferramenta de um processo mercadológico, competitivo e saturado de informações visuais”.

Alcançar a identidade da publicação não se constitui tarefa fácil. De posse do catálogo de tipos – uma espécie de menu de letras extraídas de softwares compatíveis com programas de editoração eletrônica – o responsável pelo desing gráfico deve escolher as letras que deverão compor visualmente as informações. “Os tipos constituem ferramenta de comunicação (...) As faces alternativas permitem que se dê expressão ao documento, para transmitir instantaneamente, e não-verbalmente, atmosfera e imagem”, CARNICEL (2004, p. 2-3).

O uso de tipos e fontes – marcando a identidade

O termo tipo é o desenho, o design de uma determinada família de letras, como a Arial, Futura e outras. As variações dessas letras (light, itálico e negrito ou bold, por exemplo) de uma determinada família são as fontes desenhadas ou desenvolvidas para a elaboração de um conjunto completo de caracteres que constam do alfabeto em caixa alta e em caixa baixa, número, símbolos e pontuação. (CARNICEL 2004, p. 3).

Diante do menu de tipos, o editor de arte deve se preocupar com a padronização gráfica que requer pouca variedade de tipos, evitando uma miscelânea de letras que acabam por dificultar a leitura e a definição de um estilo próprio. A padronização deve ser personalizada deve representar a imagem do veículo. Pode também ser chamada de repetição, em que “algum aspecto do design deve repetir-se no material inteiro” (CARNICEL, 2004, p. 3). O princípio da repetição sugere que algum elemento gráfico (chapéu, olho, vinheta) se torne numa marca presente em todas as páginas, contribuindo assim para a organização do material e para o estabelecimento de uma unidade.

A adoção de tipos, alinhamento, fios e fundos distinguem o aspecto visual; o conteúdo da informação, seja como complemento do título, seja com o objetivo

de chamar a atenção para algum detalhe do texto, distinguem a função editorial.

A elaboração de um projeto gráfico requer do profissional a preocupação com a unidade que deve ser mantida nas diferentes páginas da publicação. Deve conter um repertório visual que permita a elaboração de um código de identidade visual que proporcione a individualização, a distinção do veículo no segmento do mercado no qual está inserido. É aconselhável que o número de tipos de letras utilizados pelo veículo não seja exagerado. Na maioria das vezes, bastam três ou quatro, caracterizando diferentemente o título, o olho, o texto e a legenda. Ao adotar, por exemplo, três tipos pode-se fazer uso de variações como o itálico, o negrito, o condensado e outros que permitem boa margem de opções, sem descaracterizar a estética da página. Quanto menor a variedade de tipos mais definida serão as marcas de identidade.

A adoção de títulos com letras estilizadas fazendo uso de elementos que remetam ao assunto noticiado tem se tornado freqüente no arranjo gráfico. Um texto sobre o processo de envelhecimento, dirigido ao idoso, provavelmente vai usar de tipos de letras que facilitem a leitura.

A escolha do tipo de letra, embora subjetiva, deve levar em conta alguns aspectos para que a mensagem seja transmitida com clareza (CARNICEL 2004, p. 5). Uma das principais preocupações diz respeito à legibilidade, ou seja, a facilidade que o leitor deve ter para reconhecer as letras individualmente. Se para a compreensão de uma determinada letra no início de uma palavra o leitor tiver que se valer da letra seguinte, o tipo escolhido deve ser descartado. Se surgir interrogações dessa natureza, o editor de arte deve rever os critérios utilizados para escolha de tipos.

A maioria dos veículos do país adota em título, texto, linha fina, olho e legenda letras com serifa, embora com tipos diferentes, como Times, Century, News, Bookman, Casablanca e outros. Os tipos serifados guiam os olhos do leitor de uma letra para outra, imprimindo ritmo e facilitando assim a leitura. Há projetos gráficos que adotam letras com serifa somente no texto, olho e linha fina, deixando títulos e legenda com letras no formado bold sem serifa, como Helvética, Univers, Arial, Bahamas, Futura e outras. Essa mescla de letras serifadas e em forma de bastão nas diferentes fontes proporciona contrastes, que além de valorizar a estética, imprime um visual mais dinâmico. A principal função do contraste é evitar a aplicação de elementos meramente similares em uma mesma página (WILLIAMS, 1995, p. 86 e 87).

O visual e a legibilidade

Para Rafael Souza Silva, a legibilidade (escrito em caracteres nítidos, bem visíveis e distintos) de um texto não depende apenas da forma das letras. Deve-se considerar “o branco, o tamanho do corpo usado, o comprimento das linhas, o

entrelinhamento, o espaçamento e as margens”. O trabalho gráfico deve ser observado a partir do branco enquanto suporte e do preto enquanto elemento impresso. O *preto sobre o branco proporciona um arranjo positivo*, enquanto que o *branco aplicado sobre fundo preto caracteriza o negativo*. A leitura no modo positivo é muito mais fácil e suave e, por isso, a forma mais indicada. A leitura no modo negativo não é aconselhável: provoca cansaço no movimento ótico e quebra o ritmo de leitura. Quando adotado deve ter função de adorno, de expressão plástica que destaca e realça uma mensagem curta, não devendo ir além de uma informação telegráfica, como um título, olho ou uma legenda. O mesmo raciocínio pode ser aplicado quando a base branca é substituída por um fundo colorido em tom escuro e a letra preta por tipos coloridos (mais claros) proporcionando também a idéia de um arranjo com letras claras vazadas sobre fundo escuro (SILVA 1985, p. 31).

Tem sido freqüente a aplicação de textos sobre fundos indefinidos produzidos a partir de fotografias tratadas no Photoshop ou ilustrações feitas no Corel Draw. Esse procedimento também pode comprometer a transmissão da informação. Se este recurso for aplicado tendo a beleza plástica como primeiro critério, o conteúdo textual pode ser prejudicado.

Em todas as situações citadas a legibilidade está igualmente comprometida. É importante que não se confundam conceitos de legibilidade e leiturabilidade. Segundo H. Barracco, “no texto escrito, o problema da legibilidade pode ser conceituado como um simples ato formal, isto é, qualquer pessoa alfabetizada estará em condições de ler o texto. Entretanto, nem sempre a legibilidade do texto corresponde à leiturabilidade do mesmo, ou seja, a capacidade de entendê-lo e interpretá-lo” (BARRACCO apud SILVA 1985, p. 32).

A escolha inadequada de tipos, tamanhos, espaçamento e o uso inadequado e sem critérios do branco convidam o leitor a abandonar a publicação. Para uma boa transmissão da mensagem, alguns cuidados são fundamentais: verificar se as variações do tipo atendem às necessidades do trabalho; verificar se o formato, o tipo e o corpo são adequados ao tamanho do texto. A determinação da largura da coluna deve levar em conta o tipo de letra e o tamanho do corpo. Linhas muito compridas com corpo pequeno dificultam a leitura; as letras começam a se embaralhar. O mesmo ocorre com a utilização de corpo grande em linhas curtas, levando a uma hifenização demasiada, o que além da quebra do ritmo de leitura, interfere na estética do texto composto. Dessa forma, para que a leitura tenha maior fluidez, o tamanho da letra deve aumentar à medida que é ampliada a largura da coluna.

As cores e a atualização do design

Tendência irreversível nos veículos de comunicação impresso, o uso de cores é também procedimento que merece atenção por parte do editor de arte.

Embora experimentos científicos tenham comprovado que a sensibilidade humana se altera quando exposta às mais variadas gamas de cores, não há um estudo específico que ofereça a receita ideal para a utilização de cores quando empregadas em projeto visual gráfico. Na verdade, o editor de arte deve se valer de conceitos sensitivos relacionados a alegria, cores vivas como o azul, por exemplo; tristeza cores pesadas, como o preto, aliados a conceitos de harmonia e de contraste. (CARNICEL, 2004, p. 9)

A harmonia ocorre “quando cada uma das cores tem uma parte de cor comum a todas as demais”, ou seja, o oposto do fenômeno de contraste. Esses dois conceitos devem ser sempre considerados pelo editor de arte. Ele terá elaborado uma página harmoniosa quando adotar em letras, quadros, infográficos, capitulares cores a partir do tom predominante na fotografia principal da página. Muitos jornais adotam como norma no projeto gráfico o uso de cores em tom pastel quando aplicadas em quadros e infográficos, reservando as cores vivas para as fotografias. Por outro lado, para produzir uma página com contraste, essa preocupação deixa de nortear a elaboração do projeto gráfico. Cores fortes em tons diferentes serão empregadas simultaneamente. A opção pelo contraste ou pela harmonia será regida pelo assunto estampado na página. O tom (ou o peso) da mensagem pode ser evidenciado pelas cores empregadas. (CARNICEL, 2004, p. 9).

É preciso ressaltar que, mais que uma simples reunião de sinais gráficos, o projeto visual deve exprimir e traduzir a filosofia, os objetivos, a cultura e a personalidade da organização.

Dessa forma, o editor de arte não pode abrir mão da variedade de recursos disponível nos softwares de editoração eletrônica, de tratamento de imagem e de ilustração. Esses recursos gráficos, se usados com critérios, proporcionam ao leitor o grau de preocupação quanto à manutenção de um visual moderno e atento às mudanças de concepção visual do público-alvo. É nessa hora que o editor de arte deve expor a sua capacidade de persuasão e o seu talento. Sempre com base na teoria disponível em livros e revistas especializadas, no conhecimento técnico, nos recursos materiais disponíveis e, principalmente, no bom senso. (CARNICEL, 2004, p. 9)

Glossário

Chapéu: Palavra ou expressão curta diagramada no alto da página ou logo acima da notícia que tem por função introduzir o leitor ao assunto estampado.

Subtítulo: Complemento do título que visa chamar a atenção do leitor para o assunto estampado no corpo da reportagem. Quando aplicado no meio do texto, além de destacar algum aspecto da matéria, areja e subdivide textos longos.

Olbo: Frase usada para introduzir ou complementar o título de uma notícia. Se diagramada acima do título pode ser chamada de sobre título; se apresentada abaixo dele é subtítulo.

Serifa: Pequeno traço ou filete que aparece na extremidade de caracteres gráficos
Sem serifa - Desenho de letra que se caracteriza pela falta de acabamento nas extremidades. Esse desenho de letra se contrapõe ao tipo serifado.

Capitular: Letra maiúscula usada no início das composições em tamanho superior ao do tipo adotado no texto.

Repetição: Recurso usado por alguns órgãos de imprensa com o objetivo de agilizar o trabalho de diagramação e de paginação (editoração eletrônica). Consiste em fechar uma página valendo-se de um menu onde estão previamente desenhadas algumas páginas. Esse recurso, embora ágil, empobrece o visual da publicação. Alguns veículos optam pela adoção de páginas moduladas somente nas editoriais de opinião, de artigos, de serviços e de entretenimento.

5.3 Houve um roteiro para todas as entrevistas, que foram individuais e gravadas, ver anexo nº 7.1.

Atores sociais envolvidos:

5.3.1 Entrevistas com idealizador e produtores

1. Idealizador: João Roberto Vieira da Costa, formado em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas e, na época em que a cartilha foi feita, o responsável-chefe pela Comunicação Social do Ministério da Saúde;

A criação e a produção editorial ficaram a cargo de Lu Fernandes Escritório de Comunicação:

2. Maria de Lourdes S. Fernandes, Jornalista. Diretora Presidente do Lu Fernandes Escritório de Comunicação

3. Alfredo Nastari, jornalista e arquiteto. Tem formação original em design gráfico. Diretor de arte da cartilha.

Nosso objetivo ao entrevistá-los foi verificar e analisar as diferentes opiniões e percepções -, do idealizador e dos produtores -, sobre a importância da cartilha, **objeto do estudo**, como veículo informativo para a promoção de saúde e qualidade de vida do idoso.

Ao produzirem textos com informações, dados e sugestões de comportamento para os idosos, os especialistas em comunicação devem ter uma clara percepção do idoso/receptor. É um processo comunicativo de mão única, já que não existe interação entre esses dois atores - o especialista em comunicação e o idoso. Sendo assim, é importante descobrir que tipos de mídias são percebidos por esses especialistas como eficientes para o idoso se informarem.

O **roteiro** das três entrevistas foi:

1. Se conhecia a cartilha;
2. Como surgiu a idéia de se fazê-la.
3. A idéia da sua elaboração nasceu de uma necessidade. Em caso afirmativo, qual ?
4. Porque foi escolhida a forma de cartilha e não outra para informar o idoso ?
5. Quais eram os objetivos quando elaboraram a cartilha ?
6. Quais foram as etapas da sua elaboração?
7. Se havia verba prevista para a cartilha?
8. De quanto era essa verba?
9. Como as instituições que colaboraram na cartilha foram escolhidas?
10. E os profissionais dessas instituições, como foram escolhidos?
11. A distribuição nacional da cartilha ficou a cargo de quem?
12. A distribuição foi monitorada? Por quem?
13. Se considerava que os objetivos do Ministério da Saúde na utilização do instrumento foram atingidos. Por quê?

5.3.2 Técnicos dos serviços públicos de saúde

Critérios:

Os especialistas foram contatados por telefone, levando-se em consideração os nomes e instituições que aparecem nos agradecimentos, página 23, da cartilha, a saber:

Andréa Rogick (Sesi/SP), Carlos Eduardo Negrão (Instituto do Coração), Cássio Machado de Campos Bottino (Hospital das Clínicas/SP), Eurico Thomaz de Carvalho Filho (Hospital das Clínicas /SP), João Estevam da Silva (Ministério Público), Maria de Fátima Nunes Marucci (Faculdade de Saúde Pública/USP), Naira Dutra Lemos (Ministério da Previdência e Assistência Social/Serviço de Assistência Social), Renato Maia (Sociedade Brasileira de Gerontologia), Sara Mota Borges (Unifesp), Victor Matsudo (Secretaria da Saúde/SP), Grupo de 3ª Idade Sesi de Osasco/SP, Secretaria de Políticas de Saúde.

Entrevistamos o Dr. Carlos Eduardo Negrão, do Incor, (em 28/03/03) a Sra. Naira Dutra Lemos, do Ministério da Previdência e Assistência Social; Serviços de Assistência Social (em 03/04/03), o Dr. João Estevam da Silva, do Ministério Público, (em 14/04/03), a Sra. Maria Aparecida Alcântara Doria Rocha, coordenadora do Grupo de 3ª idade do SESI de Osasco/SP (em 05/10/04). O roteiro das entrevistas foi o mesmo da fase de idealização e produção.

Nosso objetivo manteve-se inalterado nas fases de idealização e produção da cartilha.

Os procedimentos quanto à análise da cartilha - forma e conteúdo - estão referidos no capítulo da análise documental.

Na fase dos **técnicos de saúde**, foram esses os atores sociais:

1. Gestor da Área Temática de Saúde do Idoso - Cogest, o Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal.

O objetivo foi o de verificar e analisar como o gestor da Área Temática de Saúde do Idoso percebia a importância dos meios de comunicação, dentre os quais a cartilha, **objeto do estudo**, além da televisão, rádio, jornal, revistas não científicas, cartilhas médicas e palestras e outros como veículos informativos para a promoção de saúde e qualidade de vida do idoso, visando estes mesmos fins. Além disso, pesquisamos quais eram as mídias utilizadas, por aquela área, para veicular mensagens para os idosos. Qual a finalidade dessas mensagens? Com que frequência elas eram emitidas? Qual o perfil do idoso que eles percebiam?

Levamos em consideração que a Área Temática de Saúde do Idoso tem como objetivo

garantir a promoção e a atenção integral à saúde do idoso no nível de atenção primária, para que o idoso permaneça na comunidade durante o maior tempo possível e com a maior capacidade funcional atingível, estabelecendo um sistema de referência para as patologias de maior complexidade e para os problemas específicos da população idosa²².

Levamos em apreço que saúde é direito fundamental do cidadão, cabendo ao Estado oferecer condições indispensáveis à sua aplicabilidade. A Política Nacional de Saúde do Idoso propõe a valorização da pessoa idosa no que concerne à sua saúde e independência funcional. A Política Municipal do Idoso valoriza as ações voltadas para este segmento.

A entrevista foi realizada em 21/06/04, no local de trabalho do entrevistado: Av. General Jardim, 36, 4º andar. O roteiro:

- a) Quantas Unidades Básicas de Saúde, de responsabilidade da Prefeitura, existem na cidade de São Paulo?
- b) Quantas existem por região? Norte, Sul, Leste, Oeste e centro.
- c) Existe um número previsto de atendimento (mínimo e máximo) de pessoas nas UBS?
- d) Existe um número determinado de população que demanda a construção de hospitais e postos de saúde?
- e) Quantos centros de saúde existem para atender especificamente o idoso

²² Esse objetivo foi fornecido pelo Dr. Sérgio Paschoal, gestor da área temática do idoso, e faz parte do Projeto de Atenção à Saúde do Idoso, da Secretaria Municipal de Saúde.

e onde ficam?

f) Quantos geriatras prestam serviços, na área da saúde pública, para a cidade de São Paulo?

g) Existe um registro de quantos idosos usam os serviços de saúde pública na cidade de São Paulo.

h) Qual é a estrutura de atendimento das UBS – no que se refere a pessoal e instalações? Quantos idosos ela atende? Qual é o filtro para ser atendido lá? Tipos de atividades existentes?

i) Existe a intenção de se aumentar o número das UBS?

j) Quais são as mídias de comunicação com o idoso, utilizadas na Área Temática de Saúde do Idoso? Mostramos o, objeto do estudo e pedimos que opinasse sobre a televisão, rádio, jornal, revistas não científicas, cartilhas médicas e palestras, como veículos informativos para a promoção de saúde e qualidade de vida do idoso, visando manter sua autonomia. (Palestra, folder, cartilha, outdoor, rádio, televisão, mídia impressa).

k) Quais as mídias que se mostram mais eficientes? Porque?

l) Quais as que poderiam ser melhor exploradas? Como?

Após a entrevista com o gestor, cinco **técnicos de saúde** das Unidades Básicas foram entrevistados.

Nosso objetivo ao entrevistá-los foi verificar e analisar como eles percebiam a importância dos meios de comunicação, dentre eles a cartilha, objeto deste estudo, e também a televisão, rádio, jornal, revistas não científicas, cartilhas médicas e palestras, como veículos informativos para a promoção de saúde e qualidade de vida do idoso.

Consideramos que existe um processo comunicativo entre esses dois atores - o técnico e o paciente -, quer seja nas atividades físicas e terapêuticas, como nas consultas médicas. Sendo assim é importante descobrir que tipos de mídias são percebidos como eficientes pelos técnicos, para o idoso manter e promover sua saúde e qualidade de vida.

A *primeira* UBS pesquisada foi a do Jabaquara, pertencente à subprefeitura de Vila Mariana, UBS CECI, na Avenida Ceci, nº 2235, em 06/07/04;

A *segunda* UBS estudada foi a da Zona Leste, que faz parte da subprefeitura de São Miguel, UBS Vila Progresso, rua Real Horto, 115, em 14/07/04;

A *terceira* Unidade Básica de Saúde foi a do Campo Limpo, que pertence à subprefeitura do Campo Limpo, Zona Sul do Oeste, rua Jorge Ozi, 211, em 21/07/04;

A *quarta* Unidade Básica de Saúde foi a da Vila Romana, localizada na rua Vespasiano, 679, da sub-prefeitura do Centro, em 28/07/04;

A *quinta* e última foi a UBS do Tucuruvi, pertence à subprefeitura Tucuruvi, Santana, Mandaqui Av. Nova Cantareira, 1467, na Parada Inglesa, Zona Norte, em 03/08/04.

Os entrevistados:

1. No Jabaquara foi o médico geriatra da UBS, Dr. Ronaldo Belmonte Piovesan, que havia assumido o cargo exatamente no dia da entrevista;
2. Na UBS de Vila Progresso foi a enfermeira Regina Célia Homero Viana, que trabalha na Unidade há oito anos;
3. Na UBS Campo Limpo foi a enfermeira obstetra Maria do Livramento Mesquita. Trabalho para o Plano de Saúde da Família (PSF) na Unidade Básica de Saúde do Campo Limpo há dois anos. Esse Programa é uma parceria do governo federal com o Hospital Albert Einstein;
4. Na Vila Romana entrevistamos a psicóloga Maria Amélia Souza Carvalho da Rocha Freitas, mestre em psicologia escolar e especialização em gerontologia social pela USP, especialização em gestaltterapia pelo Sedes. Trabalha na prefeitura há 25 anos, sendo que nesta UBS ela está há três anos;
5. No Tucuruvi a Auxiliar de Enfermagem Ivete Martins Ribeiro, tem magistério. Trabalha nesta UBS há três anos.

Quando agendamos as entrevistas com os idosos nas cinco Unidades Básicas de Saúde, enfatizamos a necessidade de que um técnico de saúde que lidasse diretamente com o idoso fosse ouvido. Sendo assim, cada gerente da Unidade designou um especialista.

As entrevistas seguiram este roteiro: O entrevistado conhecia a cartilha? quem a havia enviado para a UBS? A idéia de se elaborar a cartilha nasceu de uma necessidade? em caso positivo, qual? Porque foi escolhida a forma de uma cartilha para informar ao idoso e não outra? Quantos idosos a UBS atende por dia? Todos os idosos receberam a cartilha? Quais foram os objetivos quando distribuíram a cartilha? Os objetivos foram atingidos? Por quê? A cartilha prestigia o idoso? De que forma? Quais os veículos que ele considera que dão melhores informações para a promoção de saúde e qualidade de vida do idoso, entre eles: a televisão, o rádio, jornais, revistas não científicas, cartilhas médicas e palestras?

5.3.3 Usuários

Idosos usuários de unidades de saúde

5.3.3.1 Idosos usuários do Centro de Referência do Idoso - CRI

As entrevistas foram individuais e gravadas; posteriormente foram transcritas para a análise dos dados e informações. Todos os entrevistados foram foto-

grafados. O local da pesquisa foi o Centro de Referência do Idoso, que pertence ao governo do Estado de São Paulo. Criado em 30/09/2001, o CRI é um projeto pioneiro na área do envelhecimento e está situado na Praça Aleixo Monteiro Mafra, em São Miguel Paulista, zona leste de São Paulo, com funcionamento das 7h00 às 19h00, é destinado aos idosos residentes nas regiões de São Miguel Paulista, Ermelino Matarazzo, Vila Curuçá e Itaim Paulista, num total de 64.000 pessoas (dados fornecidos pelo Centro de referência do Idoso).

O CRI realizou cerca de 630 mil atendimentos de 2001 a 2004. Oferece 13 especialidades médicas: cardiologia, dermatologia, geriatria, ginecologia, neurologia, mastologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, ultrasonografia, radiologia, psiquiatria, vascular e especialidades assistenciais, como odontologia, fisioterapia e psicologia, além de oficina de artesanato, aulas de alfabetização, informática, violão e canto.

O objetivo das entrevistas no CRI foram:

- a) identificar se o idoso conhecia a cartilha;
- b) o idoso possuía a cartilha e onde havia conseguido;
- c) o que lembra de ter lido na cartilha;
- d) o que mais gostou e o que menos gostou;
- e) compreendeu todas as informações da cartilha;
- f) seguiu alguma indicação; em caso afirmativo, quais?
- g) sentiu-se prestigiado pela cartilha;

h) identificar as preferências dos idosos, em relação a qualidade dos meios de comunicação de massa, no que se refere a informações para a promoção de saúde e qualidade de vida.

Havia um estímulo quantos aos veículos, que apareciam nessa ordem: televisão, rádio, jornal, revistas, cartilhas, manuais e palestras.

Em ambos os casos - de terem lido ou não -, checamos a eficiência de outras mídias (televisão, rádio, jornal, revistas não científicas, cartilhas médicas e palestras) como veículos de comunicação utilizados pelos idosos para se informarem sobre como promoverem sua saúde e qualidade de vida.

As entrevistas no Centro de Referência do Idoso foram agendadas para o dia 19/01/03, com oito idosos pela coordenadora de equipe multiprofissional, Dra. Cátia Cavalcanti Meneguelli.

5.3.3.2 Idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde

Após as entrevistas com os idosos do CRI, entrevistamos também 25 idosos usuários das unidades básicas de saúde. As UBS estão subordinadas as

Coordenadorias de Saúde, das subprefeituras de São Paulo (vide mapa). Nosso objetivo foi o mesmo que o do CRI, assim como o procedimento.

Por meio do ofício nº. 154/2003CEPSMS, de 07/06/04, o Comitê de Ética em Pesquisa deu parecer favorável as pesquisas. Após esse procedimento cada coordenador das sub-prefeituras das zonas norte, sul, leste, oeste e centro indicou uma UBS, dia e horário para as entrevistas. As UBSs elegidas pela coordenação o foram pelo número proporcional de idosos por ela atendidos, naquela região.

A *primeira* pesquisada foi UBS CECI, do Jabaquara, sendo que as entrevistas foram feitas em 06/07/04. Fomos atendidas pela Sra. Ligia Helena Santos Pedrosa, responsável pelas atividades do Grupo Novos Amigos, composto por 60 idosos. Perguntei se eles gostariam de participar, já que eram necessários cinco respondentes. Como não conseguimos esse número de voluntários no primeiro momento, precisamos sensibilizar alguns indecisos, assim considerados os que disseram que gostariam de responder mas não sabiam se conseguiriam fazê-lo. Obtido o número de cinco respondentes, fomos para uma área reservada pela UBS para o procedimento.

A segunda pesquisada foi a UBS Vila Progresso, no dia 14/07/04; a *terceira* foi a UBS Campo Limpo, no dia 21/07/04; a *quarta* UBS foi a da Vila Romana, no dia 28/07/04 e a *quinta* e última, a do Tucuruvi, no dia 03/08/04.

Os dados e informações coletados estão organizados e classificados para efeito de análise em tabelas anexas.

CAPÍTULO IV

Resultados e Considerações Finais

6.1 Considerações iniciais: origem da cartilha e objetivos do Ministério da Saúde

Como nosso objetivo foi identificar o referencial teórico que dá suporte à comunicação pública, e também analisar como as técnicas comunicativas, para alcançar a população idosa, estão sendo concebidas pelos estudiosos em comunicação e saúde, buscamos compreender as características específicas desta comunicação, bem como entender as atitudes constitutivas da população idosa que a recebe.

Resolvemos, portanto, verificar o processo dessa comunicação. Assim, examinamos a trajetória, desde seu planejamento até a sua recepção, da cartilha “*Viver Mais e Melhor. Guia completo para você melhorar sua qualidade de vida*”, publicação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, editada em Brasília, em 1998. A publicação foi elaborada durante a gestão do Ministro José Serra. É um veículo de massa, voltado especificamente ao idoso e se propõe a promover melhorias na sua saúde na qualidade de vida desta parcela da população. O período do estudo vai de 1997 a 2004.

Ao analisar a qualidade das informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde na cartilha, estudar a forma utilizada para apresentação dos conteúdos escolhidos e verificar a adequação dessa comunicação ao indivíduo da terceira idade, percorremos um longo caminho. Foram quatro anos de imersão. Interagimos com vários atores sociais em busca de dados e informações para compreender o processo de envelhecimento no Brasil, especificamente em São Paulo.

A cartilha como *principal instrumento* da campanha de vacinação de 1999

O cenário da saúde pública para idoso mostrava um quadro preocupante em 1997. Tomando-se por base os dados relativos à internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS), (Política de Saúde do idoso, 1999, p. 3) e as populações estimadas pelo IBGE para este mesmo ano, pode-se concluir que os idosos consomem mais recursos de saúde, em relação às outras faixas etárias. Naquele ano, o Sistema arcou com um total de 12.715.568 Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), assim distribuídas:

“Tentar fazer com que aquela demanda de informações por uma vida melhor nessa faixa etária, seja no ponto de vista de implementação, de tipos de exercícios, atenções e cuidados... Enfim, juntar os principais pontos de preocupação, ou de desinformação, que havia neste universo, e colocá-lo de maneira organizada na cartilha. No momento em que nós estivéssemos realizando a vacinação, entregaríamos estas informações a este público”.

João Roberto Vieira da Costa, na época Chefe da Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde. Informação fornecida em entrevista à pesquisadora.

2.471.984 AIHS (19%) foram de atendimento na faixa etária de 0-14 anos, que representava 33,9% da população total (estão também incluídas as AIHs dos

recém-nascidos em ambiente hospitalar, bem como as devidas a parto normal);

7.325.525 AIHs (57,6%) foram na faixa etária de 15-59 anos, (58,2% da população total);

2.073.915 foram na faixa etária de 60 anos ou mais (7,9% da população total);

480.040 AIHs (3,8%) foram destinadas ao atendimento de indivíduos de idade ignorada; essas hospitalizações, em sua grande maioria, correspondem a tratamento de enfermidades mentais de longa permanência, geralmente em pessoas acima de 50 anos (essa parcela foi excluída dos estudos em que se diferencia o impacto de cada faixa etária no sistema hospitalar).

A taxa de hospitalização, em um ano, alcançou um total de 46 por 1.000 indivíduos na faixa etária de 0 a 14 anos; 79 no segmento de 15 a 59 anos e 165 no grupo de 60 anos ou mais de idade.

O tempo de permanência hospitalar foi de 5,1 dias para o grupo de 0-14 anos; 5,1 dias no segmento de 15-59 e 6,8 dias no grupo de 60 anos ou mais.

O índice de hospitalização (número de dias de hospitalização consumidos, por habitante, a cada ano), correspondeu a 0,23 dias na faixa de 0-14 anos; a 0,40 dias na faixa de 15-59 anos e 1,12 na faixa de 60 anos ou mais de idade.

Do custo total de R\$2.997.402.581,29, com despesas de internações hospitalares, 19,7% foram com pacientes da faixa etária de 0-14 anos; 57,1% da faixa de 15-59 anos e 23,9% foram de idosos.

O custo médio, por hospitalização, foi de R\$238,67 em relação à faixa etária de 0-14 anos; R\$233,87 para a de 15-59 anos e de R\$334,73 para o grupo de mais de 60 anos.

O índice de custo (custo de hospitalização por habitante/ano) foi de R\$10,93 no segmento de 0-14 anos; de R\$18,48 no de 15-59 anos e de R\$55,25 no grupo de 60 anos ou mais.

As ações do Ministério da Saúde

Embora vista como enfermidade trivial, no grupo de idosos a influenza ou gripe pode trazer conseqüências graves, levando a processos pneumônicos ou, ainda, à quebra do equilíbrio, já instável, destes indivíduos portadores de patologias

“Havia um índice muito alto de pessoas acima de 65 anos que acabavam tendo pneumonia, problemas sérios, até morte, provocadas por gripes”.

João Roberto Vieira da Costa, na época da elaboração da cartilha, Chefe da Comunicação Social do Ministério da Saúde. Informação dada em entrevista à pesquisadora.

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde percebeu a necessidade de iniciar uma campanha para alertar essa população sobre a importância da vacina contra a gripe e decidiu que, no ato da vacinação, cada idoso receberia *gratuitamente* a cartilha, com informações de como se prevenir das principais doenças prevalentes nessa população, além de informar sobre os direitos legais adquiridos a partir da Constituição de 1988 e da Política Nacional do Idoso (Lei nº. 8.842/94).

A vacina antigripal é aplicada pelo menos duas semanas antes do início do inverno ou do período das chuvas nas regiões mais tropicais. O Ministério tinha o desafio de vacinar o maior número possível de pessoas, pois esperava que, ao informá-los sobre os procedimentos preventivos, haveria uma queda no número de internações de idosos.

Segundo o então chefe da Comunicação Social do Ministério da Saúde, João Roberto Vieira da Costa, o Ministério tinha dados indicando o aumento expressivo na frequência de internação de idosos e entendia que parte da solução deste problema passava pela instalação de um método de comunicação eficiente em saúde. A informação sobre procedimentos preventivos e direitos legais precisava chegar ao idoso. A cartilha foi idealizada como solução para esse problema e foi o *instrumento principal da campanha*, com *informações* organizadas numa ótica de importância definida pelo Ministério da Saúde.

“O editor de arte deve se preocupar com a padronização gráfica que requer pouca variedade de tipos, evitando uma miscelânea de letras que acabam por dificultar a leitura e a definição de um estilo próprio.”(CARNICEL, 2004, p. 3)

Era a primeira vez que o Ministério da Saúde realizava a campanha de vacinação dos idosos. Naquele primeiro ano, a campanha foi dirigida exclusivamente para aqueles com 65 anos ou mais.

Foram distribuídos, em todo o Brasil, nove milhões de exemplares, na primeira campanha de vacinação, e em outros eventos que não serão aqui discutidos, em 1999. Na segunda campanha, em 2000, foram distribuídos 12 milhões. Considerando-se não só o evento da vacinação, mas também a caminhada, entre outros, estima-se que 21 milhões de idosos receberam a cartilha.

Os objetivos do Ministério da Saúde ao fazerem a cartilha

O fato de todos os atores sociais envolvidos

“Dar informações sobre saúde e direitos. E aí foi nesse processo que a gente pensou em fazer da carterinha, da chamada carteirinha de vacinação, a gente evoluiu aqui para fazer uma cartilha, numa linguagem que fosse acessível o suficiente para que qualquer pessoa que soubesse ler, pudesse entender, mas que não fosse uma linguagem cansativa, pra pessoas que tivessem um nível educacional já elevado.”
Entrevista com a jornalista Lu Fernandes. Diretora Presidente do Lu Fernandes Escritório de Comunicação, responsável pela criação e produção editorial da cartilha.

no processo da elaboração da cartilha entenderem de suas áreas de atuação não foi uma variável suficiente para que a comunicação atingisse os objetivos, listados por Anzieu e Martin (1971, p. 111-128) que seriam a) informar; b) convencer; c) mudar uma opinião; d) fazer agir; e) calar e expressar sentimento; f) instruir, atuar sobre o equilíbrio emocional e a saúde psíquica e física.

“Bem, os objetivos eram esses. Os objetivos era oferecer um conjunto de informações quer proporcionassem uma melhor qualidade de vida por leitor e uma diminuição dos riscos de saúde a qual o idoso está exposto.”

Entrevista com Alfredo Nastari (produtor e designer gráfico da cartilha). Informação dada em entrevista à pesquisadora.

As entrevistas mostraram que existiam diferentes entendimentos sobre os reais objetivos da cartilha e o escopo da tarefa estipulada pelo Ministério da Saúde. Segundo o idealizador o objetivo central era a *adesão maior* do idoso aos programas de saúde destinados a ele. Essa adesão se traduzia em: a) conscientizá-lo sobre a importância da *prevenção primária*, visando diminuir o número de idosos internados por doenças que afetam particularmente essa camada da população; b) *aumentar o número de pessoas que se vacinassem*, o que também é uma medida preventiva; c) *valorizar o idoso, como cidadão usuário do sistema de saúde*, pois na medida em que ele se sentisse prestigiado, aumentaria sua auto-estima e se cuidaria melhor, aprimorando sua qualidade de vida; d) *informar sobre os procedimentos* – o quê e como fazer para melhorar sua saúde e qualidade de vida e finalmente e) *informar e alertar* sobre os direitos legais, garantidos pela Constituição de 1988 e pela Política Nacional do Idoso (Lei nº. 8.842/94).

Entrando no universo investigado

No decorrer da investigação, percebemos a partir das entrevistas com o idealizador e produtores da cartilha, que o público alvo foi imaginado como um receptor idoso, homogeneizado, que não sabia o que fazer para promover sua saúde e qualidade de vida e, portanto, acataria os conselhos e prescrições sem nenhum questionamento. Ignorou-se características marcantes do idoso, tais como, a experiência e conhecimento adquiridos durante um longo processo de vida. Deste modo, um receptor com conhecimento para escolher, de modo autônomo, soluções de melhorar sua qualidade de vida de acordo com o seu nível social e cultural.

“Aquele coisa bastante simples, doenças ou sintomas o que você pode fazer, como é como você pode trabalhar, não se pretendia, apenas chamar a atenção. Obviamente as pessoas tendem a olhar isso aqui e guardar. Era esse o meu grande objetivo. Que eles pudessem guardar essa cartilha. Tinha até essa coisa de colocar nome na cartilha, não sei se acabou vingando isso ou não. A gente tinha essa preocupação”. João Roberto Vieira da Costa, Chefe da Comunicação Social do Ministério da Saúde. Informação dada em entrevista à pesquisadora.

Faltou a busca de informações precisas sobre o receptor, o que ele pensa sobre *saúde* e *qualidade de vida* e *quais mídias* deveriam ser utilizadas para transmitir as informações. A pesquisa científica, que mostraria um *início de*

“A informação estivesse de fato bastante próxima do nosso público, de classes sociais mais baixas, inclusive. Então, a preocupação é que fosse isso, bastante indicativo, com manchetes, que chamasse muita atenção, comando muito simples”.

João Roberto Vieira da Costa, Chefe da Comunicação Social do Ministério da Saúde. Informação dada em entrevista à pesquisadora.

diálogo com o público receptor, foi subestimada.

A investigação feita pelo Ministério da Saúde, para identificar o receptor, foi precária. Isto está evidenciado pela fala do então Chefe da Comunicação Social do Ministério da Saúde: “Nós tínhamos, num primeiro momento, filmes que mostravam idosos praticando esportes, dançando, enfim, todo tipo de atividade que, de fato, uma pessoa de 60, 65, 70, 75, 80 anos pode fazer ainda”.

“Aí, quando se pensou nisso, eu desenvolvi um projeto, cujo conceito – e que eu acredito muito, até por vivência, pelos meus pais e por outras pessoas – é que acima dos 65, se você tiver cuidados com a saúde, com a alimentação, você pode viver a sua melhor fase.”

Lu Fernandes. Diretora-Presidente do Lu Fernandes Escritório de Comunicação, responsável pela criação e produção editorial da cartilha. Informação dada em entrevista à pesquisadora.

Constatamos a fragilidade das ações do Ministério da Saúde, que planejou cuidadosamente o conteúdo das informações da cartilha, mas, ao não fazer a pesquisa sobre as características do *receptor idoso*, relativos à sua capacidade de percepção correta dos sinais, à sua competência de decodificação do conteúdo (aqui incluídos os cinco sentidos e a aptidão cognitiva), do seu contexto social e cultural, propôs soluções que não são próprias do universo do idoso que utiliza as unidades de saúde pública.

Ao saltarem a etapa da pesquisa, de *ouvir* o idoso, todas as demais etapas ficaram prejudicadas.

A cartilha: um instrumento de prevenção primária e alerta dos direitos legais

A Política de Saúde do Idoso (1999, p. 6) quando aborda a questão da promoção do envelhecimento saudável ressalta a importância da adoção precoce de *hábitos saudáveis* de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

“Seria a preocupação com a saúde mesmo e o bem estar. Que seria bom para a 3ª idade estar fazendo. Enquanto a pessoa tirava as fotos, ela ia montando um esquema do que seria qualidade de vida para o idoso. Eu percebia claramente(...)”

Maria Aparecida Alcântara Doria Rocha (SESI – Osasco). Uma das conselheiras da cartilha. Informação fornecida durante entrevista à pesquisadora.

Segundo essa Política, entre os hábitos saudáveis devem ser destacados “a alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse”.

O documento ressalta que os temas acima serão objeto de processos educativos e informativos continuados, em todos os níveis do SUS, com a utilização de recursos e meios disponíveis, tais como a distribuição de *cartilhas* e *folhetos*; o desenvolvimento de *campanhas* em programas populares de *rádio*; veiculação de filmes na *televisão*.

Ao lado das medidas voltadas a *promoção* de *hábitos* saudáveis seriam

promovidas ações visando a *prevenção* de perdas funcionais, em dois níveis específicos:

- prevenção de agravos à saúde;
- detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá por em risco as habilidades e a autonomia do idoso. Política de Saúde do idoso (1999, p. 6).

O Ministério, ao elaborar a *cartilha*, atendeu as recomendações da Política de Saúde do Idoso, porque a publicação é um instrumento de *medidas preventivas*.

Segundo Leavell e Clark (1965, p. 684) na fase de prevenção primária, temos, de um lado, medidas que visam a melhorar o grau de saúde do homem, aproximando-o do ótimo ideal descrito na definição da Organização Mundial de Saúde, OMS. Essas medidas não têm como objetivo a prevenção de uma doença ou de um grupo de doenças em particular; elas constituem o *primeiro nível de prevenção* designado por *promoção da saúde*.

“Então não é um simples guia, tem um guia da terceira idade, são vários instrumentos que estão sendo utilizados para fazer chegar até o idoso a noção dos seus direitos principais em relação à terceira idade em específico”.

João Estevam da Silva (Promotor). Um dos conselheiros da cartilha. Informação dada durante entrevista da pesquisadora.

De outro lado, ainda na fase primária, são aplicáveis medidas que têm como objetivo a prevenção, especificamente, de uma doença ou de um grupo de doenças. Estas medidas são as que correspondem, mais estritamente, ao conceito restrito de prevenção; seu número e sua eficiência vêm crescendo continuamente, com a identificação de novos agentes de doenças, animados ou inanimados, e a descoberta de meios para enfrentá-los antes de exercido o estímulo-doença. Elas integram o *segundo nível de prevenção* com a designação de *proteção específica*. É fácil verificar que, em certos casos, uma mesma medida pode, além de desempenhar um papel na proteção específica, contribuir para a promoção da saúde; o mais frisante exemplo é dado pelo abastecimento de água pura.

A cartilha está situada no campo da prevenção primária. Isto se evidencia na seleção dos temas.

O porquê do formato

Foi escolhido o formato de uma cartilha, segundo o idealizador e produtores pela relevância do custo benefício da publicação.

A cartilha faz parte de uma das ações do agente Ministério da Saúde para solucionar quatro aspectos interligados: a) o orçamento para a área da saúde; b) os idosos com problemas de saúde; c) o número cada vez maior de internações nas unidades públicas de saúde, de pessoas com 60 anos ou mais, e d) a demanda de informações de

e para os idosos por procedimentos para a promoção de saúde e qualidade de vida.

O Ministério precisava informar milhões de idosos, que utilizam o serviço de saúde pública, o que, como, quando, onde e o porquê de procedimentos sobre prevenção em saúde, com o objetivo não só de diminuir o número de internações, mas também atenuar o número de idosos que procuram as unidades de acolhimento de saúde pública.

A cartilha foi, segundo o idealizador e produtores, a melhor solução em termos de custo-benefício, a mais abrangente em termos de informações, já que aborda assuntos não só de saúde e a mais democrática em termos de difusão de informação.

O gráfico 11.4 da Síntese de indicadores sociais de 2003, página 313, do IBGE mostra a situação da escolaridade das pessoas de 60 anos ou mais em 2002:

Infere-se que estes dados não foram considerados pelo idealizador e produtores a cartilha. A publicação foi distribuída em todo o país. No sudeste, área que abarca a cidade de São Paulo, espaço do nosso estudo, o número de idosos na faixa

“Rodando em rotativa isso fica muito mais barato. Coisa 4 cores assim, você roda em impressão plana. Fica muito caro se você for fazer uma quantidade dessa. No caso de rotativa, além de ficar barato, é mais rápido. O único problema era grampear. A gente procurou fazer de um tamanho que tivesse o melhor aproveitamento de papel em rotativa. Por isso que acabou ficando tão barata. Se você for olhar, 10 milhões por 500 mil, dá mais ou menos R\$0,20. Saiu 20 centavos cada uma. A gente tentou o jeito mais barato: rodar em rotativa, RWC – que chama esse papel, é rápido.”

Lu Fernandes, Diretora Presidente do Lu Fernandes Escritório de Comunicação, responsável pela criação e produção editorial da cartilha.

de 60 a 64 representa 21,6 % da população idosa do país, esse percentual aumenta para 38,2% na faixa de 75 anos ou mais.

Diante deste cenário, concluir que a cartilha era o canal mais *democrático* e eficiente, foi uma ação sem respaldo estatístico do idealizador e produtores. Além do grande número de idosos que não sabe ler, não se considerou que a leitura implica tanto a capacidade de reconhecer a palavra quanto de compreender o seu sentido, é um ato cognitivo na medida em que envolve processos cognitivos múltiplos, como percepção e reflexão sobre um conjunto complexo de componentes. Esses planos perceptivos são referendados pela experiência de vida de cada indivíduo.

Os cientistas behavioristas Hastorf e Cantril, (1954, p. 129-134) concluíram:

É impreciso e enganoso dizer que pessoas diferentes têm atitudes diferentes em relação a mesma “coisa”. Pois a “coisa” não é a mesma para pessoas diferentes. (...) Comportamo-nos de acordo com o que acrescentamos ao momento, e o que cada um de nós acrescenta ao momento é mais ou menos único. E, excluindo essas significações que acrescentamos ao momento, os acontecimentos à nossa volta não passam de ocorrências sem significado, “inconseqüentes”.

Portanto os benefícios da eficiência e da democratização da informação estimados pelo Ministério da Saúde podem não ser os aquilataados, em consequência da desconsideração da realidade de escolaridade do idoso e suas possíveis doenças visuais e problemas cognitivos.

A cartilha é dirigida a uma elite

Após a análise da cartilha, que foi da forma e conteúdo, tivemos a confirmação de nossas hipóteses provisórias. A primeira: “A cartilha difunde um sistema de valores, crenças e hábitos que correspondem à ideologia e ao modo de vida de uma eli-

“Você tem uma diversidade cultural, né, sócio-econômica muito grande. Então você tem que fazer alguma coisa que seja absolutamente universal. Você não pode nem infantilizar a comunicação porque você ofende a parcela mais esclarecida da população, e não pode usar uma linguagem muito hermética ou muito elaborada porque você corre o risco de não ser entendido”.

Alfredo Nastari, produtor e designer gráfico da cartilha.

“(...) tem muito idoso que não sabe ler. Eu trabalho com uma faixa etária enorme que não sabe ler. Então o recurso dela é individual. Ela olha. Então o que ela fez com o folheto. Ela olhou o folheto e a gente lê o folheto para ela”.

Maria Aparecida Alcântara Doria Rocha (SESI – Osasco. Uma das conselheiras. Informação dada durante entrevista à pesquisadora.

A sra estudou até que ano, D^a. Elza?

Eu fiz só até, antigamente era o 2º ginásio, hoje é 7ª série, né?

Mas é bastante porque na época...

Na época... eu me criei aqui e não tinha nem ginásio, só tinha o primário. Fiz as duas, a 5ª e a 6ª série na cidade, na Rua Piratininga, eu ia de trem. Ai meu pai já...

Porque naquela época eram os homens que estudavam, as mulheres não precisavam...

Entrevista de Elza Gamberini Colini, do CRI, à pesquisadora

E a sra. estudou até que ano?

Só o primário antigo. O primeiro antigo.

O primário todo? A sra concluiu o primário?

Não sei porque a gente ia lá para o interior da roça. Nem sei. Foi assim, né eu comecei a estudar... mas o que eu sei mais hoje, se graças a Deus, o que eu sei mais hoje é que eu sei fazer meu nome, tudo direitinho, sei ler, eu pegava o jornal e ia juntando as palavras, pq eu nunca tive uma oportunidade.

Elizabeth de Souza Braga, do CRI, em entrevista à pesquisadora.

te”; porque ao recomendar a ingestão de alimentos, nomeando-os como energéticos, energético-extras, alimentos construtores e reguladores e pressupôs um receptor habituado a essa terminologia e também ao consumo desses alimentos. A segunda *“Existe a consagração de uma ideologia da prevenção, onde tudo se organiza em redor da moderação e do autocontrole. É agir prudentemente com relação a hábitos que melhorem a saúde e a qualidade de vida”*. Os dados confirmam, visto que a frequência das categorias encontradas mostra que prevenção é o tema principal da cartilha com 22,4%, seguido de prescrição, com 19,8%. A terceira *“A cartilha funciona para o leitor como um sistema prescritivo para melhorar sua saúde e qualidade de vida”*, a prescrição foi o segundo maior tema da publicação.

A senhora estudou até que ano?

Primeiro ano.

Primeiro ano primário?

Isso.

Isabel Teresa Gama Freitas, do Campo Limpo, em entrevista à pesquisadora

A sra não estudou?

Não.

Nunca foi à escola?

Fui, mas não aprendi. Nada!

Antonina dos Santos Siqueira, do Tucuruvi, em entrevista à pesquisadora.

6.2 A qualidade da informação

A Política Nacional do Idoso, quando discorre sobre o apoio a estudos e pesquisas, esclarece que “caberá ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Ciência e da Tecnologia, em especial, o papel de articuladores, com vistas a garantir a *efetividade de ações* programadas de *estudos e pesquisas* da Política Nacional de Saúde do Idoso” (Política Nacional de Saúde do Idoso, 1999, p. 10).

A senhora estudou até que ano?

Olha minha fia se eu te disser que eu nunca fui na escola. Nunca fui. Fui criar meu ofício, trabalhava em casa de família, quando eu chegava era tarde da noite, já não dava para estudar. Mas a idade dava, mas o serviço não dava, mas eu aprendi em casa.

Aurelina de Oliveira Vieira, da Vila Progresso, em entrevista à pesquisadora.

As linhas de pesquisa sugeridas pela Política Nacional do Idoso se concentram em *quatro tópicos* de produção de conhecimentos sobre o envelhecimento no Brasil, contemplando as particularidades de gênero e extratos sociais nas zonas urbanas e rurais (Política Nacional de Saúde do Idoso, 1999, p. 110).

O *primeiro tópico* refere-se a estudos de perfil do idoso nas diferentes regiões do País e a prevalência de problemas de saúde, incluindo dados sociais nas formas de assistência e seguridade, situação financeira e apoios formais e informais.

No *segundo tópico* deverão estar concentrados estudos visando à avaliação da capacidade funcional, prevenção de doenças, vacinações, estudos de seguimento e desenvolvimento de instrumento de rastreamento.

O *terceiro tópico* aborda o estudo de modelos de cuidado, enquanto o *quarto* focaliza estudos sobre hospitalização e alternativas de assistência hospitalar.

A primeira edição da cartilha foi publicada em 1998, e a necessidade de se fazer o *estudo do perfil do idoso* só foi contemplada na Política de Saúde do Idoso, que é um documento de 1999. Assim sendo podemos inferir que a pesquisa precária, quanto ao perfil do idoso, foi o principal problema na idealização e produção da cartilha *Viver mais e melhor*. Os responsáveis por essa etapa, ao não terem dados estatísticos para elaborarem os conteúdos, estereotiparam o idoso usuário das unidades de saúde pública.

O que impressiona é que os produtores da cartilha, profissionais de comunicação, não tenham se dado conta de que é tecnicamente difícil sensibilizar e motivar para a ação, receptores com diferentes modos de vida, emitindo mensagem com um só tipo de linguagem. A comunicação, para ser eficaz, deve ser segmentada, focando o público de cada região, considerando as características sócio-econômicas, escolaridade e limitações que são pertinentes a essa população.

Houve, por parte do Ministério, uma vontade política de propagar as informações necessárias para o idoso melhorar a saúde e qualidade de vida, prevenindo-se de doenças e conhecendo seus direitos legais, mas o meio e o conteúdo foram inadequados, porque o receptor ‘real’ é diferente daquele estereotipado na cartilha.

Para o produtor da cartilha, Alfredo Nastari, a diversidade cultural do idoso não foi a preocupação maior, pois considerou que se a cartilha tivesse uma *linguagem universal* todos os idosos que tivessem acesso a publicação entenderiam as informações ali contidas.

O idoso estereotipado da publicação é branco, classe média, urbano, do Sudeste, com valores culturais semelhantes aos do habitante de uma megalópole. Este fato está evidente na seleção de fotografias, nas recomendações alimentares e nas percepções dos entrevistados para essa pesquisa: o então chefe da Comunicação Social do Ministério da Saúde e os produtores do Lu Fernandes, Escritório de Comunicação.

A qualidade das informações da cartilha (precisão e aplicabilidade)

O título principal *Viver mais e melhor* contém a “promessa” que as doenças inerentes à idade serão controladas. Ele dá a esperança de que

“Ai quando se pensou nisso eu desenvolvi um projeto, cujo conceito, é um conceito que eu acredito, muito até por vivencia, pelos meus pais e por outras pessoas, que acima dos 65 se você tiver cuidados com a saúde, com a alimentação, você pode viver a sua melhor fase. A fase mais rica, mais feliz da vida, porque seus filhos já estão criados, você pode namorar, você pode ter sexo, você pode viajar. (...) Eu me lembro que na época propus isso, propus que tivesse uma campanha que mostrasse esse lado jovem, pessoas que estão acima de 65, pessoas até com 80, mas estão aí lindas, maravilhosas, fazendo coisas. E na época entrou Hebe, entrou Raul Cortes. A ideia era mostrar “olha como ser velho é bonito”. Como essas pessoas estão cheias de vida, cheia de graça”.

Lu Fernandes, Diretora Presidente do Lu Fernandes, Escritório de Comunicação, responsável pela criação e produção editorial da cartilha. Informação dada em entrevista à pesquisadora.

mais anos de vida poderão ser desfrutados de maneira quase perfeita. Um pouco abaixo repete a ratificação da promessa ao leitor, está no olho, *Guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida*. Assim está assegurado que a cartilha tem **todas** as prescrições dos processos de como melhorar a qualidade de vida. É o discurso competente, o discurso instituído, segundo Chauí (1981, p. 7).

É aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem institucional permitida ou autorizada, isto é com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminadas para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados, segundo os cânones da esfera de sua própria competência.

O conteúdo da cartilha, apesar de abrangente, explica superficialmente as cinco patologias prevalentes na população idosa: a) diabetes mellitus; b) hipertensão arterial sistêmica, c) problemas cardiovasculares; d) problemas osteoarticulares (artrose, artrites, reumatismo) e e) depressão. Sobre essa última a cartilha não tem nenhuma informação.

Ao utilizar a cartilha como um instrumento de prevenção primária, o Ministério seguiu determinações da Política Nacional do Idoso, ressaltando a importância das vacinas contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e a influenza, doenças que representam problemas sérios entre os idosos no Brasil e que são as preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, OMS, para esse grupo populacional. Política Nacional do Idoso, (1999, p. 6).

A força ideológica de uma marca

Pensando no efeito-leitor e na questão da credibilidade do logotipo da publicação, podemos inferir que o Ministério da Saúde tem autoridade de conhecimento para garantir o compromisso que o título propõe: *Viver mais e Melhor*. O enunciado do subtítulo *Guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida* é pretensioso. Denominando-se como guia **completo**, induz à ilação de que tudo o que está na cartilha é vital e não há nada fora dela que seja importante. Aqui prevalece o que Citelli (2003, p.18) chama de raciocínio *apodítico*, descrito como algo pronto, finalizado e que não permite qualquer discussão. O adjetivo **completo**, utilizado no título, significa: a que não falta nada do que pode ou deve ter, aquilo que é perfeito ou acabado (Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa, 1988, p. 164). É uma aspiração enorme e utópica que uma cartilha de apenas 24 páginas tenha conteúdos que dêem conta de tudo o que o idoso precisa saber para *melhorar a saúde e qualidade de vida*.

O **você** do subtítulo, apesar de ser um tratamento para pessoa não específica, é um recurso para aproximar o idoso/receptor, aliciar o leitor. Normalmente o

pronome *você* é utilizado como forma de tratamento íntimo, entre pessoas do mesmo nível social, econômico e etário. Assim sendo, esse tratamento é importantíssimo para conquistar o leitor, sensibilizando-o para a leitura da cartilha.

As relações de intimidade ou igualdade, normalmente tomadas como explicações ao emprego do pronome *você*, são de fato observáveis no uso corrente da língua, bem como as conotações de respeito e cortesia atribuídas à palavra *senhor(a)*. No entanto, não vislumbramos uma relação pura e simplesmente opositiva entre *senhor* e *você*, e sim uma forma complementar e paralela do uso de *você* ao uso do tratamento de *senhor*. Formalmente, não há tratamento cerimonioso no emprego de *senhor* (e sim de polidez) e os valores atribuídos ao emprego de um não devem (ou deveriam) influir pejorativamente sobre o uso de *você*. Assim, não deve haver restrições ao uso de *você* com um interlocutor previamente anunciado como *senhor*.

Como a cartilha se autodenomina um *Guia completo para você melhorar sua saúde e **qualidade de vida***, faz-se necessário conceituar esse último termo.

Qualidade de vida

Albuquerque (2003, p. 45) diz que o termo *qualidade de vida* não tem uma definição clara, mas muitos autores que trabalham com idosos enfatizam a dimensão bem-estar psicológico e satisfação. Néri apud Albuquerque (2003, p. 60) afirma que na gerontologia social predominam as associações entre *qualidade de vida* na velhice, *satisfação* e *atividade*. O bem-estar psicológico reflete a avaliação pessoal sobre as seguintes áreas:

a) Competência comportamental: representa a avaliação social e normativa do funcionamento pessoal quanto à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo.

É realizada comparando-se o indivíduo com outros, por exemplo, segundo critérios de idade, educação, gênero, etnia e classe social.

b) Condições ambientais: a qualidade de vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam ao idoso desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Estão relacionados diretamente com o bem-estar percebido.

Condições ambientais: a qualidade de vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam ao idoso desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Estão relacionados diretamente com o bem-estar percebido”.

Néri apud Albuquerque, (2003 p. 39-80)

Quando o idoso goza de autonomia funcional, ele pode providenciar arranjos para que seu ambiente torne-se mais seguro, variado e interessante.

Para Néri apud Albuquerque (2003, p. 61), trata-se do idoso, por si mesmo, tomar providências para construir um mundo em que possa viver melhor. Quando ele já não dispõe de possibilidade de manejo do próprio ambiente físico, é necessário que os membros da família ou das instituições por ele freqüentadas, cuidem desses aspectos.

c) Qualidade de vida percebida: sendo uma dimensão subjetiva da qualidade de vida, depende dos julgamentos do indivíduo sobre sua funcionalidade física, social e psicológica e sobre sua competência comportamental. Tais julgamentos são afetados pelas condições objetivas de saúde física, pela renda, e pela dimensão, proximidade e funções da rede de relações sociais.

Diz Néri apud Albuquerque (2000, p. 61) que,

além da avaliação pessoal sobre as três áreas citadas, o bem-estar psicológico depende da continuidade do *self*, da capacidade do indivíduo para adaptar-se às perdas e de sua capacidade de recuperar-se de eventos estressantes do curso de vida individual e social, como desemprego, doenças, desastres, mortes em família, violência urbana, crises econômicas, guerras, bem como da sua capacidade para assimilar informações positivas sobre si mesmo.

O receptor da cartilha

A publicação não menciona claramente que o público alvo é o idoso, pois nem no título ou subtítulo aparece essa palavra.

Em nossa sociedade, o vocábulo velho ou idoso tem conotação pejorativa. Assim, sua supressão facilita que o você do subtítulo tenha um significado particular para o receptor, que também não quer ser percebido como velho ou idoso, já que é assim discriminado. É essa segregação que frequentemente leva o idoso a uma atitude de negação da velhice, buscando parecer mais jovem para ser aceito e acolhido, obscurecendo suas características, seus atributos e sua identidade.

A mensagem do ministro José Serra

A mensagem do Ministro José Serra **Você ainda tem muito o que fazer na vida**, leva aos seguintes questionamentos: Quem é esse receptor/idoso? Se a intenção era levar diversas informações ao idoso, o Ministério conseguiu esse objetivo?

A cartilha foi idealizada pela Assessoria de Comunicação Social, do Ministério da Saúde, a pedido do então Ministro José Serra, planejada para ser distribuída do Oiapoque ao Chuí²³, na segunda campanha de vacinação de idosos, em 1999. A criação e produção editorial é de Lu Fernandes, Escritório de Comunicação.

²³ Essa é uma maneira de contextualizar que a distribuição da cartilha foi para todos os idosos do Brasil. Nenhuma região ficou sem recebê-la.

O primeiro parágrafo:

Em 1999 diminuiu o número de pessoas de 65 anos internadas durante os meses de inverno por problemas respiratórios. **Esta foi uma vitória conjuntado Ministério da Saúde e de todos os que atenderam à convocação, comparecendo aos postos e vacinando-se contra a gripe.** (grifo nosso)

A vitória foi do Ministério da Saúde e de todos os que atenderam à convocação. O convite foi feito pela Instituição, o outro (o idoso) apenas atendeu ao chamamento. Fica claro que o idoso/receptor só foi vacinado porque foi convocado. Os triunfos são, portanto, do Ministro da Saúde e de sua equipe. O *ator/autor da ação* é um **nós** que se preocupa com saúde da população idosa. População que não reivindicou a vacina, porque talvez nunca tivesse refletido sobre essa possibilidade, mas teve sua necessidade satisfeita por uma ação pró-ativa do Ministério da Saúde, que é uma instituição pública federal e deve estar atenta para suprir as necessidades, na área da saúde, do cidadão brasileiro, seja ele idoso ou não.

Benveniste (1995, p. 256) explica esse **nós**:

A razão está em que ‘nós’ não é um ‘eu’ quantificado ou multiplicado, é um ‘eu’ *dilatado* além da pessoa estrita, ao mesmo tempo acrescido e de contornos vagos. Daí vêm, fora do plural ordinário, dois empregos opostos, não contraditórios. De um lado, o ‘eu’ se amplifica por meio de ‘nós’ numa pessoa mais maciça, mais solene e menos definida. De outro lado, o emprego de ‘nós’ atenua a afirmação marcada do ‘eu’ numa expressão mais ampla e difusa: é o ‘nós’ de autor ou orador.

O Ministério da Saúde é um ‘eu’ dilatado e acrescido de outros atores sociais, que tentam marcar maciçamente sua presença. O idoso/receptor não está ali incluído, é o pronome você que vai sofrer a ação. O sujeito plural é o então ministro José Serra e sua equipe.

Prossegue o texto: “Agora estamos ampliando também para pessoas com mais de 60 anos. Serão 14 milhões de brasileiras e brasileiros, cujo bem-estar e saúde são fundamentais para suas famílias e para o Brasil”.

É uma propaganda dissimulada do Ministério da Saúde, já que contém características dessa área. Segundo Augras (1970, p. 66-67)

Ao observar a evolução histórica do conceito de opinião pública, verificamos que o objetivo da luta entre o governo e os grupos é o indivíduo. É dele que se quer obter a aprovação. É ele que deverá ser persuadido a aprovar tal e tal medida, enfim, que será levado a pensar no sentido desejado.

A cartilha é um meio de comunicação de massa que vai se valer dos mecanismos psicológicos de formação das atitudes e opiniões dessa população para obter atitudes e opiniões favoráveis. O *objetivo* seria fazer com que a população idosa tomasse conhecimento da campanha de vacinação e da importância da mes-

ma para prevenir-se contra a gripe. A *técnica* foi a produção de uma cartilha para ser distribuída no ato da vacinação. Ainda que não apresentasse resultado na primeira campanha, seria uma experiência a ser avaliada na segunda campanha de vacinação. A *informação prévia* que o Ministério da Saúde tinha a respeito do idoso dava-lhe a possibilidade de avaliar quais eram as atitudes e opiniões já existentes nessa população e os mecanismos psicológicos (identificação, projeção, rejeição, entre outros) que as apóiam.

A construção do discurso institucional

O então ministro da Saúde José Serra se coloca, por meio de um documento institucional, com distribuição nacional, como aquele que está cuidando, defendendo a população idosa, se devotando à promoção da sua saúde e qualidade de vida. A cartilha é um documento do Ministério da Saúde. A saúde é uma das áreas mais carentes de investimentos de recursos financeiros, tecnológicos e humanos no Brasil. Isso se faz sentir particularmente em São Paulo, devido ao grande número de idosos que utilizam o serviço de saúde pública.

É um discurso institucional, com fortes características do discurso político, já que o ministro/Ministério da Saúde, sabedor dos anseios do idoso na área da saúde pode propor ações para satisfazê-los, o que é comum na esfera política.

Quando o texto diz que

afinal, aos 60 anos a experiência e a sabedoria são conquistas que, aliadas à saúde, podem fazer desta a melhor fase de sua vida. Por isso, cuide-se, previna-se contra doenças, comece novos projetos, participe das atividades de sua comunidade.

Ele ressalta duas qualidades que seriam inerentes ao idoso -, a **experiência e a sabedoria** -, porque aos 60 anos já experimentou muitas situações e as têm na memória. Esse conhecimento lhe será indispensável para ter bom senso nas suas futuras escolhas, entre elas ler a cartilha e fazer o que ali está prescrito.

6.3 Resultados e discussão por capítulo da cartilha:

Capítulo 1: A pirâmide alimentar

O texto é genérico e não explica qual seria a dose certa, minimamente, a ser consumida dos alimentos contidos na pirâmide. Não podemos esquecer que a cartilha tem um compromisso com o leitor de ser um *guia completo*. Qual é a percepção do que é moderação, para uma gama enorme de idosos, das mais diferentes faixas etárias, com pesos diferenciados?

No capítulo “Alimentos”, página quatro, a apresentação é semelhante a de

outros manuais, com a separação por tipo, exemplos de cada grupo e função. O primeiro texto, o que abre o capítulo “A energia, as proteínas, vitaminas que você precisa para manter a saúde física e mental **estão nos alimentos, não nas farmácias**” (grifo nosso) é um aviso quanto à importância de variar a ingestão de víveres, dando a entender que com isso o custo com remédios pode ser reduzido e o leitor poderá ter uma melhor saúde.

Prossegue o texto:

Cuide de suas refeições e coma na dose certa, prestando atenção na qualidade e na quantidade. Alimentar-se bem é a melhor maneira de combater a desnutrição e a obesidade e prevenir outras doenças, como pressão alta e diabetes. A pirâmide vai ajudar você a combinar os alimentos diariamente, nas medidas certas.

Nota-se uma preocupação quanto à prevenção de algumas doenças citadas neste trecho, como obesidade, desnutrição, diabetes, hipertensão, anemia e osteoporose. A pirâmide alimentar (páginas quatro e cinco) é utilizada na cartilha com a intenção de prescrever a dieta alimentar dos idosos, mas em nenhum dos alimentos sugeridos existe a medida a ser consumida. As informações são genéricas e, provavelmente, já conhecidas dessa população. Nos energéticos extras traz um alerta para serem consumidos com moderação, mas não há explicação do por que.

O fato é que as gorduras desempenham relevante papel de transporte de vitaminas lipossolúveis, síntese de hormônios, estrutura de membranas celulares e outros. Sua necessidade de consumo decresce com a idade. O organismo consegue sintetizar a maioria das gorduras necessárias para o seu metabolismo. Por exemplo, o colesterol é essencial para a estrutura de vários hormônios além de sais biliares, mas a demanda é totalmente satisfeita com a produção interna, não havendo necessidade de fornecimento externo como, banhas, manteiga, margarina, óleos vegetais, toucinho, etc.

As palavras distração e lazer estão mal empregadas no texto. Existe contradição nessa afirmação, na medida em que a cartilha diz que “a energia, as proteínas, vitaminas e minerais (...) estão nos alimentos, não nas farmácias”. Portanto, o ato de comer não pode ser considerado uma ação de distração e lazer, mas um momento no qual o idoso está nutrindo-se de elementos para ter saúde e qualidade de vida. As recomendações do peso ideal não levam em consideração a idade do público específico, porque um idoso de 65 anos, de 1,60m, por exemplo, tem pesos ósseos, musculares, de gordura e residual diferentes de um de 75 ou 80 anos.

Não existe esclarecimento também para a ingestão da água. Como ela representa aproximadamente 40 a 60% do peso corporal total de um indivíduo sadio, é a de sua perda, pela transpiração que o organismo consegue esfriar-se. Assim, a ingestão de água depende de quanto ela está sendo eliminada pela transpiração, urina, fezes, respiração. A média de dois litros diários deve ser aumentada em dias quentes.

As recomendações sobre higiene (página sete) são simplórias e de conhecimento público. Infere-se que foram colocadas para reforçar atitudes instaladas. Recomenda-se lavar as mãos antes de lidar com alimentos e lavá-los antes do consumo; guardá-los separados dos produtos de limpeza. Não comprar latas que estejam amassadas ou estufadas.

A prescrição de picar, moer, cortar e ralar os alimentos é para os idosos que deixam de comer vários alimentos duros por terem dificuldade de mastigação, decorrente da falta de dentes. É pertinente.

O texto alerta para as doenças como diabetes e colesterol, que precisam de dietas especiais. Não comenta sobre a dieta dos hipertensos e da osteoporose, que são doenças comuns entre os idosos. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), com dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (NOTISA, 2004), há 600 milhões de hipertensos no mundo e 500 milhões precisariam de intervenção médica imediata. No Brasil, seriam cerca de 30 milhões de portadores da doença, que chega a atingir mais de 50% dos idosos e está associada a diversas afecções cardiovasculares.

O documento traz informação sobre a auto-medicação, ressaltando que só o médico pode receitar remédios. Destaca a importância de não interromper o tratamento por conta própria, alerta para a validade dos medicamentos e adianta que não existem fórmulas milagrosas contra obesidade, calvície, falha de memória e problemas sexuais, como as anunciadas no rádio e televisão e, finalmente, para a exigência da nota fiscal.

Capítulo 2

O texto chama a atenção do leitor sobre procedimentos inadequados na ingestão de medicamentos.

Quanto à falsificação dos remédios, o texto informa que em caso de dúvida deve-se ligar para o *Disque Saúde*, mas o telefone 0800 611997 não consta da página em questão, aparecendo somente na contra capa. Para o leitor idoso, ter que procurar em outro local da cartilha essa informação pode significar um problema.

A orientação de que os postos e unidades de saúde fornecem remédios gratuitos para doenças comuns do idoso é importante.

Capítulo 3

O título do capítulo “Cuidando da máquina” sugere que o idoso é visto

como uma máquina, como se ele fosse um conjunto orgânico de peças de um instrumento. Não se trata do sujeito/idoso com todas suas idiossincrasias. Ignorou-se seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos. É como se bastasse fazer um *check up* na máquina e tudo estaria resolvido

O texto aborda as doenças mais comuns que afetam os idosos e prescreve alguns comportamentos mais adequados quanto a vacinas e exames. As recomendações podem levar o leitor à reflexão, e ele passa a ter responsabilidades sobre o processo de tomar as vacinas ou não.

Ainda nesse capítulo aparecem prescrições sobre prevenção, como por exemplo, na frase **“mesmo que não sinta nada, consulte o médico pelo menos uma vez por ano”**. A palavra **prevenção** e semelhantes aparecem oito vezes ao longo do manual, além da tabela de duas páginas sobre doenças e prevenções. Essa repetição de palavras plenas foi examinada no momento em que fizemos a análise de conteúdo da cartilha.

“As palavras prescrição e receita, como uma espécie de ordem dada pelo médico, mostram bem a ausência daquela liberdade que caracteriza todo comprador.” (...) a prescrição detalha o que é preciso fazer: o que é prescrito é fixado, quase imposto”.
(PIGNARRE, 1999, p.103-104)

Nas páginas 10 e 11 lê-se a sentença “Anote em cada quadradinho...”. O uso de diminutivo é bastante presente em cartilhas e livros infantis e raramente são vistos em guias elaboradas para adultos. Neste caso temos, novamente, o tratamento infantilizado do idoso.

Nas páginas 11 e 12 os textos são totalmente prescritivos e apontam na direção de resultados a serem obtidos no tratamento dos sintomas. Nas tabelas de vacinas e exames (páginas 12 e 13) a cartilha procura, quase em sua totalidade, linguagem acessível a toda população, mas nem sempre consegue. Na tabela de exames as palavras glicemia e glaucoma podem não fazer parte do vocabulário popular e deveriam ser substituídas por taxa de açúcar no sangue e pressão alta nos olhos, por exemplo. Na elaboração de uma cartilha destinada aos idosos, presente em todas as camadas sociais, o uso de palavras-chave de fácil compreensão é indispensável para que a mensagem chegue, com um mínimo de ruído, ao maior número possível de receptores.

Capítulo 4

As orientações sobre quedas são extremamente pertinentes. O risco de tombos aumenta com a idade e, mais da metade das ocorrências, são na residência do idoso. Significativo número de idosos morre por causa da queda ou em consequência da imobilidade provocada por ela.

Capítulo 5

O capítulo trata essencialmente de atividades físicas. Tenta passar para o idoso a idéia de que exercícios são benéficos para o corpo e também para os aspectos psicológicos, porque predispõe o idoso a ter vontade de usufruir de atividades de lazer, como conviver com os amigos, fazer novos planos de vida ou realizar desejos antigos.

Incentiva o idoso a buscar, por intermédio da mídia, informações que podem levá-lo a reflexão e, ao mesmo tempo, ajudar sua memória. Estimula comportamentos autônomos

Capítulo 6

Nesse capítulo sobre direitos, a cartilha trata de assuntos de grande interesse do idoso como planos de saúde e relação com a família. Apesar de demonstrar esforço para passar o maior número possível de informações, não existem números de telefone nem os endereços de delegacias, PROCONs e secretarias de saúde. A cartilha falha neste sentido, pois identifica o órgão que o idoso deve procurar caso se sinta prejudicado, mas não informa como pode encontrá-lo. Muitos dos órgãos são municipais ou estaduais, o que poderia justificar a ausência de informações dos mesmos, pois o folheto é de abrangência nacional. No entanto, mesmo justificada, esta falha prejudica a comunicação do folheto porque instruiu o idoso sobre o que deve ser feito, mas não dá os elementos necessários para a efetivação da ação.

Para Restrepo a saúde é um “conceito holístico positivo que integra todas as características do bem-estar humano e concilia dois aspectos fundamentais: a satisfação das chamadas necessidades básicas e o direito a outras aspirações que todo o ser humano e grupo desejam possuir: quer dizer que além de ter onde viver, ter o que comer, ter onde se cuidar quando enfermo e contar com trabalho remunerado, também (o indivíduo) necessita ter acesso a outros componentes da saúde tais como: direitos humanos, paz, justiça, opções de vida digna e qualidade de vida; à possibilidade de criar, de inovar, de sentir prazer; ter acesso à arte e cultura e finalmente, chegar a uma velhice sem incapacidades e com plena capacidade para continuar desfrutando da vida até que o seu ciclo vital termine.”

(RESTREPO, 2001, p. 24)

“prevenção primária, temos, de um lado, medidas que visam a melhorar o grau de saúde do homem, aproximando-o do ótimo ideal descrito na definição da Organização Mundial de Saúde, OMS”. (LEAVELL. & CLARK apud LESER et al 2000, p. 10).

Os gráficos resumem os resultados obtidos na análise temática da cartilha:

Capas e contracapas:

Mensagem do Ministro José Serra:

Índice:

Capítulo 1: Alimento, fonte de vida

Capítulo 2:

Remédios, cuidado!

Capítulo 3: Cuidando da máquina

Capítulo 4: Sempre alerta

Capítulo 5: Exercícios físicos

Capítulo 6: Exija seus direitos

Cartilha geral:

Sub categorias de Prevenção:

Sub categorias de Prescrição:

Sub categorias
de Qualidade de vida:

Sub categorias
de Saúde:

Frequência dos verbos por modo

Dos 419 verbos selecionados, 121 (28,9%) estão no imperativo, sendo que 84,3% desse total são comportamentos a serem acatados e 15,7% são comportamentos a serem rejeitados. Podemos inferir que a cartilha é espaço da prescrição, onde os conselhos têm forte conotação de ordem. A tabela resume estes dados

Imperativo	Quantidade	% Imperativos (base 121)	% Verbos Geral (base 419)
Positivo	102	84,30%	24,34%
Negativo	19	15,70%	4,53%
TOTAL	121	100,00%	28,88%

As *capas e contracapas* têm 1,4% verbos e sua função é informar ao leitor o que a cartilha tem nas páginas interiores. A *mensagem* do então ministro José Serra tem 4,3%. O *índice* 1,4%, o *capítulo 1* que trata dos alimentos, 19,6%; *capítulo 2*, que informa sobre os remédios, 12%; *capítulo 3*, que prescreve vacinas, exames e doenças, 13%; *capítulo 4*, que alerta para as quedas, 13%; *capítulo 5*, que aborda a questão das atividades físicas, 23%; *capítulo 6*, que informa sobre direitos legais, 13%. Existe um equilíbrio percentual nos capítulos, com exceção do cinco, que tem percentual maior.

O modo *imperativo* aparece com 35% no capítulo um, 28% no dois, 5% no três, 36% no quatro, 47% no cinco e 8% no seis. Este fato corrobora o caráter essencialmente de imposição das mensagens. O Ministério da Saúde emite comandos para o idoso.

Os verbos conjugados, sobretudo no *subjuntivo*, são: evite, (não) faça, estiver, tiver, houver, provoque, ser. Estes comportamentos de desviar-se, precaução e autocontrole constituem outras tantas ordens a cumprir.

Os verbos no *infinitivo* aparecem no capítulo um com 25%; no dois com 12%; no três com 44%; no quatro, com 38%; no cinco, 18 % e no seis, com 38%. Como o *infinitivo* está no campo do domínio dos resultados, pode indicar que se cumpridas as ordens dadas pelo imperativo, os resultados estarão garantidos.

O *presente do indicativo* aparece no capítulo um com 26%; no dois com 40%; no três com 35%; no quatro com 15%; no cinco com 20% e no seis com 21%. Existe certo equilíbrio no percentual, com exceção dos capítulos dois e três. O presente representa o domínio da situação, representa a autoridade do Ministério para conduzir as prováveis ocorrências.

A classificação dos modos verbais foi feita segundo Bardin (2004, p. 80-84). Os tempos dos verbos nos revelam que no:

Presente do indicativo: *existe domínio da situação*, isto é, dos assuntos abordados na cartilha, considerados fundamentais pelos autores. **Imperativo:** *domínio do conselho* que, na realidade, são ordens. **Infinitivo:** *existe domínio dos resultados*. **Futuro do indicativo:** *domínio do prognóstico*, apresenta o fato como possível, embora não tenha a conotação de inevitável. **Modos Pretéritos:** *é o domínio do concluído*, realizado. O Gráfico a seguir mostra a frequência dos verbos por modo:

O gráfico ao lado ilustra a classificação das ações: o domínio do modo verbal

Os verbos utilizados nos gráficos são

aqueles com representação acima de 5%, levando-se em consideração a base de 419.

O gráfico abaixo resume os dados apresentados sobre a frequência dos modos verbais:

A tabela abaixo mostra a frequência dos modos verbais da mensagem e capítulos:

Frequência dos modos verbais: % sobre o total de verbos de cada capítulo								
Tempo	Cap1	Cap2	Cap3	Cap4	Cap5	Cap6	Mensagem	Total geral
Imperativo	35	28	5	36	47	8	22	29
Infinitivo	25	12	44	38	18	38	11	27
Presente do indicativo	26	40	35	15	20	21	28	25
Presente do indicativo composto	7	12	9	2	6	8	6	7
Gerundio	2	2	4	2	1	4	17	3
Pretérito perfeito do indicativo	1	2	2	2	2	4	11	2
Futuro do presente do subjuntivo	2	0	0	0	2	2	0	1
Presente do subjuntivo	0	2	0	4	2	0	0	1
Futuro do presente	0	0	2	0	0	4	6	1
Futuro do presente composto	0	0	0	0	0	6	0	1
Futuro do presente do subjuntivo composto	1	0	0	0	1	2	0	1
Particípio	0	2	0	0	0	2	0	0
Presente do subjuntivo composto	0	0	0	2	0	2	0	0
Pretérito imperfeito do indicativo	0	0	0	0	0	2	0	0
Total geral	100	100	100	100	100	100	100	100

Comparação entre os capítulos e o geral

Comparamos os dados gerais da cartilha com a mensagem do então ministro José Serra e todos os capítulos.

A mensagem tem 18 verbos, sendo no presente 28%, imperativo 22% e infinitivo 11%;

Capítulo 1 - dos 81 verbos temos no *imperativo* 35%, *presente* 26% e no *infinitivo* 25%;

Capítulo 2 - dos 50 verbos temos no *presente* 40%, no *imperativo* 28%, no *infinitivo* 12%;

Capítulo 3 - dos 55 verbos temos: no *infinitivo* 44%, *presente do indicativo* 35%, no *imperativo* 5%;

Capítulo 4 - dos 53 verbos temos: no *infinitivo* 38%, no *imperativo* 36%, no *presente* 15%;

Capítulo 5 - dos 98 verbos temos: no *imperativo* 47%, no *presente* 20%, no *infinitivo* 18%;

Capítulo 6 - dos 53 verbos temos: no *infinitivo* 38%, no *presente* 21%, no *imperativo* 8%;

O que os tempos verbais da cartilha revelam:

Na cartilha, como um todo, o campo domínio do *conselho* ou *comando* aparece com 34%; do *resultado* com 32%, e o *domínio da situação* com 30%.

A mensagem e os capítulos no campo do domínio verbal

A mensagem: está no domínio da situação, dá conselhos e resultados a população idosa.

O capítulo 1 está no domínio do conselho ou ordem; está no domínio da situação e dos resultados.

O capítulo 2 está no domínio da situação, dá ordens e conselhos e tem domínio dos resultados.

O capítulo 3 está no domínio dos resultados e da situação, são poucas as ordens e conselhos.

O capítulo 4 está no domínio dos resultados, dá muitas ordens e conselhos e tem domínio da situação;

O capítulo 5 dá grande número de ordens

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável na direção de um bem-estar global. (Ministério da Saúde / IEC, 1996, p 6).

Lopes, Ruth Gelebrter da Costa. Saúde na velhice. As interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento. São Paulo, EDPUC, 2000, pág. 3.

e conselhos, tem domínio da situação e dos resultados;

O capítulo 6 tem domínio dos resultados e da situação, dá poucas ordens e conselhos.

Os verbos futuros que indicam o domínio da predição, assim como os modos pretéritos que estão no domínio do concluído aparecem em um percentual muito pequeno (vide tabelas) e não têm expressividade.

Temas encontrados

A cartilha tem como tema geral 22,4% de *prevenção*, 19,8% de *prescrição*, 15,3% de *qualidade de vida*, 14,6% de *direito legal*, 12,2% de *informação* e 1,9% de *autonomia*. É um documento preocupado com as ações preventivas do idoso, por isso prescreve uma série de comportamentos que poderiam melhorar sua qualidade de vida. As informações aparecem num índice 50% menor do que a prevenção, mostrando que esse tema tem valor menor para o emissor do que os comportamentos preventivos. É preciso lembrar que o Ministério da Saúde estava preocupado com o grande número de internações dos idosos, em consequência das mais diversas doenças, nos anos anteriores a 1999. O baixíssimo índice de *autonomia* revela que o Ministério se comunica com um idoso que não sabe se cuidar. Os comportamentos que poderiam incentivar a autonomia foram ignorados pelo Ministério da Saúde, produtores e especialistas, esses últimos foram os responsáveis pelas informações e dados para o conteúdo da cartilha.

A subcategoria de *prescrição* tem 9,8% de promoção de saúde, 5,5% de alimentação, 2,4 % de atividade física, 1,2 % de queda, 1,1% de higiene. Esses dados mostram que, no tema prescrição, a questão da promoção de saúde tem valor maior do que alimentação.

Alimentação é o conjunto de substâncias de que um indivíduo costuma alimentar-se. E alimento é toda substância que, introduzida no organismo, serve para nutrição dos tecidos e para produção de calor.
DICMAXI, Dicionário Multimídia Michaelis.

Na subcategoria de *prevenção* aparece queda com 12,6%, promoção de saúde 5,7%, atividade física e alimentação 1,4% e higiene 0,7%. Queda é um problema muito grande para o idoso e isso foi considerado fortemente pelo Ministério da Saúde. O conteúdo sobre o assunto ocupou todo o capítulo quatro.

Na subcategoria *qualidade de vida* a promoção de saúde aparece com 11,7%, queda 2,1%, alimentação, 1,2% e atividade física 0,2%. É evidente as questões relacionadas a promoção de saúde são as que mais se aproximam para se ter melhor qualidade de vida

Atividade é a qualidade de ativo. Faculdade de poder atuar:
Vivacidade e energia na ação; presteza, prontidão.
Ocupação a que se dedica uma pessoa.
Física ou corpo é a estrutura física do homem ou do animal.
DICMAXI – Dicionário Multimídia Michaelis.

Na subcategoria *saúde*, a promoção de saúde aparece com 9,8%, alimentação 3,1%, queda 0,7% e atividade física 0,2%. É interessante notar que a questão da promoção da saúde aparece com percentual três vezes maior do que a alimentação. Infere-se que a *saúde* está na somatória de outros elementos além da nutrição. A atividade física é vista como um comportamento pouco significativo para a saúde.

Olhando cada capítulo individualmente, quanto aos temas, pode-se dizer que as *capas* (67%) e o *índice* (40%) são informativos. Na *mensagem* do então ministro José Serra, qualidade de vida (75%) é a questão principal, em que estão explicitados que comportamentos como cuidado e prevenção, aliados a valores da experiência e sabedoria, proporcionariam melhor qualidade de vida.

O capítulo *Alimento, fonte de vida* está voltado para a prescrição (44%) e saúde (32%). São conselhos que não podem ser discutidos, porque buscam promover a saúde do idoso.

No capítulo *Remédios: cuidado!* predomina a informação (52%) e, num percentual menor, a prescrição (22%). Na época em que foi feita a cartilha, os medicamentos de marca, genérico e similar ainda eram confundidos, daí a necessidade de mais informação sobre o assunto no capítulo.

No capítulo *Cuidando da máquina*, a prevenção (53%) e a saúde (31%) aparecem de maneira expressiva. É o capítulo das vacinas e explicações sobre como agir diante de determinados sintomas, portanto, natural que tais categorias sobressaíam.

No capítulo *Sempre alerta*, a prevenção aparece em 58% do texto. Como o tema são as quedas, era esperado esse resultado.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhora da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle do processo.
Ministério da Saúde apud LOPES, 2000, pág. 3.

No capítulo *Exercícios físicos*, a qualidade de vida aparece com 46% e prescrição, com 24%. Há associação de que as atividades físicas estão ligadas a qualidade de vida.

No capítulo *Exija seus direitos*, direito legal aparece com 91%. Como o capítulo é a explicação da Constituição e Política nacional do Idoso (Lei nº. 8.842/94), era aguardado o fato das informações sobre direito serem predominantes.

Palavras plenas e palavras instrumento

O substantivo *saúde* aparece 34 vezes e está primeiro lugar da lista, seguida por *alimento*, 24 vezes. O verbo *fazer* aparece 19 vezes e está em terceiro lugar, os verbos *dever* e *evitar* aparecem 12 vezes e estão em oitavo, *exija* em vigésimo primeiro com 5 repetições.

Alguns exemplos: *faça* duas etapas separadas de 30 minutos. *Faça* no mínimo quatro refeições O que você deve *fazer* ano a ano. *Deve-se* evitar fumar e beber em excesso. *Devem* ser feitos antes e depois da caminhada. *Evite* ladeiras e pisos irregulares. *Evite* solados lisos. *Evite* falsificação. *Evite* exercícios fortes *Exija* sempre e guarde a nota fiscal. *Exija* seus direitos.

Os adjetivos mais freqüentes são *muito* (13), *cuidado* (10), *melhor* (7), *direito* (6), *idoso e velho* aparecem uma única vez na cartilha toda.

Informações fornecidas pelas palavras-instrumento:

O advérbio *não* aparece 41 vezes e está em primeiro lugar na lista. O aparecimento da negação com elevada freqüência revela o número de interditos e de precauções recomendadas pelo Ministério da Saúde: “Não pense em pular uma ou mais refeições”; “não compre as que estiverem amassadas ou estufadas”; “não deixe de comer nada por não conseguir mastigar”; “não tome remédios fora do prazo de validade”; “não encere a casa”.

O pronome pessoal *você* aparece 26 vezes. Usa-se como tratamento entre íntimos e iguais. Esta incidência constitui o sinal de que a cartilha possui função *fática*, isto é, procura estabelecer e personalizar o contato com o leitor, dando a ilusão de diálogo. Esse procedimento é concebido para aproximar o receptor e é muito utilizado no discurso publicitário que, para seduzir, tem a necessidade de fazer esquecer a sua condição de comunicação de massa anônima e impessoal.

Os gráficos a seguir mostram a freqüência das palavras *plenas* e das palavras *instrumento*:

Cartilha: Geral

O substantivo *saúde* aparece 34 vezes e está em primeiro lugar das palavras-pletas, seguido pelo substantivo *alimento*, com 24 vezes. O verbo *fazer* aparece 19 vezes, em terceiro.

O substantivo *doença* aparece em quarto, com 14 repetições e em quinto, com 13, vem o substantivo *física*.

Os verbos *dever* e *evitar* e os substantivos *viver* e *atividade* aparecem 12 vezes e estão em oitavo; *exija* em vigésimo primeiro com cinco repetições.

O advérbio *não* aparece 41 vezes, está em primeiro lugar na lista das palavras-instrumento, seguido pelo pronome *muito*.

A cartilha apóia-se nas palavras *saúde*, *alimento*, *doença*, *atividade*, *física*, *fazer*, *dever*, *evitar*, *viver*, *exija*, *não* e *muito*.

A prevalência dessas palavras mostra que a questão da *saúde* é o tema principal da cartilha, seguido de *alimento*.

O verbo *fazer* indica a prática; *dever* e *evitar* são conselhos ou comandos, vêm expressivamente acompanhados da expressão de negação (*não*). *Muito* tem uma frequência % inferior a negação.

Exija refere-se ao capítulo dos direitos legais.

Doença aparece em número menor do que *saúde* indicando que a cartilha é um instrumento de prevenção primária, já que o objetivo é evitar a doença e não curá-la. Por isso *atividade* e *física* têm frequência expressivas.

Na **mensagem** do então ministro José Serra, o substantivo *saúde* aparece cinco vezes e está em primeiro lugar, seguido de *viver* com quatro e do verbo *fazer*, com três.

O pronome *muito* aparece duas vezes.

A *mensagem* está apoiada nas palavras *saúde*, *viver*, *fazer*, *muito*.

Resumo: Há muito que fazer para viver com *saúde*.

Palavras Plenas - Alimentos, fonte de vida - Cap. 1

Capítulo 1

O substantivo alimento aparece 14 vezes, o advérbio não sete, seguido do verbo dever, quatro.

O capítulo apóia-se nessas palavras, e é um resumo de: 'alimento é a fonte de vida e o dever de se consumir determinados alimentos e outros não'.

Palavras Instrumento - Alimentos, fonte de vida - Cap. 1

Palavras Plenas - Remédios! Cuidado - Cap. 2

Capítulo 2

O substantivo medicamento aparece 18 vezes, seguido do advérbio não, com seis. O substantivo médico aparece cinco vezes e saúde, três.

O capítulo está apoiado nas palavras medicamento, não, médico e saúde que têm relação entre si e estão dentro do contexto medicamentos, tema do capítulo.

Palavras Instrumento - Remédios! Cuidado - Cap. 2

Palavras Plenas - Cuidando da máquina - Cap. 3

Capítulo 3

Os substantivos atividade, física e o advérbio não aparecem em primeiro lugar, com sete repetições.

Os substantivos doença e prevenção são os segundos da lista, com cinco.

O capítulo apóia-se nas palavras atividade física, não, doença e prevenção. O tema do capítulo são vacinas, exames e prevenção de doenças, assim essa frequência resume: 'a atividade física como forte prescrição, e o que não se deve fazer para se prevenir de doenças'.

Palavras Instrumento Cuidando da máquina - Cap. 3

Palavras Plenas - Sempre Alerta Cap. 4

Capítulo 4

O advérbio não, o substantivo queda, e o verbo cair aparecem em primeiro lugar, com cinco repetições.

O advérbio sempre aparece três vezes e está em segundo lugar.

As palavras quedas e cair, assim como não são pertinentes num capítulo que trata de prevenção de quedas. O capítulo apóia-se nas palavras não, queda, cair e sempre e resume: 'o que sempre fazer para não cair ou ter queda'.

Palavras Instrumento Sempre Alerta - Cap.4

Palavras Plenas - Exercícios Físicos - Cap. 5

Capítulo 5

O verbo fazer e o evitar quatro aparecem respectivamente em primeiro e segundo lugar.

O advérbio não aparece em primeiro lugar com 12 repetições, em segundo está o pronome muito, com cinco.

O capítulo apóia-se nas palavras fazer, evitar, não e muito e resume: 'o muito é a dimensão de importância do que não fazer ou evitar. Os conselhos vêm expressivamente na negativa: "(...) não faça..."

Palavras Instrumento - Exercícios Físicos - Cap. 5

Palavras Plenas - Exija seus direitos - Cap. 6

Capítulo 6

O substantivo saúde aparece 10 vezes, e está em primeiro lugar.

O adjetivo direito está em segundo, com cinco repetições e o advérbio não em terceiro, com quatro.

O capítulo está apoiado nas palavras saúde, direito e não, que resume: 'o direito à saúde existe e o não representa atitudes não permitidas com o idoso.

Palavras Instrumento - Exija seus direitos - Cap. 6

A cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde possui as seguintes características: 24 páginas, formato 13,5 x 20,5cm, com suporte da forma e conteúdo em papel couche 75g, semi-acetinado. A impressão é em 4x4 cores, sendo que nas capas predominam as cores branca, azul, laranja e terra e acabamento com dois grampos. Tal composição remete ao universo das cartilhas em geral, seja infantil, juvenil ou para adultos.

A escolha da tipografia tem importância até mesmo como elemento plástico. As palavras têm significação imediatamente compreensível, mas esta é colorida, tingida, orientada, antes mesmo de ser percebida pelo aspecto plástico da tipografia (sua orientação, forma, cor, textura). Esta análise é pertinente também para escolhas plásticas contribuem para produção de sentido a partir da imagem visual.

Tipografia

Em quase todos os textos da cartilha, foi usado o tipo Arial, família de tipos que não é a ideal para o público alvo, já que não tem serifa²⁴, o que dificulta sua leitura. No entanto, esse possível empecilho de leitura foi compensado com um corpo maior do que o usual nas fontes. A solução adotada não respeitou os espaços em branco que ajudariam a diagramação e tornariam a leitura mais fácil, além de fazer parecer que as entrelinhas estão pequenas demais. Não há padronização, pois alguns textos aparecem justificados e outros alinhados à esquerda. Os destaques às vezes estão em negrito e em outras, em itálico.

²⁴ Pequeno traço, ou, às vezes, simples espessamento, que remata, de um ou de ambos os lados, os terminais das letras não lineais.

Muitos dos tipos com serifa, com contraste grosso-fino suave, têm grau elevado de legibilidade, o que significa que podem ser facilmente utilizados em textos extensos. De acordo com Williams (1995, p. 86-87), tipos com serifa costumam ser utilizados em livros infantis, por sua estética clara e direta..

Sem serifa

Em francês (e em inglês também), este estilo de tipo é chamado *sans serif*. A idéia de remover as serifas foi medida tardia na evolução da tipologia e não obteve muito sucesso até o início do século XX. Os tipos sem serifa são quase sempre de peso igual, o que significa que, virtualmente, não há uma transição grosso-fino visível nos traços; as letras, sempre com a mesma espessura e devem ser evitadas em textos longos.

O Título

Programação visual do título

O nome Ministério da Saúde aparece no alto, em letras brancas. *Viver mais e melhor* vem como título principal. Um pouco abaixo vem o sub-título *Guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida*, em azul. O psicólogo Bamz apud Farina (1982, p. 105) fez estudo vinculando a escolha das cores e a idade. Segundo o autor, o azul corresponderia a faixa dos 40 aos 50 anos, idade do pensamento e da inteligência. Os caracteres são da família Arial, sem serifa, com diferença de cores e tamanho. Os tipos serifados guiam os olhos do leitor de uma letra para outra, imprimindo ritmo e facilitando, assim, a leitura.

A marca Ministério da Saúde legitima as informações que a cartilha contém. Ela vem no alto da primeira capa, como um rótulo, assegurando que todo o conteúdo é verdadeiro e importante para o leitor. É o discurso competente. (CHAUÍ, 1981).

O título principal, *Viver mais e melhor*, contém a promessa de que as doenças inerentes à idade serão controladas. Ele dá a esperança de que mais anos de vida poderão ser desfrutados de maneira quase perfeita. Um pouco abaixo vem a ratificação da promessa ao leitor, no olho, *Guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida*. Assim, está assegurado que a cartilha tem **todas** as prescrições dos processos de como melhorar a qualidade de vida.

Apesar de abrangente em seus assuntos - alimentação, remédios, vacinação, exames, doenças mais comuns, prevenção, quedas, atividades físicas e direitos dos idosos-, a cartilha deixa de fora temas extremamente importantes como a prevenção e problemas da visão, audição e das doenças degenerativas que afetam

as pessoas mais velhas.

Pensando no efeito no leitor e também na questão da credibilidade do logotipo da publicação, podemos inferir que a instituição Ministério da Saúde tem autoridade de conhecimento para garantir o compromisso que o título propõe: *Viver mais e Melhor*. O enunciado do sub-título *Guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida* é pretensioso. Denominando-se como um guia **completo**, induz à ilação de que tudo o que está na cartilha é vital e não há nada fora dela que seja importante. Aqui prevalece o que Citelli (2003, p.18) chama de raciocínio *apodítico*, que ele descreve como algo pronto, finalizado e que não permite qualquer discussão. O adjetivo **completo**, utilizado no título, significa que não falta nada do que pode ou deve ter, aquilo que é perfeito ou acabado. É uma aspiração enorme e utópica, que uma cartilha de apenas 24 páginas tenha conteúdos que dêem conta de tudo o que o idoso precisa saber para *promoção de saúde e qualidade de vida*.

O pronome **você** do subtítulo, apesar de ser um tratamento para pessoa não específica é um recurso para aproximar o idoso/receptor, aliciar o leitor. Normalmente este pronome é utilizado como forma de tratamento íntimo, entre pessoas do mesmo nível social, econômico e etário. Assim sendo, esse tratamento é importante para conquistar o leitor, sensibilizando-o para a leitura da cartilha.

A cartilha é para o **você** não explicitado claramente, pois nem no título ou sub-título aparece a palavra idoso. Em nossa sociedade, o vocábulo velho ou idoso tem conotação pejorativa. Assim sua supressão facilita que o **você** do subtítulo tenha um significado particular para o receptor, que também não quer ser percebido como velho ou idoso, já que é assim discriminado. É essa segregação que frequentemente leva o idoso a uma atitude de negação da velhice, buscando parecer mais jovem para ser aceito e acolhido, obscurecendo suas características, atributos e identidade.

Capa e contra capa

Na capa há uma foto vazada para a contracapa, de autoria de Juan Esteves. Os fotografados são um casal de idosos abraçados, sorrindo e olhando para o mesmo ponto à frente. Eles têm aparência saudável e alegre, já que devem se alimentar adequadamente. A imagem induz o leitor a pensar em afeto, alegria, harmonia, conforto, bem estar e planos para o futuro.

Podemos entender a imagem como um estereótipo do idoso saudável e feliz. Na concepção de Brown apud Citelli (2003, p. 46) o uso de estereótipos dificulta o questionamento a respeito do que é enunciado, visto ser algo de domínio público. A construção cultural do idoso, seja ele pobre ou rico, é histórica, e

aceita sem discussão pela sociedade.

A tentativa de *desconstrução da velhice* como *experiência homogênea* é a característica marcante da produção acadêmica recente voltada para a experiência de envelhecimento, sobretudo na antropologia e na sociologia.

A foto revela que a cartilha se destina aos jovens-idosos (65-75 anos) Debert (1999, p. 62), apesar de não haver uma palavra na capa com esse indicador. Ícones da classe média brasileira, os idosos são a não-representação do idoso da camada popular. Tentou-se a unificação, com essa representação, extremamente problemática, de todas as camadas da população idosa.

Essa construção do Ministério da Saúde sobre o sujeito-idoso, em que se procurou dissimular diferenças reais como aquelas que existem entre o idoso pobre e o rico, entre o idoso urbano e o rural, entre os assalariados dos serviços e os dos setores de classe média, não é um deslizamento casual, mas uma operação ideológica muito fácil e tentadora, porquanto elimina a necessidade enfrentar as diferenças mencionadas. A consequência desse procedimento do Ministério da Saúde é que o idoso brasileiro, que utiliza o serviço de saúde pública, busque uma identificação com aquela representação e, ao perceber que esse sujeito é símbolo de outra classe social, sente-se excluído do sistema de saúde pública, já que não se reconhe-

ce no representado e nem no contexto em que aquele idoso transita, com todos seus códigos, crenças, oportunidades, comportamentos.

Os dizeres, na vertical, *Distribuição gratuita*, é a garantia de que a cartilha é um *presente* dado ao idoso que se vacina.

A contra capa

No alto aparece o logotipo do Ministério da Saúde, como órgão do governo federal, identificado por pequenas faixas verde e amarelo que são predominantes na bandeira nacional. Abaixo, em fonte pequena, vem a expressão Trabalhando em todo o Brasil. Esses signos dão a entender que existe um órgão federal, na área da saúde, que está preocupado com o idoso. E, como também há a chancela das secretarias estaduais e municipais de saúde, o projeto se torna grandioso nessa preocupação com a saúde e qualidade de vida do cidadão idoso brasileiro.

Logo abaixo há o nome do

Ministério de Saúde
Esplanada dos Ministérios
Bloco G, sala 601
CEP 70.058-900 – Brasília – DF
Telefone (061) 315-2187**

DISQUE SAÚDE 0800 611997

Visite nossa página na internet
www.saude.gov.br

Pela diagramação e conteúdo, é como se fosse o *expediente* do Ministério da Saúde. Fechando a contra capa vem o ícone do **Smiley**²⁵ com bigodes brancos acompanhado dos dizeres *Velho é o seu preconceito*. O ícone tenta uma aproximação entre o leitor e a cartilha. Espera-se que o idoso identifique-se com ele, porque o ícone tenta mostrar que esse trabalho foi pensado e feito exclusivamente para ele. Além disso, o desenho traz a mesma idéia de alegria da juventude, mostrando que a saúde e a qualidade de vida podem prolongar-se na velhice.

O slogan ‘velho é o seu preconceito’ reforça a idéia de que existe uma

²⁵ Conforme <http://www.atlantistendamix.com.br> e <http://goodbyemag.com/apr01/ball.html> acessado em 20/09/2004 o desenho foi feito pela primeira vez pelo artista gráfico americano Harvey Ball, em 1964, para uma campanha interna da empresa State Mutual, que tentava estimular os funcionários a sorrirem durante o trabalho. Nos anos 80 a figura ganhou o nome de Smiley pelo DJ Pierre como tema do Acid Tracks, som criado por ele e por outros DJs, que usava vibrações e ressonâncias herdadas da House Music, estilo de música que tocava em clubes undergrounds de Chicago, com ritmos frenéticos, repetitivos e alucinantes.

diferença conceitual entre os termos velho e idoso. O eufemismo busca recontextualizar o signo por meio do jogo retórico da troca de palavras. O tipo de discurso presente aqui é denominado por Citelli (2003, p. 40) como *dominante e persuasivo*, cuja preocupação central é causar emoção no leitor. A palavra idoso procura criar novas idéias e valores que não estão presentes no termo velho.

Detalhando as páginas

Página 2

Mensagem do Ministro José Serra

A mensagem do então ministro da Saúde, José Serra, com o título: **Você ainda tem muito o que fazer na vida**, em Arial e caixa alta, alinhado à esquerda e limitado por fios. O texto da mensagem, no tipo Times New Roman, em itálico, sugere a idéia de que foi manuscrita, que é uma carta personalizada. Podemos inferir que busca proximidade e vínculo com o leitor. O texto está alinhado à esquerda, semelhante ao título e a mancha limitada por fios. Foram usados dois tipos de fontes e pesos diferentes para fazer contraste.

A foto de um casal de idosos, caminhando de mãos dadas, dá a noção de movimento e remete a idéia de atividade física e planejamento de novos projetos. O homem está trajando calça social, camisa de mangas longas e sapato social. Já a mulher veste calça estilo capri e blusa florida e tênis leve. A fotografia sugere, no senso comum, que o homem trabalha fora e a mulher, em casa, afinal, ele usa sapatos sociais e ela, tênis. Pode-se inferir que a mulher idosa deve ter outro tipo de atividades, como pintura e jardinagem (a roupa dela é colorida e com flores). Ambos estão sorrindo, alegres. Pela aparência bem cuidada, são visivelmente da classe média, têm dentes bonitos, parecem gozar de boa saúde e qualidade de vida. A fotografia é recortada e vazada em fundo totalmente branco, o que dá uma sensação de liberdade e convida o leitor a um passeio nas páginas seguintes.

Índice

No título foi utilizado o tipo Arial, em caixa alta e baixa, na cor branca em fundo azul. Está centralizado, repetindo o mesmo padrão da capa. O subtítulo está na mesma tipologia, em caixa alta, também centralizado, mas encontra-se em preto sobre grizê. A palavra Índice, em caixa alta e baixa, vem centralizada, em relação

ao texto abaixo dela. Usou-se contraste de fontes e cores para chamar a atenção do leitor.

A repetição do título e sub-título da cartilha - *Viver mais e melhor. Guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida* - demonstra insistência na mesma afirmação, com o propósito de que o leitor idoso fixe a informação de que encontrará nas páginas seguintes subsídios de como deve proceder para ter qualidade de vida, portanto, viver melhor.

O índice, indicando os seis capítulos contidos na cartilha, aparece com todas as linhas separadas por fios: a diagramação é idêntica à de cadernetas de vacinação infantil e traz a inscrição: ESTE EXEMPLAR PERTENCE A... O texto sugere que a cartilha seja guardada em casa, como propriedade, daí a identificação do leitor, ou seja, de quem a ganhou quando foi vacinar-se.

Percebe-se o tratamento infantil que a cartilha dispensa ao idoso, pelo espaço reservado para identificação com nome, endereço e tipo sanguíneo.

Capítulo 1: Alimento fonte da vida – páginas 4 a 7

Páginas 4 e 5

O título, em Arial e os sub-títulos estão alinhados à esquerda. Os três textos estão justificados. Os que emolduram a pirâmide estão alinhados, o da página quatro à esquerda e o da cinco à direita, reforçando a crença segundo a qual esta mistura deve ser evitada, pois deixa a página com aparência desorganizada. A utilização de negritos e estilos itálicos como recursos de destaque de algumas informações não funciona devido à disposição dos textos nas páginas, com pouco uso de espaços em branco. As páginas contêm texto em excesso. Os pontilhados que indicam os tipos de alimentos têm sua função comprometida, já que não deixam claro a ligação da pirâmide com o tipo título do alimento. O contraste não funciona apenas na estética do material e está intrinsecamente relacionado à organização da página. Acreditamos que a combinação de fontes diferentes deve aperfeiçoar a comunicação e não confundi-la.

Denhadas em conjunto, as páginas dão a impressão de que formam uma só unidade, e possuem características e problemas de diagramação que se repetem: o itálico e o negrito são usados inadequadamente como recursos para destacar parte dos textos, que estão divididos em tópicos. As duas páginas estão visualmente poluídas e a ilustração principal não tem resolução adequada e possui os contornos serrilhados (com as linhas mal definidas), deixando a visualização ainda mais difícil. Nem todos os produtos que aparecem na imagem da pirâmide fazem parte da dieta da população que utiliza o serviço público de saúde. Aparecem cereais e frutas caras, pouco acessíveis.

A ilustração que abre a página quatro não traz elementos que identifiquem ou aproximem o público da cartilha. Se a proposição da cartilha é sensibilizar o idoso para procedimentos saudáveis, não se explica o uso da figura feminina sem rosto, assim como o prato e o copo vazios. Faria sentido mostrar a foto de um idoso satisfeito, se alimentando, em um mundo real, com os alimentos da pirâmide proporcionalmente mostrados em seu prato.

Páginas 6 e 7

Os títulos estão alinhados à esquerda, em Arial, e os textos, justificados.

Uma coluna falsa, sem medida padronizada, do lado esquerdo da página seis, com fundo num tom próximo de cinza, destaca texto e fotos. Estas, alinhadas à esquerda, respeitam as regras de diagramação das páginas pares. A tabela *De olho na balança* é apresentada dentro de uma caixa colorida, com fundo grizê, o que lhe confere maior visibilidade na página.

As fotos da página sete são ilustrações de tópicos e não obedecem a uma hierarquia informativa.²⁶ A imagem do meio da página é menor que a última e ambas estão alinhadas. Os textos são apresentados em tópicos e o uso de itálicos destaca um trecho, além da página conter ainda uma caixa azul com a palavra *atenção* vazada em caixa alta.

²⁶ As regras que definem a diagramação dizem que a fotografia principal deve abrir a página e ser sempre a mais informativa e mais atraente. Como a leitura se dá de cima para baixo, há uma hierarquização da informação, colocando-se sempre o mais relevante no alto da página.

O texto contido no box *Evite* é condizente com a ilustração e os alimentos mostrados são os que realmente devem ser evitados. Foto e texto se apóiam. No desenho, o ovo e as gorduras parecem apetitosos e atraentes. A prescrição de picar, moer, cortar e ralar os alimentos é para os idosos que deixam de comer vários alimentos duros por terem dificuldade de mastigação, decorrente da falta de dentes. É pertinente.

Capítulo 2, Remédio, Cuidado! – páginas 8 e 9

Os títulos estão alinhados à esquerda. Poluída visualmente, a ilustração mostra um homem indeciso entre as opções dos remédios oferecidos. Em termos de ilustração foi utilizado um processo antigo, comparado aos almanaques da década de 1940. É um recurso pobre, pois não apóia o texto.

A imagem do remédio está num box com fundo colorido, o que chama atenção e desperta interesse. A embalagem do medicamento sobressai e as informações para evitar a compra de medicamentos falsificados são importantes: nome bem impresso e sem rasuras, data de validade e número do lote, farmacêutico responsável e o registro no Ministério da Saúde.

Esta página mostra novamente o problema da diagramação interferindo na legibilidade do texto, que tem algumas partes justificadas. Com o corpo excessivamente grande e sem a utilização de espaços em branco que facilitem a visualização, a página ficou poluída e de difícil leitura. Percebe-se que a diagramação não considerou a possível limitação visual do público-alvo.

A foto à direita, em coluna falsa, respeita as regras de diagramação das páginas ímpares. Parte do texto ganha destaque com um box de fundo grizê.

Na época em que foi feita a cartilha, as explicações sobre os remédios de marca ou referência, dos genéricos e similares faziam sentido, já que eram comuns as dúvidas quanto as diferenças de componentes entre eles.

Nesse capítulo, a cartilha procura mostrar a autoridade do médico no que diz respeito à ingestão de medicamentos. O título da página (**Remédios: Cuidado!**) cha-

ma a atenção do leitor, de maneira bastante didática, para os perigos da auto-medicação e dos remédios falsificados, além de estimular o consumo de genéricos.

Capítulo 3: Cuidando da Máquina – páginas 10 a 13

Título e subtítulo estão alinhados à esquerda.

A tabela tem fundo branco e amarelo com duas linhas destacadas em azul, a primeira a das vacinas e a quarta a dos exames. Os textos das duas páginas estão confusos, já que o **de apresentação da tabela**, em itálico, está dividido em linhas seguidas nas duas páginas. Acima do texto de apresentação da tabela, na página 11, há outras informações no mesmo tipo e no mesmo corpo, sem itálico ou negrito.

Cuidando da máquina

O que você deve fazer ano a ano

Este é o seu calendário de vacinas e exames para os próximos meses e o ano de cada exame e vacina. O próximo quadradinho

VACINAS	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO	7º ANO	8º ANO	9º ANO	10º ANO	ATENÇÃO
Tétano											<p>Quem nunca tomou precisará de 3 doses. Evita a gripe e suas complicações. Evita pneumonia.</p>
Gripe											
Pneumonia											
EXAMES											
Pressão											<p>Mede a pressão do sangue. Mede um tipo de gordura no sangue. Detecta a possibilidade de diabetes. Detecta glaucoma.</p>
Cholesterol											
Glicemia											
Pressão Ocular											<p>Forneca pistas de várias doenças. Previne câncer e doenças da mulher. Previne o câncer mais comum no homem.</p>
Urina											
Ginecológico											
Próstata											

Se os exames acima apresentarem alterações, seu médico recomendará condutas frequentes

A ilustração é dispensável já que não acrescenta nada ao texto, mas a foto é um recurso técnico de programação visual que quebra a monotonia de títulos e textos. Segundo Barthes (2000, p. 333):

a imagem já não ilustra a palavra; é a palavra que, estruturalmente, é parasita da imagem. (...) O novo conjunto informativo parece principalmente fundado sobre uma mensagem objetiva da qual a palavra não passa de uma espécie de vibração segunda, quase inconsequente.

Páginas 12 e 13

Os textos, no interior de tabela dividida por fios, com linhas em branco e cinza, facilitando a visualização das informações. O título da página – Doenças mais comuns. E o que você pode fazer - em uma caixa azul vazado em branco, com letras em caixa alta, também é um facilitador da legibilidade. As informações foram agrupadas por

DOENÇAS MAIS COMUNS. E O QUE VOCÊ		PODE FAZER.	
DOENÇAS	FATORES	SINTOMAS	PREVENÇÃO
Cardiovasculares: infarto, angina, insuficiência cardíaca	Pouca atividade física (sedentarismo), fumo, diabetes, alta taxa de gordura no sangue (colesterol) e obesidade (gordura).	Falta de ar, dor no peito, inchaço, palpitações.	Atividade física, não fumar e controlar peso, colesterol e diabetes.
Derrames	Pressão alta, fumo, sedentarismo, obesidade e colesterol elevado.	Tontura, desmaio, paralisia súbita.	Atividade física, não fumar, controlar pressão arterial, peso e colesterol.
Pressão alta (hipertensão)	Obesidade, sedentarismo e excesso de estresse.	Em geral, não há sintomas. Pode provocar dor de cabeça e tontura.	Atividade física, alimentação saudável, controlar ou eliminar a bebida alcoólica.
Câncer	Fumo, tomar muito sol, alimentação inadequada, obesidade, casos na família, alcoolismo.	Depende do câncer. Um sintoma comum é o emagrecimento inexplicável.	Ir ao médico pelo menos uma vez por ano para fazer exames preventivos. Evitar sol em excesso. Não fumar.
Pneumonia	Gripe, enfizema e bronquite anteriores. Alcoolismo e imobilização na cama.	Febre, dor ao respirar, escarro, tosse.	Atividade física, boa alimentação, vacinação contra gripe e pneumonia.
Enfizema e bronquite crônica	Fumo, casos na família, poluição ambiental excessiva.	Tosse, falta de ar e escarro.	Parar de fumar, manter a casa ventilada e aberta ao sol.
Infecção urinária	Retenção urinária no homem. Na mulher, incontinência urinária.	Ardor ao urinar e vontade frequente de urinar.	É preciso tratar a infecção e a sua causa.
Diabetes	Obesidade, sedentarismo, casos na família.	Muita sede e aumento do volume da urina.	Controlar o peso e a taxa de açúcar no sangue.
Osteoporose (enfraquecimento dos ossos)	Fumo, sedentarismo, dieta pobre em cálcio. Na mulher, o risco é sete vezes maior.	Não há sintomas. Em geral, é descoberta pelas complicações (fraturas).	Atividade física, não fumar, comer alimentos ricos em cálcio (leite, queijo, coalhada).
Osteoartrite (desgaste das articulações)	Obesidade, traumatismo, casos na família.	Dores nas juntas de sustentação (joelho, tornozelo, coluna).	Controlar o peso e praticar atividade física adequada.

doença. Nessas páginas, se repete o problema do corpo excessivamente grande e falta de espaços em branco. A ilustração do médico negro atendendo ao paciente idoso acompanhado de uma mulher, não idosa, sugere que o idoso não tem autonomia para fazer esse procedimento sozinho.

Nas tabelas de vacinas e exames (páginas 12 e 13), a cartilha procura, quase em sua totalidade, linguagem acessível a toda população, mas nem sempre consegue. Na tabela de exames as palavras glicemia e glaucoma podem não fazer parte do vocabulário popular e deveriam ser substituídas por taxa de açúcar no sangue e pressão alta nos olhos, por exemplo. Na elaboração de uma cartilha destinada aos idosos, presente em todas as camadas sociais, o uso de palavras-chave de fácil compreensão é indispensável para que a mensagem chegue, com um mínimo de ruído, ao maior número possível de receptores.

Capítulo 4: Sempre alerta – páginas 14 e 15

Os títulos estão alinhados à esquerda. O texto se apresenta em coluna falsa à esquerda da página, alinhado à esquerda. Em parte da página 14 e em toda a 15 os infográficos ilustram as dicas, como ilustrações soltas (sem molduras ou fios), de como agir para evitar quedas. A caixa azul com texto vazado em branco chama atenção.

A foto do casal de negros, que não aparentam ser idosos, é de autoria de Julio Vilela. Esta é a segunda referência a negros, além da ilustração do médico na página 13. A cartilha tem um total de 24 páginas, contando com as capas, e só na segunda metade o negro é inserido.

Na única fotografia com negros, eles usam roupas de ginástica, diferentemente dos brancos, que ora usam roupas esportivas ora trajes sociais. Não existem também fotos com índios ou orientais. A cartilha foi distribuída em todo o país e ignora as diferentes etnias presentes no Brasil.

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais 2003 feita pelo IBGE, na tabela 12.1 (População total e sua respectiva distribuição percentual, por cor, segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas – 2002) a dis-

tribuição por cor da população brasileira se dá da seguinte forma: Branca 53,3%; Preta 5,6%; Parda 40,6 e Amarela / Indígena 0,6%.

Estudo coordenado por Lopes (FOMENTI, 2004, p. A-17) mostra que o acesso aos serviços de saúde é desigual entre negros e brancos. E um conjunto de fatores acaba se refletindo na expectativa de vida: a do grupo preto é seis anos inferior à do grupo branco.

Capítulo 5: Exercícios físicos – páginas 16 a 20

Páginas 16 e 17

Os títulos estão alinhados à esquerda, em Arial. O texto está em coluna falsa à esquerda da página, alinhado à esquerda: a foto do homem na bicicleta, de autoria de Danile Augusto Jr., da empresa de comunicação Pulsar, tem efeito esfumado e sugere algo etéreo, elevado. Esse procedimento de confundir o quadro (ou os limites) de imagem e a borda do suporte tem conseqüências particulares sobre o imaginário do espectador. Na verdade, esse corte, atribuído mais à dimensão do suporte do que a uma escolha de enquadramento, leva o espectador a construir imaginariamente o que não vê no campo visual da representação, mas que o completa: *o fora do campo*. Esse recurso é uma constante na cartilha.

O enquadramento não deve ser confundido com a moldura. A moldura é o limite da representação visual, enquanto o enquadramento corresponde ao tamanho da imagem, suposto resultado da distância entre o objeto fotografado e a objetiva (JOLY, 1996).

Páginas 18 e 19

Todos os títulos estão alinhados à esquerda. Textos e fotos estão montados em forma de infográfico, fechado por fios, sendo que as fotos são recortadas em formas diferentes e com bordas esfumadas.. Destaque para uma caixa de texto azul com texto vazado em branco.

A foto dos idosos dançando é esfumada e ovalada, remetendo a enquadramento antigo. Já que é uma cartilha para idoso, fica a pergunta: deve-se

usar esse tipo de moldura? A iluminação nessas fotografias é difusa, significando que ela imita a luminosidade do céu do inverno sem sombras ou relevos. Em oposição à luz violenta e orientada, a luz difusa torna um pouco menos reais as representações visuais, na medida em que atenua as referências espaciais, suaviza as cores, bloqueia as referências temporais. Não podemos esquecer que a velhice é muitas vezes associada ao inverno, nos padrões arquetípicos característicos das sociedades estruturadas em torno de ciclos de morte e nascimento como a nossa.

As explicações sobre os primeiros quatro exercícios são falhas, pois não estão detalhadas. Para os quatro exercícios masculinos não há esclarecimentos sobre como fazê-los. Os textos que contornam o desenho não estão divididos em uma coluna de tamanho limitado. É um recurso moderno para tornar a página mais atraente e menos formal. Geralmente utilizado em cadernos de cultura de jornais e revistas que tem um projeto gráfico mais ousado.

Páginas 20

O título está alinhado à esquerda. Os textos justificam e entrelinhas normais dificultam a leitura. Há falta de espaços em branco e as fotos disputam a atenção do leitor, por terem praticamente o mesmo tamanho.

Não se aventou a possibilidade das pessoas não fazerem sexo por falta de parceiros, o que é uma realidade na nossa sociedade, caracterizada por um número maior de mulheres do que de homens.

Capítulo 6: Seus direitos

páginas 21, 22 e 23

Todos os títulos estão alinhados à esquerda, em Arial e os textos, também à esquerda, encontram-se em tópicos com títulos em azul e corpo maior. Não foram usadas imagens para valorizar nenhuma informação, mas considero importan-

te enfatizar que uma página só com texto corrido desencoraja o leitor a prosseguir na leitura. O texto em box com fundo em grizê, lhe confere destaque. Há a utilização de negritos para ressaltar tópicos.

Embora a página 20 pertença ao capítulo anterior, Exercícios Físicos, ela está localizada ao lado de capítulo seis, *Exija seus direitos*. Apesar dos temas serem de diferentes áreas, a diagramação é semelhante. Títulos e textos têm o mesmo alinhamento nas duas páginas, assim como o predomínio das cores. Esses fatores não contribuem para a percepção de mudança de tema.

6.5.1 A questão da imagem fotográfica: O uso da imagem

A fotografia, o cinema, a televisão, a publicidade, são hoje elementos presentes no nosso cotidiano de modo cada vez mais intenso. Interagimos com as imagens sem percebermos o quanto elas impregnam o mundo contemporâneo, transmitindo e moldando valores fundamentais da nossa cultura. Estas imagens não falam por si só, mas expressam e dialogam constantemente com modos de vida típicos da sociedade que as produz. Neste diálogo, elas se referem a questões culturais e políticas fundamentais, expressando a diversidade de grupos e ideologias presentes em determinados momentos históricos. Por meio da análise dessas imagens podemos melhor entender as mudanças e transformações que passaram os diferentes grupos sociais.

A imagem, pela especificidade de sua linguagem, é mais flexível do que o texto, no sentido de acomodar, em sua estrutura narrativa, múltiplos significados, sendo um elemento essencial para que se possa analisar como estes significados são construídos, incutidos e veiculados pelo meio social. Além disso, o modo como as imagens são recebidas pelo receptor implica uma negociação de sentido que transcende a própria imagem e que se realiza no contexto da cultura e dos textos com que ela convive. A imagem, assim, aponta para estes textos, podendo ser lida ela própria, como um texto.

Fotografias

A análise das fotos e ilustrações se faz necessária por três razões: A primeira é que a imagem oferece um registro restrito, entretanto poderoso das ações temporais e dos acontecimentos reais. A segunda razão é que embora a pesquisa social esteja a serviço de complexas questões teóricas e abstratas, ela pode empregar, como dados primários, informação visual que não necessita ser nem em forma de palavras escritas ou de números. As fotografias são detentoras de significados, ou seja, tornam-se mensageiras de identidades ideológicas e auxiliam na construção das mensagens nas quais aparecem. A terceira razão é que o mundo em que vivemos é influenciado pelos meios de comunicação, cujos resultados, muitas vezes, dependem de elementos visuais. Conseqüentemente o “visual” e a “mídia” desempenham papéis importantes na vida social, política e econômica (LOIZOS apud BAUER, 2003, p. 137).

O que as imagens das fotografias nos revelam

Como diz Joly (1996, p. 75): Dentro da mensagem visual vamos distinguir os *signos figurativos ou icônicos*, que de modo codificado, dão uma impressão de semelhança com a realidade jogando com a analogia perceptiva e com os códigos de representação herdados da tradição de representação ocidental.

Essa asserção nos faz refletir sobre qual é signo do velho no Brasil. Qual é a idéia ou o significado de velho na cultura brasileira? Quais são as características

físicas e psicológicas do velho brasileiro? Como ele é reconhecido?

A fotografia é uma linguagem universal, assim como a música e a pintura, podendo ainda ser vista com força maior que estas por tratar de modo mais direto que as palavras e mais realista que a reprodução da pintura. A fotografia é recorte da realidade próxima de todos e re(-)apresenta um fato mesmo para quem não sabe ou não consegue ler palavras. As fotografias e as ilustrações despertam o interesse para o texto, completam as informações e ainda se comunicam pelo aspecto emocional que podem despertar em quem as vê.

A imagem e a cultura

Para Barthes (1980, p. 47), reconhecer o *studium* (a aplicação a uma coisa) é encontrar as intenções do fotógrafo, compreendê-las, porém, segundo as próprias imagens mentais do *spectator* (BARTHES, 1980, p. 23), que somos todos nós que consultamos na mídia, nos livros, álbuns e arquivos, coleções de fotografias. O *studium* é o quadro histórico, porque é culturalmente que o fotógrafo percebe as figuras, expressões, gestos, cenários e ações. A cultura nos liga a sentimentos e valores dados pela sociedade, em determinado espaço e tempo. São emoções e sentimentos trazidos pela interação humana e projetados na interpretação da fotografia.

O *studium*, assim, é codificado, com significação elaborada por uma sociedade, na história, podendo ter a mesma interpretação por diferentes pessoas, que convivem naquela sociedade, naquele espaço e tempo.

Enquanto o *studium* é cultural, o mesmo não acontece com o *punctum* (BARTHES, 1980, p. 47). Este é pontual, pessoal, subjetivo. O *studium* pode servir a várias pessoas. O *punctum* a uma ou poucas. Tem significado para alguém, cujo código pessoal vem de sua história particular. Falar do *punctum* é expor-se, pois, necessariamente, é falar de sentimentos pessoais. O outro entende, mas não compartilha, então, ao falar do *punctum*, a emoção desanda, perde-se a graça.

Para Barthes, a essência da fotografia é o *referente fotográfico* - não a coisa **facultativamente** real, mas a coisa **necessariamente** real. O que impressiona é a certeza de que o fato existiu no passado, uma certeza no *tempo*. E isso nos foi dado **não por um testemunho, mas por uma prova**, conforme Barthes, “a-prova-segundo-São-Tomé”.

O discurso da imagem

A mensagem fotográfica é conotada: no nível da produção e no da recepção da imagem. Como nos diz Barthes, em A mensagem fotográfica (BARTHES apud LIMA, 1990, p. 303-316):

A fotografia jornalística é um objeto trabalhado, escolhido, composto, construído, tratado segundo normas profissionais, estéticas ou ideológicas; por outro lado, não

é apenas recebida, é lida, vinculada, pelo público que a consome, a signos, o que pressupõe código (de conotação). São estes códigos que devem ser estabelecidos.

Se é mensagem conotada, tem dois planos: o de expressão e o de conteúdo. Cada elemento da fotografia é portador de um significado, porém, a conclusão só é possível dentro do contexto da imagem, em que estabelecemos a relação dos conteúdos inerentes às unidades. Não se trata de uma soma de valores, mas de uma inter-relação de forças significadoras.

As fotografias da cartilha

As fotos vêm do mundo para nós, sem que façamos essa solicitação; são apenas imagens, o seu modo de aparecimento é de muitas proveniências. Todavia, entre aquelas que foram escolhidas, analisadas, apreciadas, reunidas na mídia e que, deste modo, passaram pelo filtro da cultura, verificamos que são para provocar no *spectator* vários sentimentos quanto às mesmas, tal como paixões, pesar, mágoa, desgosto, horror, medo, estranheza. Provoca emoção terna ou elevada, tal como o amor, a amizade, o patriotismo. Apesar da subjetividade das imagens, ao serem acompanhadas dos textos, tenta-se induzir o *spectator* a uma decodificação planejada pelo emissor.

No caso da cartilha, não se pensou em um idoso em particular, regional, mas num arquétipo nacional, ainda que fotos e mensagens tenham características mais do idoso de classe média e alta, urbana do Sudeste. As imagens que a cartilha contém não representam o idoso brasileiro, que utiliza os serviços de saúde pública no Brasil e, especificamente, o idoso de São Paulo.

O idoso que se cuida pelo sistema de saúde pública não vai se identificar com os do guia. Ele não se reconhece no outro que foi escolhido para representá-lo. Assim, o idoso excluído, ao se ver retratado em um contexto diferente do seu, rejeita essa imagem, já que as fotos não lhe dizem nada. Não é ele que está ali. Ele, como sujeito, e aqueles que a ele se assemelham, foram reduzidos a uma generalidade na qual não conseguem se re(-)conhecer. Por exemplo, o casal que aparece na capa da cartilha pertence a classe média. São aparentemente saudáveis, felizes e com dentes impecáveis. Têm condições de utilizar os recursos tecnológicos oferecidos na área da saúde privada, e também fora dela, para manterem a aparência jovem. Têm recursos econômicos para postergar a senescência e, portanto, as rugas, que podem comprometer a imagem social.

A engenharia genética está aí para auxiliá-los nessa tarefa. As rugas não são aceitas por uma sociedade que cultua o jovem, o dinamismo, a competência e a infabilidade dos homens. Como afirma Perricone (2001, p. 168),

graças à revolução antioxidante, hoje temos os segredos da natureza para manter a pele lisa, suave, com brilho e praticamente **sem linha de expressão** na próxima

A medicina tem investido milhões de dólares em pesquisas para aumentar a média de vida do homem e tem obtido êxito. Entretanto, a essa população idosa não é permitido exibir as marcas do envelhecimento. É necessário retardar as linhas da pele que marcam a idade. A experiência de várias décadas, os conhecimentos adquiridos, não podem estar expressos no corpo. É preciso realizar a fantasia da juventude eterna, ainda que os órgãos que dão vida a esse corpo dêem sinais de envelhecimento, emperrando a máquina. Esta pode ser lubrificada, com as mais diferentes vitaminas, todos os dias; entretanto existe o desgaste natural das peças/órgãos e também a obsolescência dos valores e das crenças dos idosos em relação ao mundo moderno, e isso é mais difícil de corrigir.

A mídia utiliza pouco as imagens dos idosos e, quando o faz, recorre aos estereótipos do idoso jovial. Rostos marcados pelo tempo não provocam sentimentos agradáveis. A beleza da terceira idade é desqualificada pela sociedade, não há interesse nem tempo para apreciá-la e usufruí-la. A imagem midiática do idoso também se modernizou e está rejuvenescida, como impõe esse momento histórico, da negação do envelhecimento. Como disse Kubrusly (1991, p. 32), “o rosto, e não as impressões digitais, é nosso documento de identidade”. Ao observarmos atentamente um rosto, podemos dizer sobre a disposição do retratado, seu estado de espírito, se está triste ou feliz, ou seja, o rosto não engana, e se estes são como nossa identidade, imaginemos o quanto podemos descobrir ao observarmos os traços dos rostos dos idosos, são a história da sociedade, cheias de significados.

O corpo é a nossa identidade

No imaginário social, o envelhecimento é um processo que concerne à marcação da *idade*, como algo que se refere à natureza e que se desenrola como desgaste, limitações crescentes e perdas físicas e de papéis sociais, em trajetória que finda com a morte. Não se costuma pensar em nenhum bem; quando muito, alguma experiência.

As perdas são tratadas principalmente como problemas de saúde, expressas em grande parte na aparência do corpo, pelo sentimento em relação a ele e ao que acontece: enrugamento, encolhimento, descoloramento dos cabelos, enfeimento, reflexos mais lentos, menos agilidade... Mas são expressas muito mais pelos outros do que pelos próprios velhos.

Há, naturalmente, da parte dos próprios idosos, a clara percepção do processo de envelhecimento – tanto do corpo como da reação social a ele. Muitos idosos não estão insatisfeitos com suas condições de envelhecimento; entendo que é um processo natural do ciclo de vida e morte. No entanto, encontram barreiras

impostas pela sociedade, que dizem a ele qual deve ser o seu comportamento.

A cultura brasileira estigmatizou o velho, principalmente os das classes menos privilegiadas, que não têm condições econômicas de (re)fazer cirurgicamente rosto e corpo, nem de recorrer à farmacologia e aos inúmeros produtos de beleza que retardariam as mostras do envelhecimento.

Os corpos, além de sua forma e natureza humana, diferenciam-se em cada período histórico no seu existir biossocial – como corpos de homem ou de mulher, de jovem ou de velho – e de classe social, com diferentes práticas.

Como afirma Santaella (2004, p. 130), as imagens dos corpos imaculadamente lisos e sem defeitos interpela-nos pelos quatro cantos: nas capas de revistas e seus interiores, nos *outdoors*, nos programas televisivos e nas publicidades que os acompanham, nas telas do cinema. Enfim, são corpos que nos espreitam para saltar diante do nosso olhar em todos os lugares. É tal a força sublimar dessas imagens que, mesmo quando se tem consciência do poder que elas exercem sobre o desejo, não se está livre de sua influência inconsciente.

Nessa cultura de culto narcíseo dos corpos, que espaço tem o corpo do velho? A mídia destitui de sentido não apenas todas as aparências que não se enquadram naqueles moldes, mas mais do que isso, todos aqueles que ficam à margem do corpo idealizado. Santaella entende que abre-se um fosso entre os coibidos modelos exibidos e o corpo-vivo, corpo sujeito à fadiga, ao suor, ao cheiro, aos entreveros do cotidiano, à dor, aos circuitos incompreensíveis das pulsões, aos solavancos das paixões e à opacidade do desejo. Desse fosso, emerge o corpo como sintoma da cultura.

A cartilha retrata um idoso diferente daquele que utiliza as unidades públicas de saúde. Idoso que tem como atividade econômica catar latinhas, que chega no posto de saúde às 4 horas da manhã para ser atendido às 10 horas, que não pode se preocupar com a qualidade dos alimentos e sim com a quantidade para sua sobrevivência, que depende dos remédios, que quase sempre não estão disponíveis, da unidade pública para combater doenças como hipertensão, diabetes e colesterol alto.

Acreditando que as imagens nos revelam tanto quanto o texto, fotografamos todos os 32 entrevistados. O *studium* encontrado por nós foi o retratado pela mídia. O idoso com todas as marcas próprias da idade: enrugamento, encolhimento, descolorimento dos cabelos, enfeamento, reflexos mais lentos e menos agilidade estava lá. Esse idoso real, com suas histórias, experiência e sabedoria nos emocionaram com o sofrimento que lhes é imposto nas unidades de saúde pública.

As leis, que asseguram os direitos dos idosos, ainda estão longe de serem

implementadas. Os idosos ficam horas nas filas como outro cidadão de qualquer idade. O *punctum*, que como diz Barthes, é o indizível da imagem, o silêncio que nela fascina e perturba; o detalhe que atrai, como, por exemplo, nos idosos fotografados, tanto no Centro de Referência do Idoso, CRI, quanto nas Unidades Básicas de Saúde percebemos que os cantos da boca são caídos. A boca já não sorri, porque são muitos os sofrimentos do corpo e da alma. Nos olhos já não há brilho. É um olhar para dentro de si mesmo. É como se o idoso dissesse para os prováveis interlocutores: 'Esse mundo que me estigmatiza não me interessa. Prefiro não manter contato. O isolamento é menos perturbador do que não ter reconhecida minha experiência e a sabedoria que ela trouxe. Quero o meu espaço de cidadão, com todos os direitos inerentes a ele porque tenho também condições de assumir os deveres desse papel'.

Apropriamos-nos da imagem daqueles idosos, ali sozinhos, na busca da promoção da saúde, da qualidade de vida, mas demonstrando em suas faces o desalento e a desesperança com o sistema de saúde pública. As expressões dos idosos fotografados nos auxiliam a perceber quem é o usuário idoso do sistema de saúde pública, tão diferente daquele imaginado e fotografado pelo Ministério da Saúde ao elaborar a cartilha *Viver mais e melhor. Guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida*.

Nenhuma explicação será tão eficiente quanto vê-los:

6.6 Resultados e discussão das entrevistas com os usuários do Centro de Referência do Idoso e das Unidades Básicas de Saúde

Os resultados indicam que a seleção da mídia e os modos de produção da cartilha, pelo Ministério da Saúde, seguiram procedimentos recomendados pela Política de Saúde do Idoso. O órgão, em decorrência de precária pesquisa, não considerou adequadamente as especificidades do receptor, ao escolher a forma e o conteúdo das mensagens com o objetivo de contribuir para a melhoria de saúde e qualidade de vida.

No Centro de Referência do Idoso, CRI, em São Miguel Paulista, todas as sete entrevistadas foram agendadas pela coordenadora da equipe multiprofissional, Dra Cátia Cavalcanti Meneguelli. Pode-se inferir que esse procedimento caracterizou um compromisso das idosas com a coordenadora. Assim, as entrevistadas tiveram tempo de se preparar para o encontro e, apesar de não terem o roteiro da entrevista, sabiam que o tema era a cartilha.

As entrevistas com sete idosas (exclusivamente mulheres) no Centro de Referência do Idoso, foram realizadas no dia 19/01/2004. A análise foi essencialmente temática, seguindo a recomendação teórica de Bardin (2004, p. 62) e feita a partir das respostas do questionário, como segue:

Em função deste fato, apenas as sete entrevistas do CRI foram consideradas para análise da percepção deste documento.

1. Conheci a cartilha?

CRI: Todas as sete idosas disseram que conheciam.

UBS: 23 nunca viram e dois idosos, disseram ter visto, mas não leram, como está discriminado:

Jabaquara: quatro não conhecem e um conhece mas não leu;
Vila Progresso: quatro não conhecem, um viu, mas não pegou;
Campo Limpo, Vila Romana e Tucuruvi: nenhum dos entrevistados conhecia.

2. Possuía a cartilha e onde conseguiu?

Das entrevistadas, seis tomaram conhecimento e receberam o exemplar no CRI, sendo uma delas no Hospital São Paulo. Seis pessoas possuem o Guia; uma deu o dela para outra pessoa.

3. Leram a cartilha?

Cinco leram inteira; uma leu quase toda e outra leu um pouco.

4. Os assuntos (que podia ser mais de um) que elas se lembravam:

- a) Alimentação: três
- b) atividade física: três
- c) remédio: duas
- d) modo de viver: uma
- e) o desrespeito do motorista com o idoso: uma
- f) não lembra: uma
- g) não respondeu: uma

5. O que mais gostou, podia ser mais de uma opção:

a) pirâmide alimentar: três

b) atividade física: duas

c) remédio/médico: duas

d) tudo: uma

e) não respondeu: uma

6. O que menos gostou (podia ser mais de uma opção)?

a) não tem nada que não gostei: duas

b) a dança: duas

c) precisa ter mais médico: duas

d) o desrespeito do motorista pelo idoso: duas

e) não respondeu: duas

7. Compreendeu todas as informações?

Seis compreenderam e uma não respondeu

8. Seguiu alguma indicação da cartilha?

a) seguiram: quatro

b) não, porque já fazem o recomendado: duas

c) não respondeu: uma

8.1 Quais recomendações?

a) alimento: duas

b) exercícios: uma

c) acho que segui a maioria: duas

9. Sentiu-se prestigiada pela cartilha?

Sim: sete

10. Preferências dos idosos, em relação à qualidade dos meios de comunicação de massa, no que se refere a informações para a promoção de saúde e qualidade de vida.

Nesta pergunta estão também incluídos os 25 idosos das UBS:

Quanto à preferência do idoso, em relação à qualidade dos meios de comunicação de massa, para dar informações sobre a melhora da saúde e qualidade de vida, o gráfico abaixo ilustra o resultado das respostas, que é de 32 respondentes para cada veículo.

No CRI, todas respondentes gostam de palestra e no Tucuruvi, nenhuma gosta. No CRI, cinco das sete idosas gostam de cartilha. Na Vila Progresso, nenhuma dos cinco gosta.

A preferência maior pelo rádio foi na Vila Progresso, onde quatro de um total de cinco, gostam. Nesta UBS, a televisão é tida como um bom veículo de comunicação, pois quatro dos cinco entrevistados gostam. Dos cinco entrevistados na Vila Romana todos gostam de jornal; no Jabaquara quatro gostam, enquanto no Tucuruvi, nenhum dos cinco gosta.

Estes dados e informações indicam claramente que, o gostar ou não de determinadas mídias, representa muito mais do que uma preferência. Pode-se inferir que significa a possibilidade de acesso, que está vinculada à posição sócio-econômica, escolaridade, autonomia e doenças adquiridas.

Eles escutam muito o rádio. As pessoas escutam muito mais rádio, o dia inteiro. Dona fulana está lá fazendo a comida das filhas que estão trabalhando e ela está lá com o radinho ligado. Entendeu? Rádio e TV são importantes, o rádio é fundamental. Mais que a mídia impressa.

Entrevista com o gestor da Área Temática de Saúde do Idoso - Cogest, Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal.

Deveriam respeitar mais o idoso. Em filas e em postos médicos. As consultas são agendadas com 30 dias. Alguma emergência é atendida. O remédio para cardíaco é caríssimo e a pessoa não tem acesso. A maioria é para pressão alta e depressão. Tem medicação para diabetes que não é dada no Posto.

Flávia Gonçalves, do Jabaquara, em entrevista à pesquisadora.

Os veículos impressos, em geral, não estão disponíveis. É necessário poder econômico para adquiri-los, além da locomoção do idoso até o local de venda. Dispondo do veículo, é preciso ter condições de ler, o que implica escolaridade, sentido da visão e capacidade psíquica para poder fazer e compreender a leitura.

A autonomia foi uma questão que apareceu na escolha dos veículos. Alguns idosos têm suas mídias selecionadas por filhos e parentes, então ele lê o que é previamente selecionado para ele e não o que ele próprio escolheu.

E palestra? A sra. já participou?
É muito difícil. Não saio de casa, só saio para ir ao médico e ao posto pegar um remédio... só.
Antonia da Silva Teófilo, da Vila Progresso, em entrevista à pesquisadora.

Nunca soube que houve palestra. Se soubesse eu iria.
Maria Lopes Vicentini, do Jabaquara, em entrevista à pesquisadora
Eu nunca fui a uma palestra. Parecendo alguma eu vou, pois gosto de palestra. Mas ultimamente... nunca fui a palestra.
Edi de Jesus Silva, do Campo Limpo, em entrevista à pesquisadora.

Cartilha: Sei que as pessoas pegam e levam para casa. Não tenho nenhum dado de pesquisa quanto a isso. Agora vou extrapolar um pouco, até pelo que conheço dos meus pais. Idoso tem muito tempo que já estão fora do mercado de trabalho. Agora tem muitos idosos que poderiam estar com uma vida mais tranquila, mas os filhos estão desempregados e elas estão sobrecarregadas tomando conta dos netos e filhos.
Maria Amélia Souza Carvalho, psicóloga, da Vila Romana, em entrevista à pesquisadora.

Parece que já teve palestra aqui. Campanhas sobre hipertensão. Estou sempre orientando os pacientes sobre diabetes. Montei campanha sobre catarata para pessoas acima de 60 anos.
Auxiliar de Enfermagem Ivete Martins Ribeiro

Então a sra. está dizendo que já leu o guia?
Já li o guia e já dei, passei para outra pessoa para a outra pessoa também ler e ficar sabendo como é que tem que viver.
Certo. A sra. leu o guia inteiramente?
Inteiro não. Umass partes assim de...
Elizabeth de Souza Braga – CRI, em entrevista à pesquisadora.

A televisão vem cada vez mais tentando focar os aspectos de saúde na terceira idade. Porém, ainda falta centrar nessa comunicação... são meios práticos ... informativos .
Dr. Ronaldo Belmonte Piovesan, médico geriatra da UBS, no Jabaquara.

O rádio também... assim pelas notícias que a gente sabe, né... Na TV a gente vê os acontecimentos. E o rádio também fala coisa boa, o rádio é bom também Muitas notícias boas vêm pelo rádio... A televisão não é má , mas prejudica muita gente, pessoas que se iludem com novela ...
Aurelina de Oliveira Vieira, da Vila Progresso, em entrevista à pesquisadora.

E cartilha, o Sr. tem alguma cartilha? Desse tipo?
Não tenho desse tipo assim, mas eu sou muito atento às coisas. Eu por exemplo, tenho deste posto aqui uma reclamação gravíssima a fazer. Eu fui... estava sendo tratado por um urologista, que pediu uma ressonância abdominal completa. Acusou vários problemas... E o doutor urologista disse: “o Sr. não tem nada”. Falei: “Doutor, tenho alguma coisa”. “O Sr. se julga muito esperto, mas o Sr. não é esperto. O Sr. não tem nada.” E a minha carteirinha está aí, mas ele assinou, deu alta no mesmo dia. Da Urologia. E eu com problemas. A prova de que eu tinha problemas é que estou usando colostomia.
Antonio João Oliveira da Silva, do Tucuruvi, em entrevista à pesquisadora.

Então eu trabalho com muitas coisas. Agora estou afastada porque fiz uma operação - fui fazer a operação da vesícula e tive problema com o rim, com o fígado. Então, eles me operaram o fígado, e o médico me proibiu de entrar em hospitais, né, para não pegar germes. Eu estou fazendo... vou visitar meus doentinhos na casa deles, vou de vez em quando no hospital dar uma olhadinha neles, como eles estão... Porque tem gente pior do que a gente. Vou dar um cafézinho, vou dar uma água, dar um almocinho, ver como eles estão, se eles estão... Eu brigo muito pelo idoso, eu brigo mesmo, porque eu acho que os nossos governantes não são bom para nós, idosos.

Valmira Mendonça Alves (66 anos) em entrevista à pesquisadora

Dependendo da região da cidade, é 100% de SUS dependentes. Não é fácil. nós temos unidades que não têm clínicos ... geriatra nem se fala. Imagina atender 650 mil idosos com 40 geriatras ...impossível. Tanto que nós estamos organizando o atendimento para fazer que os casos mais simples, as pessoas com as cinco patologias mais prevalentes: hipertensão, diabetes, cardiovascular, osteoarticulares e depressão sejam atendidas pelos clínicos e enfermeiros nas UBS.

Entrevista com gestor da Temática de Saúde do Idoso - Cogest, o Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal.

"Eu posso te dizer o seguinte:, na cidade de São Paulo a média das pessoas que dependem do SUS, não das que são atendidas, dos que dependem do SUS, é de 60%. Temos mais de um milhão de idosos na cidade de SP. Então a gente calcula que por volta de 630 mil idosos não têm plano de saúde. Portanto, eles dependem dos nossos serviços que não estão ainda capacitados para atender da melhor forma."

Entrevista com o gestor da Área Temática de Saúde do Idoso – Coordenação da Gestão Descentralizada, Cogest, Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal.

Quais são as mídias de comunicação para o idoso? O que vocês usam aqui?

A maioria é material impresso mesmo. Palestra a gente tem feito muito; palestra é importante. Os folders são importantes, apesar da gente ter 20% na cidade de São Paulo, 20% de analfabetos, mas nós temos 80% que sabem ler. Coisas escritas também são importantes.

Entrevista com gestor da área Temática de Saúde do Idoso - Cogest, Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal.

E jornal, a senhora lê jornal?

Não leio porque a vista não é boa mais. Destruíram as duas vistas, então não consigo ler mais nada.

Seu problema de vista qual é?

É catarata. Destruíram as duas vistas.

Alice Maria de Jesus Tito, do Campo Limpo, em entrevista à pesquisadora.

Leio um trecho e canso muito.

Maria Antunes de Almeida, do Jabaquara, em entrevista à pesquisadora.

Eu sou muito preguiçosa para ler. Eu pouco leio jornal. Minha filha que assina o Estado e todo dia vai... quando ela vê alguma coisa que é interessante para a 3ª idade, ela já separa para eu ler, mas... não tenho hábito de leitura.

Idalice Caetano de Oliveira, do CRI, em entrevista à pesquisadora.

Jornal escrito eu quase que nem... não leio. Às vezes eu leio quando vou na casa do meu filho ...e ele assina. Às vezes eu leio ali, mas não assino, quase que eu não tenho jornal.

Maria Joana B. Rodrigues, do CRI, em entrevista à pesquisadora.

O jornal que eu gosto é só o Jornal Nacional.

Mas o jornal de papel?

Não ligo pra jornal, não. Jornal é só muita propaganda enganosa.

José Alves da Silva, da Vila Progresso, em entrevista à pesquisadora.

Jornal. Na minha casa tem dois jornais, né?

Quais?

A Folha da Tarde e Valor.

Valor...

Meu filha encomenda tudo... Eu sempre leio jornal, mas melhorar situação de povo é difícil. Todo dia tem assassinato, todo dia tem. Aqui Brasil, Brasil não tem regra aqui, né? Você vê jornal, governo fala que ajuda povo, mas ajuda bolso deles, a roubar, não é verdade? Na China não tem isso não. Eu já fui na China também.

Tsai Shao Kuang, Vila Romana, em entrevista à pesquisadora.

O que o senhor acha da televisão?

Olha, eu acho que ela se identifica com aquele filme brasileiro Promessas. Só promessas... cumprimentos, nada. Verdades a cumprir não se nota nenhuma na minha opinião e na minha vivência.

Antonio João Oliveira da Silva, do Tucuruvi, em entrevista à pesquisadora.

Tendo em vista o nível de escolaridade, o poder sócio-econômico e os problemas de visão dos entrevistados, inferimos que a mídia cartilha é menos adequada do que as mídias baseadas na transmissão oral, como as palestras, por exemplo.

Nas palestras, o idoso está num contexto com possibilidades de interação com o palestrante e, não havendo algum fator inibidor, poderá perguntar pontualmente sobre seu problema e receber orientações e propostas de soluções mais adequadas à sua situação sócio-econômica e cultural.

As cartilhas podem funcionar então como material de apoio e fixação de conteúdos universais, ao lado da interação pessoal, onde pode-se atender melhor às exigências decorrentes da diversidade sócio cultural.

A palestra não tem sido recurso utilizado regularmente nas unidades de saúde, para dar instruções e esclarecer aos usuários sobre prevenção, melhoria da saúde e qualidade de vida. Isso apareceu nas falas dos idosos entrevistados.

Apesar das idosas do CRI terem se sentido prestigiadas pela cartilha *Viver mais e melhor*, são necessários outros modelos e instrumentos de comunicação, que dêem conta de informar essa camada da população. O modelo deve se adaptar às condições e necessidades regionais e locais.

Trata-se de um público com uma série de características pontuais que devem ser levadas em conta no planejamento. E, enquanto esse público for tratado como ‘massa’, os meios dificilmente atingirão os objetivos de informar.

É evidente a frustração do idoso quando em contato com o conteúdo de um veículo de comunicação de massa como o da cartilha *Viver mais e melhor* (2000, p. 21) que diz sob o título “Exija seus direitos”, você (...) merece respeito. Na família, na sociedade e **até em órgão públicos. Você pode mudar essa situação**, (grifo nosso). Continua o texto “A Constituição e a Política nacional do Idoso (lei Nº 8.842/94) determinam regras e punições para proteger você”.

A frustração decorre do fato de que o idoso tem muitos direitos que só estão nos documentos. Na verdade, os que ele consegue usufruir são poucos. Permanecem horas na fila dos serviços de saúde e, quando consegue ser atendido, muito do que está prometido pelos serviços de saúde pública inexistem.

O governo, ao dizer que ele “pode mudar essa situação”, transfere para o idoso parte da responsabilidade do não cumprimento das leis. Entretanto, o universo de idosos que encontramos ao fazer as entrevistas nas unidades de saúde, mostra que a preocupação maior de quase todos é a sobrevivência do dia-a-dia. Longe estão da reflexão política, indispensável para atingir níveis de mobilização grupal, condição necessária para exigir a garantia e cumprimento efetivo de seus direitos.

A cartilha como instrumento de comunicação pública

O poder da autoridade do conhecimento

Todos os atores sociais envolvidos no processo da elaboração da cartilha são peritos, com autoridade de conhecimento para recomendarem sobre os seus campos de atuação. Durante as entrevistas, foi solicitado ao respondente que falasse da sua formação acadêmica e profissional. Os dados estão nas entrevistas anexas.

O conteúdo da cartilha é o que Chauí (1981, p. 7) denomina de “*discurso competente* no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância”.

Segundo o então chefe da Assessoria de Comunicação Social, do Ministério da Saúde, João Roberto de Oliveira,

as pessoas guardam com muita atenção. Por exemplo, a cartelinha de vacinação é um documento pra essas pessoas. Então, geralmente, documentos, folhetos, folder, qualquer tipo de informação que parta de alguém de um posto de saúde, de um postinho, de um médico, dessa coisa toda, grande parte da população, tem um evento de valorizar aquela informação que é passada para a população.

A fala do chefe da Assessoria de Comunicação demonstra que existe a consciência e que os órgãos de saúde exploram isso, que qualquer tipo de informação, com a assinatura do técnico da saúde, soa como o ‘discurso daquele que sabe’.

Assim a cartilha contém uma linguagem permitida, já que os interlocutores – Ministério da Saúde (incluídos aqui o idealizador, produtores e especialistas), e idosos que utilizam as unidades de saúde pública – já foram previamente reconhecidos. O primeiro como tendo o direito de falar e o segundo o de ouvir. Os lugares e as circunstâncias já foram predeterminados para que seja lícito falar e ouvir.

Em relação à abrangência da comunicação pública, pode-se dizer que a eficácia da cartilha como instrumento de comunicação não foi aferida, pelo Ministério da Saúde. Essa pesquisa visou verificar a eficácia comunicativa do instrumento junto ao público receptor, o idoso que utiliza a unidade pública de saúde.

Ao analisarmos o nível de satisfação do idoso quanto ao instrumento podemos fornecer **uma avaliação** da eficiência da **comunicação em saúde**.

A comunicação que aparece na cartilha -, apesar de conter muitas vezes o

pronomes você, denotando certo grau de proximidade entre os interlocutores -, é formal.

A característica de comunicação do Ministério da Saúde na cartilha é a da *previsão* e do *planejamento*. As mensagens são abstratas, pois estão dirigidas a um idoso geral, do Oiapoque ao Chauí, assim também as prescrições são genéricas. Zemor (1995, p. 6-10)

A relação do Ministério da Saúde, enquanto emissor da mensagem, com o idoso-receptor foi uma relação na qual o cidadão-idoso foi visto apenas como usuário do serviço público, onde não foi reconhecido seu papel de contribuinte e eleitor, o que lhe daria direito de decisão, ainda que limitado. A cartilha é um espaço da prescrição da ordem. Apenas nos capítulos três e cinco aponta comportamentos como “mais adequados” e não como “determinantes” para promoção da saúde e qualidade de vida.

A cartilha representa a comunicação pública de **“Promoção ou Valorização”** do Ministério da Saúde, pois houve a intenção de diminuir as internações dos idosos nas unidades de saúde pública e também difundir informações que melhorem a saúde e qualidade de vida da população idosa, que tem alto percentual no país, portanto está enquadrada no que Zemor (1995, p. 19) denomina ‘grande causa social’.

O objetivo do Ministério com a publicação e distribuição da cartilha foi o de conduzir campanhas de informação, visando ações de comunicação de interesse geral.

Portanto, a cartilha *Viver mais e melhor* está ajustada ao referencial de Zemor, do que é comunicação pública. No entanto, faltou o diálogo do Ministério com os usuários das unidades de saúde pública, que é uma via essencial para a construção de uma comunicação efetiva. A pesquisa científica, as ouvidorias e os serviços de atendimento aos usuários seriam as vias formais para esse procedimento.

A ideologia subjacente na comunicação

A cartilha *Viver mais e melhor* contém informações governamentais da área da saúde, apresentando normas de comportamentos para o idoso melhorar sua saúde e qualidade de vida. Foi distribuída em todo o Brasil, com culturas regionais próprias, no entanto essas diferenças não foram consideradas. É como se todos os idosos tivessem o mesmo pensamento, linguagem e realidade.

Chauí diz que

o universalizar o particular pelo apagamento das diferenças e contradições, a ideologia ganha coerência e força porque é um discurso lacunar que não pode ser

preenchido. A coerência ideológica não é obtida malgrado as lacunas, mas pelo contrário, graças a elas. Porque jamais poderá dizer tudo até o fim, a ideologia é aquele discurso no qual os termos ausentes garantem a suposta veracidade daquilo que foi explicitamente afirmado. (1981, p. 7).

O Ministério da Saúde aparece como *aquela que sabe*, que tem o domínio do conhecimento e das ações, e ao idoso o *daquele que não sabe* o lugar de “ignorante” dos comportamentos que precisa ter para melhorar sua saúde e qualidade de vida.

Ao incorporar esse *não saber cuidar-se*, o idoso teme tomar decisões e a agir individualmente, ou se mobilizar, para agir coletivamente.

O discurso predominante da cartilha é o *discurso competente*, enquanto discurso *do conhecimento*, e faz com que a massa de idosos seja atemorizada pela falta de competência de cuidar-se, gerando uma modalidade de dominação do Ministério da Saúde sobre os usuários das unidades de saúde pública. (CHAUÍ, 1981, p. 11).

Os idosos em sua maioria, não têm consciência dessa dominação que se localiza em um ponto que permanece invisível para eles.

O que é visível para os idosos é o *discurso competente* oriundo do Ministério da Saúde, uma autoridade governamental, que tem o discurso do conhecimento, próprio dos especialistas, apoiando-se não em idéias e valores dos idosos que frequentam as unidades de saúde pública, mas nas idéias e valores daquele suposto idoso, o idealizado pelo Ministério.

Proposta de mensagens na área de saúde

A cartilha por ser um espaço de conselhos e ordens, com a finalidade de fazer o idoso mudar de comportamento, em consequência da precária pesquisa, não considerou as diferenças culturais dos indivíduos. Ao homogeneizar o idoso desconsiderou que as motivações para a mudança de hábitos passam por um processo complexo que é analisado no Modelo Transteórico, Transtheoretical Model (TM), em inglês.

O Modelo Transteórico compreende cinco estágios. É necessário haver a identificação do emissor de qual é estágio do público alvo para elaborar a mensagem. Assim será possível a recepção da mensagem com o mínimo de ruído.

O primeiro estágio, o da *pré-contemplação*, é aquele onde o idoso não tem consciência de que existe um *comportamento-problema* instalado em seus hábitos de vida. Nesse estágio cabe apenas ajudá-lo para que tome consciência do que está acontecendo.

No segundo estágio, o da *contemplação*, o idoso está engajado na mudança do processo, e oscila entre mudar ou ignorar o comportamento-problema. Nesse estágio

cabe ajudar o idoso a considerar o problema.

No terceiro estágio, *o da preparação ou compromisso*, o idoso mostra uma evidência de compromisso. Essa evidência pode incluir: a) parar de apresentar razões pelas quais o comportamento-problema seria normal; b) fazer afirmações motivadoras (Ex.: “eu preciso mudar isso!”); c) discutir como será quando tiver mudado, d) experimentar o processo da mudança ou a interrupção do comportamento-problema. Nesse estágio pode-se capacitar o idoso a estabelecer objetivos para a mudança. Perguntas focalizando a solução são úteis: De que maneira você saberá que esse problema foi resolvido? Quando você notou que esse problema não era tão grande? É necessário negociar uma estratégia de mudança? Estabelecer comportamentos que possam ser atingidos, e que pressuponham um compromisso?

No quarto estágio, *o da ação* fica evidenciado que o idoso está agindo. Esse estágio envolve a substituição da antiga estratégia do “problema” por uma nova ação, (chamada de “ação contrária” por Prochaska). Nesse estágio podem ser dados modelos de sentido mais úteis ao idoso. Ao invés de falar a si mesmo sobre os males do fumo, ele deve, por exemplo, aprender a falar sobre como seria bom ter pulmões saudáveis, ou, em vez de dizer: “Por que eu deveria sentir-me mal?” ele pode perguntar a si mesmo: “Como eu poderia me sentir ainda melhor do que quando fumo?”. O uso dessas habilidades leva a estratégia para uma direção completamente diferente.

O quinto e último estágio, *o da manutenção* da mudança, requer habilidades diferentes daquelas necessárias para a mudança inicial. A manutenção envolve a construção de uma nova vida sem o processo do “comportamento-problema”. Nesse estágio devem-se explorar as habilidades para a solução de conflitos como: a) apropriação do problema; b) ler e ouvir as mensagens reflexivamente; c) ajudar o idoso a explorar como manter saudável o próprio corpo. Sentir-se saudável é um motivador positivo; d) auxiliar a pessoa a criar um novo senso de missão para sua vida, e alinhar valores e objetivos para dar suporte a essa missão.

Refletindo sobre o *Modelo Transteórico*, verificamos que o Ministério da Saúde pressupõe o idoso no segundo estágio: *o da contemplação*, onde estaria engajado na mudança do processo, e oscila entre mudar ou ignorar o comportamento-problema. Assim sendo o Ministério deveria tentar ajudar o idoso a considerar o problema, mas infere-se, pelas informações e modelos de conselhos que estão na cartilha, que considera o idoso no terceiro estágio: *o da preparação ou compromisso*, quando o idoso mostraria evidência de acordo com o prescrito.

O público-alvo tratado como massa

O público-alvo da cartilha é tratado como massa. De acordo com Mills

apud Lakatos (1992, p. 111-12), massa é conjunto de elementos onde

o número de pessoas que expressam opiniões é incomparavelmente menor do que o das que as recebem; a massa é uma coleção abstrata de indivíduos, recebendo impressões e opiniões já formadas, veiculadas pelos meios de comunicação de massa.

Podemos inferir que, ao não serem ouvidos, por meio de pesquisas, os idosos foram tratados pelo Ministério da Saúde como ‘massa’.

Ao serem abordados como ‘massa’, os idosos não têm como interagir com o Ministério, pois não há canais de comunicação, pelos quais eles possam se expressar.

O modelo de comunicação, utilizado pelo Ministério, é o denominado por Grunig e Hunt apud Grunig e Grunig (1992, p. 285-327) como ‘Assimétrico de Duas Vias’, cujo propósito pode ser descrito como uma persuasão científica. Utiliza a teoria da ciência social e das pesquisas sobre atitudes e comportamentos, a fim de persuadir os públicos a aceitarem o ponto de vista da organização e a se comportarem de maneira a apoiá-la.

Nossos pressupostos quanto à idealização e produção da cartilha pelo Ministério da Saúde se confirmaram. A precária pesquisa na qual o órgão se apoiou para a escolha da forma e do conteúdo das informações para o idoso usuário das unidades de saúde, resultou em uma publicação inadequada ao público alvo. Há ainda a observar que os recursos econômicos, humanos e tecnológicos investidos foram consideráveis e a publicação não chegou às Unidades Básicas de Saúde. Esteve disponível em apenas uma unidade considerada de referência.

Outro fator importante foi a falta de diálogo do Ministério da Saúde com a população idosa, que teria dado informações valiosas sobre o que considera necessário para melhorar a saúde e qualidade de vida. É necessário muito mais do que a emissão de uma série de prescrições, como a cartilha contém, para atingir esses objetivos. O idoso tem a sabedoria que os longos anos de vida lhe conferiram, portanto sabe refletir e interagir com o Estado na condição de cidadão. A cartilha não valorizou nem incentivou os comportamentos onde é preciso ter autonomia.

Caso os idosos tivessem sido ouvidos o Ministério da Saúde estaria ciente de que a mídia preferida é aquela onde é possível a interação, ainda que o idoso tenha pouca escolaridade, problemas visuais, baixo poder aquisitivo e outros impedimentos. E isso serviria para quase todas regiões do país; porque o idoso estaria dentro do seu contexto sócio-econômico e cultural e não à margem de um folheto que foi feito para uma classe social que não frequenta e não sabe como são os serviços públicos de saúde.

A pesquisa revelou também que, são possíveis novos modelos de comunicação

pública, na área da saúde, para a população idosa. São modelos simples e funcionais, mas devem estar alicerçados em pesquisas regionais e locais, tanto com os idosos quanto com os técnicos de saúde pública. Esse procedimento originará informações necessárias para o planejamento das ações, com metas definidas atendendo às necessidades locais.

Obviamente a melhor comunicação será aquela na qual o idoso seja tratado como cidadão, que possa dialogar com o interlocutor sobre suas necessidades não atendidas, por falhas do sistema e de uma legislação não colocada em prática.

Enquanto, os emissores de informações não considerarem as características biológicas e psicológicas da população idosa, que são muito particulares, não haverá comunicação eficaz com essa população, seja ela pelo meio oral, impresso ou digital.

7.1 Questionários

7.1.1 Roteiro de entrevista para O IDEALIZADOR DA CARTILHA

Identificação:

1. Nome: _____
2. Formação: _____
3. Cargo: _____

A entrevista:

1. O senhor conhece a cartilha Viver Mais e Melhor (mostrar)?
1. Sim 2. Não
2. Como surgiu a idéia de se fazer a cartilha?
3. A idéia de se elaborar a cartilha nasceu de uma necessidade?
1. Sim 2. Não
4. Qual?
5. Porque foi escolhida a forma de uma cartilha para informar ao idoso e não outra?
6. Quais eram os objetivos quando elaboraram a cartilha?
7. Quais foram as etapas da sua elaboração?
8. Havia uma verba prevista para a cartilha?
1. Sim 2. Não
9. De quanto era essa verba?
10. Como as instituições que colaboraram na cartilha foram escolhidas?
11. E os profissionais dessas instituições, como foram escolhidos?
12. A distribuição nacional da cartilha ficou a cargo de quem?
13. Ela foi monitorada?
1. Sim 2. Não
14. Por quem?
15. O senhor considera que os objetivos da cartilha foram atingidos?
1. Sim 2. Não
16. Por quê?

7.1.2 Roteiro de entrevista para O Escritório de Comunicação

Identificação:

1. Nome: _____
2. Formação: _____
3. Cargo: _____

A entrevista:

1. O senhor conhece a cartilha Viver Mais e Melhor (mostrar)?
1. Sim 2. Não
2. Quem convidou o senhor para fazer a cartilha?
3. A idéia de se elaborar a cartilha nasceu de uma necessidade?
1. Sim 2. Não
4. Qual?
5. Porque foi escolhida a forma de um Guia/folheto para informar ao idoso e não outra?
6. Quais eram os objetivos quando elaboraram a cartilha?
7. Houve pré-teste? Como foi?
8. Quais foram as etapas da sua elaboração?
9. Quem redigiu a cartilha?
11. Qual a formação de quem o fez?
12. Quem ilustrou?
13. Quem diagramou?
14. De quanto foi a tiragem?
14. Foi suficiente?
15. Havia uma verba prevista para a cartilha? 1. Sim 2. Não
16. De quanto era essa verba?
17. Como as instituições que colaboraram na cartilha foram escolhidas?
18. E os profissionais dessas instituições, como foram escolhidos?
19. A distribuição nacional da cartilha ficou a cargo de quem?
20. Ela foi monitorada? 1. Sim 2. Não
21. Por quem?
22. O senhor considera que os objetivos da cartilha foram atingidos?
1. Sim 2. Não
23. Por quê?

7.1.3 Roteiro de entrevista para os especialistas que colaboraram na elaboração da cartilha

Identificação:

1. Nome: _____
2. Formação: _____
3. Cargo: _____

A entrevista:

1. O senhor conhece a cartilha Viver Mais e Melhor (mostrar)?
1. Sim 2. Não
2. A idéia de se elaborar a cartilha nasceu de uma necessidade?
1. Sim 2. Não
3. Quais?
4. Porque a forma de folheto?
5. Houve uma pesquisa?
6. Quem encomendou a cartilha?
7. Quais eram os objetivos quando elaboraram a cartilha?
8. Quais foram as etapas da sua elaboração?
9. Havia uma verba prevista para a cartilha?
1. Sim 2. Não
10. De quanto era essa verba?
11. Como as instituições que colaboraram na cartilha foram escolhidas?
12. E os profissionais dessas instituições, como foram escolhidos?
13. O senhor sabe informar se havia planejamento quanto a divulgação da cartilha?
1. Sim 2. Não
14. O senhor sabe informar se havia planejamento quanto a distribuição da cartilha?
1. Sim 2. Não
15. O senhor considera que os objetivos da cartilha foram atingidos?
1. Sim 2. Não
16. Por quê?

7.1.4 Roteiro de entrevista com os técnicos de saúde

Identificação:

1. Nome: _____
2. Formação: _____
3. Cargo: _____
4. Há quanto tempo trabalha na UBS?

A entrevista:

1. O senhor conhece a cartilha Viver Mais e Melhor (mostrar)?
1. Sim 2. Não
2. Quem enviou a cartilha para a UBS?
3. A idéia de se elaborar a cartilha nasceu de uma necessidade?
1. Sim 2. Não
4. Qual?
5. Porque foi escolhida a forma de um Guia/folheto para informar ao idoso e não outra?
6. Quantos idosos a UBS atende por dia?
7. Todos idosos receberam a cartilha?
8. Quais são os objetivos quando distribuíram a cartilha?
9. Esses objetivos foram atingidos?
1. Sim 2. Não
10. Por que?
11. Você acha que a cartilha prestigia o idoso?
1. Sim 2. Não?
12. De que forma?

A Comunicação

Em relação a veículos de comunicação e informações para os idosos:

13. Quais os veículos que você considera que dão melhores informações para a Promoção de Saúde do Idoso?
14. Quais os veículos que você considera que dão melhores informações sobre Qualidade de Vida do idoso?

Veículos que considera que dão melhores informações:		
	P13. Para a promoção de saúde do idoso?	P14. Sobre a Qualidade de vida do idoso?
1. TV	1	2
2. Rádio	1	2
3. Jornais	1	2
4. Revistas não científicas	1	2
5. Cartilhas médicas	1	2
6. Manuais	1	2
7. Palestras	1	2

7.1.5 Roteiro de perguntas para os idosos

Viver mais e melhor. **Guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida.**

1. Identificação:

Nome: _____

2. Idade:

60 a 65 anos _____ 1

66 a 70 anos _____ 2

71 a 75 anos _____ 3

Mais de 75 anos _____ 4

|__|__| anos

3. Sexo

1. Feminino 2. Masculino

4. Etnia

1. Branco 2. Preto 3. Pardo 4. Outros

5. Estado civil

1. Casado 2. Solteiro 3. Divorciado 4. Separado 5. Viúvo

6. Escolaridade:

Analfabeto/Primário Incompleto _____ 1

Primário Completo/Ginásio Incompleto _____ 2

Ginásio Completo/Colegial Incompleto _____ 3

Colegial Completo/Superior Incompleto _____ 4

Superior Completo _____ 5

Pós-graduação _____ 6

7. Renda Familiar

1. até um salário Mínimo 2. Até 2 sm 3. Até 3 sm 4. Até 4 sm

5. Até 5sm 6. >5 sm

8. Situação Familiar

1. Mora com quem? Grau de parentesco

9. Situação ocupacional

1. Trabalha 2 Não trabalha

10. Bairro em que mora:

Zona Norte _____ 1

Zona Sul _____ 2

Zona Leste _____ 3

Zona Oeste _____ 4

Centro _____ 5

Conhecimento do Guia

11. O senhor(a) conhece o Guia Viver Mais e Melhor (mostrar)?

Sim _____ 1 Não _____ 2

12. Caso SIM, como tomou conhecimento?

13. Possui, pessoalmente, esse Guia?

Sim _____ 1 Não _____ 2

14. Caso SIM, como conseguiu o Guia?

Vá para P 16

15. Caso NÃO, conhece alguém que possua o Guia (parentes, amigos)?

Sim _____ 1 Não _____ 2

16. Já leu o Guia?

Sim _____ 1 - Vá para P 16

Não _____ 2 - Prossiga

17. Caso NÃO, conhece alguém que leu?

Sim _____ 1 - Quem? _____

Não _____ 2 - Vá para P 20

Apenas para quem declarou ter lido o guia

18. Caso sim, o(a) Sr(a). leu todo o guia?

Sim _____ 1 Não _____ 2

19. O que se lembra de ter lido no guia (Cite alguns assuntos que se lembra?)

20. O que mais gostou no guia?

21. O que menos gostou no guia?

A Comunicação

Em relação a veículos de comunicação e informações para os idosos:

22. Quais os veículos que você considera que dão melhores informações para a Promoção de Saúde do Idoso?

23. Quais os veículos que você considera que dão melhores informações sobre Qualidade de Vida do idoso?

Veículos que considera que dão melhores informações:		
	Para a promoção de saúde do idoso?	Sobre a Qualidade de vida do idoso?
1. TV	1	2
2. Rádio	1	2
3. Jornais	1	2
4. Revistas não científicas	1	2
5. Cartilhas médicas	1	2
6. Manuais	1	2
7. Palestras	1	2

24. Você compreendeu todas as informações do Guia?

1. Sim 2. Não

25. Seguiu alguma indicação? 1. Sim 2. Não

26. Se sim Qual(Quais)?

27. Sentiu-se prestigiado com o Guia? 1. Sim 2. Não

7.2.1 Idealizadores

Identificação

- *Nome*
- *Formação*
- *Cargo*

Alfredo Nastari

Sou jornalista profissional, apesar de ter uma dupla formação. Sou jornalista e arquiteto. Por isso é que eu tenho uma formação original de design gráfico, depois migrei para o texto. Eu fiz a direção de arte do guia.

João Roberto Vieira da Costa

Bom, meu nome é João Roberto Vieira da Costa, minha formação é em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas e na época eu era o responsável-chefe da comunicação do Ministério da Saúde.

Lu Fernandes

Maria de Lourdes S. FernandesJornalista (Bacharel)Diretora Presidente

Você pode falar um pouquinho da Lu Fernandes?

Eu sou jornalista profissional, comecei na profissão na 1ª semana da faculdade, no fatídico ano de 1975, porque foi o ano q morreu o Vladimir Herzog e tudo isso. Trabalhei na grande imprensa até 1989. Trabalhei muitos anos na Record, na Block, na Revista Manchete, depois trabalhei na Folha durante 9 anos e depois no Jornal do Brasil. Fui presidente do sindicato dos jornalistas aqui em SP, muito novinha, com 26 anos. Depois, em 90, decidi abrir a minha empresa de comunicação. O meu único afastamento da mídia de 75 a 90 foi quando eu fui para a Eletropaulo criar o departamento de divulgação à imprensa (na gestão do Sergio Mota, q depois veio a ser o ministro das comunicações) e durante 3 meses, no ministério da Reforma Agrária, com o Marcos Freire, com a proposta de desenvolver uma comunicação q desideologizasse a reforma agrária. Exatamente o contrário do q acontece hoje. Não sei se você se lembra, o avião caiu, o Marcos Freire morreu, e como o meu trabalho tinha a ver com a proposta que ele tinha, voltei, trabalhei com o Serra, que foi candidato a prefeito naquele ano, em 88, já pelo PSDB, tinha acabado de se formar. Voltei para o Jornal do Brasil e trabalhei na 1ª campanha presidencial. 1ª eleição pelo voto direto. Aí abri a minha empresa. Ao longo desses 11 anos, a gente aqui tem trabalhado basicamente para a iniciativa privada, clientes como SESI, SENAI, FIESP. Hoje a gente atende a Cultura Inglesa, a Summus, a Imprensa Oficial – única na área do governo – uma agência de comunicação, Palas Athena, que é um instituto de discussão filosófica, estou esquecendo algum. Ao longo desses 11 anos a gente fez vários trabalhos ou só de assessoria de imprensa ou de comunicação integrada para empresas ou instituições. Para governo os trabalhos q fizemos foi esse de assessoria no ministério da saúde e no final do último governo Covas, para a secretaria da

educação e Imprensa Oficial. Tem a Abeu também (Associação Brasileira das Editoras Universitárias), a gente faz uma revista bimestral sobre livro universitário, que chega para os professores, inclusive na USP chega. A gente fez algumas publicações, vou te dar um folder e tem o site do escritório. A gente parou de fazer folder faz uns 5 anos por conta da internet.

Conhece o guia

AN — Sim, eu conheço o guia.

JRVC — Eu conheço o guia.

LF — Sim

Quem convidou para fazer o guia.

AN — Quem me convidou pra fazer foi a própria Lu Fernandes. O escritório dela foi quem foi contratado pelo Ministério da Saúde.

Ela disse que já vinha fazendo trabalho para o Ministério.

AN — Isso, isso. Ela fazia vários trabalhos para o Ministério. As publicações nós fazíamos juntos.

JRVC — Na verdade a iniciativa de fazer o guia foi nossa no âmbito da Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde da época.

LF — O Ministro José Serra

A idéia de se elaborar o guia surgiu de uma necessidade

AN — Se o guia surgiu de uma necessidade. Isso é uma pergunta para o ministério.

E: Certo:

AN — eu suponho que sim. Na realidade você tem uma grande faixa de população nessa idade. O guia estava vinculado as campanhas de vacinação dos idosos né? Eram distribuídos, né. Era uma tentativa de você oferecer orientação para uma vida melhor do idoso. Inclusive com impacto na saúde pública. Há muita coisa ali de prevenção de acidentes e quedas. De maneira que acaba impactando na própria saúde pública, na própria demanda da rede hospitalar.

JRVC — Primeiro, era a primeira vez que nós estávamos fazendo a campanha de vacinação dos idosos. Nós tínhamos pesquisas gerais sobre essa questão da vacinação, nível de conhecimento da vacina, da necessidade, da importância, os dados do problema em si, número de internações, quais os problemas que levaram as pessoas a se internarem, enfim, os dados gerais. E aí num trabalho de marketing mesmo identificamos a necessidade de antes de se fazer a campanha de vacinação era muito importante que nós fizéssemos uma espécie de um pré-aquecimento, de valorizar o idoso, uma mensagem carinhosa mesmo, colocando pra ele que ele tem muita coisa o que fazer ainda. Nós tínhamos num primeiro momento filmes que mostravam idosos praticando esportes, dançando, enfim todo tipo de atividade que de fato uma pessoa de 60, 65, 70, 75, 80 anos pode fazer ainda. Então nós fizemos um pré-aquecimento desta campanha, que foi muito bem recebida. Obviamente as classes mais altas acabam tendo mais acesso às informações, seja familiar, seja na possibilidade de compra de um veículo, um jornal, um meio de comunicação qualquer, então ela acaba tendo acesso à informações que boa parte da população não tem. E nós tínhamos aqui o desafio

de vacinar o maior percentual possível de pessoas na época acima de 65 anos de idade, que foi a primeira campanha realizada. Então, quando obviamente o sucesso dessa primeira fase da campanha, qual foi a idéia nossa? Tentar fazer com que aquela demanda de informações por uma vida melhor nessa faixa etária seja no ponto de vista de implementação, de tipos de exercícios, atenções e cuidados, enfim, juntar os principais pontos de preocupação, ou de desinformação, que havia neste universo, e colocá-lo de uma maneira organizada dentro da cartilha e no ato, no momento que nós estivéssemos fazendo a vacinação, nós entregaríamos estas informações a este público. Então, a necessidade foi exatamente neste sentido, de organizar todas essas informações que estavam apuradas, elas estavam notificadas e oferecer a eles de forma organizada estas informações.

LF — Mostrar q as pessoas acima de 60 anos podem viver sua melhor fase

Acho que esse é o melhor jeito de começar. Eu já desde 87, faço um trabalho de assessoria nessa área de comunicação para o José Serra, que na época era Ministro da Saúde. Quando ele estava no Ministério. Eu, o escritório, a gente propunha ações, propunha formas de chegar até as pessoas. Através de campanhas, partindo do pressuposto de que o serviço público, quando ele cria serviços, quando ele cria programas, só tem sentido, ele só tem sucesso quando se fizer um intenso trabalho de divulgação. Para que as idéias, os conceitos dos programas cheguem até a ponta. E, nem sempre a melhor maneira, ou a única de fazer isso são as campanhas veiculadas pela televisão. Até porque elas são muito caras. Eu estava te dizendo que essa cartilha 9 milhões de exemplares custaram R\$540 mil. Se você for dividir isso aí dá centavos por cada exemplar. Uma inserção no Jornal Nacional custa R\$250 mil e não significa nada se aparecer uma vez só. Então todo o trabalho de assessoria que eu fiz durante a permanência do Serra no Ministério visava sempre divulgar as informações, fazer com que ela chegasse até a ponta, com o menor custo possível e vendo o conceito, que é o mais importante. Foi assim na campanha contra o câncer do colo do útero. Houve várias campanhas, desenvolvidas pelo Ministério. A da dengue.

No caso da terceira idade, a gente conversou muito. Havia um índice muito alto de pessoas acima de 65 anos que acabavam tendo pneumonia, problemas sérios, até morte, provocadas por gripes. O Ministério conseguiu, através de uma série de ações em outras áreas, conseguiu uma economia. Eu me lembro na época, o Serra citava até de onde ele tinha tirado. Uma economia para conseguir fazer uma vacinação em massa, contra a gripe das pessoas acima dos 65, porque já estava virando um caso de saúde pública. É aquela coisa que as vezes a falta de prevenção provoca muito mais gastos lá na frente, além das mortes, dos dramas pessoais. Ai quando se pensou nisso eu desenvolvi um projeto, cujo conceito, é um conceito que eu acredito, muito até por vivência, pelos meus pais e por outras pessoas, que acima dos 65 se você tiver cuidados com a saúde, com a alimentação, você pode viver a sua melhor fase. A fase mais rica, mais feliz da vida, porque seus filhos já estão criados, você pode namorar, você pode ter sexo, você pode viajar. Você tem que se alimentar, mesmo estando sozinho, e o que

muitas vezes o prejudicava as pessoas de terem essa vida de terem essa atividade eram duas coisas: uma o preconceito e outra a falta de saúde a falta de cuidado anteriores. Eu pensava assim, assim como todas as faixas de idade. Como eu sou mulher, por exemplo, como mulher eu tenho uma série de exames que eu tenho que fazer todos os anos. A pessoa acima de 65 também. Tem exames, vacinas. Ai eu falei, poxa, a gente podia criar uma carteirinha de vacinação ou alguma coisa assim pra distribuir no dia, para as pessoas terem noção. Eu me lembro que na época propus isso, propus que tivesse uma campanha que mostrasse esse lado jovem, pessoas que estão acima de 65, pessoas até com 80, mas estão ai lindas, maravilhosas, fazendo coisas.

A agência acabou criando esse slogan Velho é o seu preconceito, né. E na época entrou Hebe, entrou Raul Cortes. A idéia era mostrar “olha como ser velho é bonito”. Como essas pessoas estão cheias de vida, cheia de graça. E ai tinha mil propostas, tinha até, na época fazer uma olimpíada nacional, juntando SESI e SESC. Bom, tinha um elenco de propostas que se misturavam com a vacinação para dar a pessoa acima de 65 esse conceito, de que ela pode viver a sua melhor fase, mas para isso ela precisa se cuidar.

Por que foi escolhida a forma de um guia/folheto para informar o idoso

L F — Por que foi escolhida a forma de um guia folheto para informar o idoso? Por que o conteúdo era razoavelmente extenso, não é? Nós tínhamos que pensar em uma coisa que fosse absolutamente universal, porque quando você fala em uma população, se não me engano eram 8 ou 9 milhões de exemplares, que era a população de idoso vacinadas na época. Você tem que fazer em uma linguagem que seja absolutamente universal porque tem desde o idoso que mora no Ribeirinho, na Amazônia até a pessoa do grande centro urbano. Você tem uma diversidade cultural, né, sócio-econômica muito grande. Então você tem que fazer alguma coisa que seja absolutamente universal. Você não pode nem infantilizar a comunicação porque você ofende a parcela mais esclarecida da população, e não pode usar uma linguagem muito hermética ou muito elaborada porque você corre o risco de não ser entendido. Acho que o grande desafio desses guias, com tiragens muito altas, né, é esse. É esse, é você conseguir uma linguagem equilibrada que faça com que você seja entendido por todos e não ofenda entre outras a inteligência de ninguém.

J R V C — A idéia de se fazer este folheto, primeiro que ele é, a saúde tem algumas questões de comunicação, que na área da saúde ela tem uma importância muito maior do que provavelmente tem em outras áreas, você tem uma rede muito distribuída, as pessoas guardam com muita atenção, por exemplo, a cartelinha de vacinação é um documento pra essas pessoas. Então, geralmente, documentos, folhetos, folders, qualquer tipo de informação que parta de alguém de um posto de saúde, de um postinho, de um médico, dessa coisa toda, ele tem, a grande parte da população, tem um evento de valorizar aquela informação que é passada para a população. Nas campanhas de vacinação você observa isso muito fortemente, em todas as outras também. Qualquer orientação médica que

tenha esse respaldo dessa autoridade pra população tem um peso bastante grande. Cartaz é um outro veículo de comunicação muito importante nessa área da saúde. Então, o formato da cartilha é de fato o mais democrático, o que dá a possibilidade de fazer uso dessa retaguarda, de que as pessoas valorizam a informação quando ela é passada por alguém que trabalha na saúde, é mais democrático, mais acessível. Daí a minha preocupação o tempo todo de que fosse uma cartilha simples, numa linguagem simples, que ela tivesse fotos bastante ilustrativas e indicativas, o tamanho da letra. Eu me lembro que um dia que nós mostramos inclusive para o Ministro José Serra, eu não me lembro o que exatamente, mas ele chamou atenção de uma determinada indicação que nós tínhamos e disse que era o tipo da coisa que é muito difícil, é muito caro as pessoas comprarem, não me lembro exatamente o que, mas tinha uma observação de ajuste, de atenção em que a informação estivesse de fato bastante próxima do nosso público, de classes sociais mais baixas inclusive. Então, a preocupação é que fosse isso, bastante indicativo, com manchetes, que chamasse muita atenção, comando muitos simples: economize com genéricos. Que dizer, você já está dizendo alguma coisa. “Tudo limpo”. Um comando. Fique atento com a balança, cuidado com tal coisa. Nós tínhamos uma discussão muito recente a época, que era a falsificação de medicamentos. Toda atenção para chamar atenção ou distinguir o que era medicamento falsificado ou não. Havia essa preocupação.

LF — Porque poderia atingir todos os idosos, independente do nível educacional. *Você já contou como vocês chegaram no folheto. Uma produção que atingiria um público maior e uma produção mais barata.*

LF — Sim porque isso aí é um tipo de papel q as empresas fazem propaganda, tipo Casas Bahia que você vê encartado no jornal, é um papel q roda em rotativa. Rodando em rotativa isso fica muito mais barato. Coisa 4 cores assim, você roda em impressão plana. Fica muito caro se você for fazer uma quantidade dessa. No caso de rotativa, além de ficar barato, é mais rápido. O único problema era grampear. A gente procurou fazer de um tamanho q tivesse o melhor aproveitamento de papel em rotativa. Por isso q acabou ficando tão barata. Se você for olhar, 10 milhões por 500 mil, dá mais ou menos 2. Saiu 20 centavos cada uma. A gente tentou o jeito mais barato: rodar em rotativa, RWC – q chama esse papel, é rápido. Tinha uma limitação de número de páginas para dar o corte. Toda concepção para ser um produto q fosse barato e q chegasse em todo mundo. É o tipo de comunicação q eu acho mais eficaz. A gente acabou de fazer uma cartilha para estudantes de escola pública, q a Unesco deu a chancela, a Telefônica imprimiu 500 mil exemplares. Para você ter idéia 500 mil exemplares, por 140 mil porque essa tem capa dura, o papel é offset com verniz. Isso aqui a gente para o Protagonizes, que é um instituto q a ex secretária de educação abriu. A gente tinha feito só para os estudantes de escola pública de SP, mas a Unesco gostou tanto q pediu para a gente nacionalizar os cases. Também parte do mesmo princípio, se você conhece os seus direitos, você usa. Na escola pública hoje você tem coisas tipo reforço semanal, recuperação de férias q muitas escolas

não abrem para os alunos e tem a cara de pau de dizer q o aluno ficou 4 anos e não aprendeu. A idéia é de q cada pai saiba q tipo de direito o seu filho tem na escola pública. Acho q é esse o papel do Estado. O direito acaba sendo sempre uma conquista. Comunicar essa conquista para um conjunto de pessoas q não estava organizados em torno dela.

Objetivos

A N — Bem, os objetivos eram esses. Os objetivos era oferecer um conjunto de informações quer proporcionassem uma melhor qualidade de vida por leitor e uma diminuição dos riscos de saúde a qual o idoso está exposto.

J R V C — Aquela coisa bastante simples, doenças ou sintomas o que você pode fazer, como é como você pode trabalhar, não se pretendia, apenas chamar a atenção. Obviamente as pessoas tendem a olhar isso aqui e guardar. Era esse o meu grande objetivo. Que eles pudessem guardar essa cartilha. Tinha até essa coisa de colocar nome na cartilha, não sei se acabou vingando isso ou não. A gente tinha essa preocupação.

L F — Dar informações sobre saúde e direitos

E ai foi nesse processo que a gente pensou em fazer da carterinha, da chamada carteirinha de vacinação, a gente evoluiu aqui para fazer uma cartilha, numa linguagem que fosse acessível o suficiente para que qualquer pessoa que soubesse ler, pudesse entender, mas que não fosse uma linguagem cansativa, pra pessoas que tivessem um nível educacional já elevado. E ai o que a gente pensou. tudo bem a gente tem um conceito, a gente acredita nisso, de que essas pessoas podem viver mais, podem viver melhor, podem ser felizes, mas nós precisamos ver se isso é verdade. E ai nos fomos atrás exatamente das pessoas que trabalhavam com idosos, das pessoas com grupos de terceira idade, a partir de indicações do Ministério, de instituições que trabalhavam com a terceira idade. A USP que tinha um trabalho, o HC. Ai no final você vê todas as pessoas. Ai nos fomos ouvir todas essas pessoas. A gente não tinha idéia assim, de tudo que devia entrar, mas sabia que alimentação era importante, que a questão do exercício era importante, que tinha que tomar muito cuidado com medicamento. Que existem muitos medicamentos falsos. E sabia também a coisa da memória, que ela não precisa perder a memória, a partir da idade. E que era importante que as pessoas tivessem a quem recorrer. Olha, tem um problema, meu direito não está sendo respeitado, com que você fala? E ai a gente ouviu esse conjunto de pessoas pra chegar nessa forma simples.

Etapas

A N — As etapas de elaboração? Foi feita, eu me lembro foi feita uma boa pesquisa no Ministério da Saúde levantando os principais pontos que deviam ser abordados, né. Quais eram os pontos mais sensíveis. Então osteoporose, essa questão de acidentes doméstico. Quer dizer no idoso é muito latente. O ministério ele nos sinalizou, a partir de informações que ele tem da rede pública, do que era relevante que estivesse no conteúdo do guia. A partir disso, nos fizemos, ai é o procedimento jornalístico. Nos fizemos uma reunião de pauta, nos fizemos

reportagem, pesquisa, não é? E todo o trabalho de edição e direção de arte. A redação final do guia é da Lu Fernandes em parte e em parte meu. Não lembro exatamente, é basicamente dela, mas eu sempre também meto muito a mão no texto. A formação de quem fez, eram todos jornalistas profissionais. Todo pessoal envolvido era jornalista.

Quem ilustrou foi o Cláudio Morato, foi um ilustrador que faleceu no ano passado. Era um excepcional ilustrador, que tinha uma qualidade rara. Que é uma versatilidade de linguagem. Ele conseguia fazer tanto uma ilustração mais simples qto uma mais complexa.

E: Ele era daqui de São Paulo?

A N — Era daqui. A diagramação foi minha. A direção de arte basicamente foi minha. A tiragem foi 8 ou 9 milhões. Mas eu não lembro exatamente o número. Se você quiser exatamente o número preciso eu posso levantar. Mas foi 8 ou 9 milhões.

A: Se foi suficiente? Eu não saberia dizer. Isso é uma pergunta para o Ministério da Saúde. O que eu acho que tem de mais curioso nisso é o seguinte. Se não me engano, a população de idosos né, acima de 60 anos, pelo IBGE é alguma coisa em torno de 14 milhões. E 8 ou 9 milhões, acho que eram 9 eram os vacinados, os que recorriam né. Agora a grande complicação dessa questão da tiragem, era a logística. Você fazer esses guias chegarem nos postos de saúde do país inteiro. Eles seguiam juntos, com os kits de vacinação. Na verdade tinha toda uma logística de você mandar sei lá o quer. Seringa, agulha, vacinas. O kit de vacina que tinha que chegar em alta floresta no interior de... . Você tinha que entregar, os guias juntos, com o kit. Com a quantidade de vacinas que iam pra lê. É uma coisa complicada porque 9 milhões de exemplares é uma coisa que exigia um tempo muito grande de produção. Então ia saindo da gráfica, já ia indo para o Ministério de Saúde, que já mandava para os lugares mais distantes. Tinha uma logística bem complexa.

J R V C — Olha não houve um pré-teste, na verdade ela foi sendo montada a partir de informações de pesquisas, ela foi sendo corrigida. O pré-teste dela nós até sabemos. O pré-teste dela melhor do que qualquer coisa era poder refletir o que as pesquisas nos indicavam como uma necessidade informação.

As pesquisas foram feitas com o público alvo da campanha. Todas as campanhas que se faz no Ministério da Saúde você tem sempre a preocupação de ter pesquisas qualitativas quanto quantitativas, porque é uma preocupação que nós tínhamos fortemente, você tem um investimento do governo em comunicação, que embora tenha preços até melhores do ponto de vista quando é para a saúde pública, mas você não pode errar, você tem um processo de mobilização de milhões de pessoas em determinado período, todo mundo para vacinação infantil em um sábado. Você não pode errar muito. A gente tenta, procura errar o menos possível. Ou seja, testar as linhas da campanha, discutir e ver se está certo o conceito, enfim está este ajuste fino. Eu me recordo, por exemplo, que no segundo ano de vacinação contra a gripe, nós tínhamos um problema grave, ao

contrário da primeira. Você tinha um período, se não me engano de 12 a 15 dias, dependendo do estado e nós estávamos já ao término da primeira semana e o índice de vacinação estava muito baixo e era uma campanha com o Trem das Onze, os Irmãos da Garoa, e a campanha não acontecia, não estava refletindo. Recordo-me que a campanha tinha começado em uma 2ª. Feira e na 6ª. Feira tínhamos 10%, menos de 1/3 do mesmo período do ano anterior. Aquele horror, o que está acontecendo? Nós achávamos que era a mídia, que era o filme, que não estava chegando a mensagem, não estava mobilizando. Reforçamos com o medling. Eu fiz uma pesquisa no final de semana no final de semana. E a questão era a seguinte: ainda estava muito quente, a temperatura muito alta, e as pessoas não tinham incorporado ainda a necessidade de vacinar. Na semana seguinte esfriou e resolveu-se o problema, tivemos um desempenho muito melhor do que a primeira campanha.

Sempre se teve uma preocupação de se fazer pesquisa o tempo todo da comunicação, o conceito, com grupos de pesquisa qualitativa, com o grupo do público alvo.

Então a cartilha surgiu de uma necessidade nessa primeira fase pré-campanha, onde nós estávamos nessa questão do aquecimento, de valorizar. Ela foi sendo elaborada desse processo. Por isso que não deu para pré testar da maneira convencional que nós faríamos. Embora ela tenha sido fruto exatamente de informações apontadas em pesquisa.

Ela foi uma cartilha em que nós tínhamos o escritório da Lu, que ficou responsável pela execução da cartilha. Eu tinha uma grande preocupação em que o texto fosse um texto de uma leitura gostosa, não fosse muito técnica. Então, nós tínhamos a área técnica do Ministério, dando subsídios, jornalistas trabalhando neste texto, traduzindo as informações técnicas repassadas pelos técnicos do Ministério. Essa tradução voltava para os técnicos do Ministério, para ver se estava de acordo, se nós estávamos de acordo. Ela inclusive ouviu outras pessoas do Hospital das Clínicas, enfim procurou-se fazer a essência disso daqui que é o seguinte: Traduzir uma linguagem simples, de fácil entendimento, o que é geralmente colocado de uma maneira mais técnica pelo pessoal da área técnica. Especialistas, médicos de diversas áreas, essa coisa toda.

A ilustração e a diagramação ela foi toda no escritório. Foi o Alfredo que esteve à frente da coordenação desse trabalho. Havia uma grande preocupação. O Ministro José Serra muito atento o tempo todo, do didatismo da cartilha, da clareza e objetividade das informações, então se procurou fazer o melhor. Nós tínhamos consciência de ela ainda estava muito carregada para o público final, a que se destinava. Era um volume muito grande de informações. Como ela era uma primeira cartilha é complicado. Você que dar o maior número possível de informações, você teve um atendimento e volume muito bom das pessoas que deram informações. Ela acabou ficando um pouquinho mais carregada do que nos desejávamos, do que nós imaginávamos num primeiro momento. Mas não podíamos perder essa oportunidade, de ter uma possibilidade uma quantidade bastan-

te grande, seis milhões de pessoas, oito milhões de público alvo, indo ao Posto de Vacinação e num determinado período e podendo receber uma matéria prima fundamental, que se chama informação. Então optamos por tentar valorizar com as fotos e com as ilustrações para que ele ao fazer um processo de folheamento escolhesse o que chamasse maior atenção. Mais a gente saber que ela tinha mais informação. Dos problemas o menor.

A tiragem foi enorme, não me recordo agora, mas ela foi bastante grande. Tentamos que todos tivessem a informação.

L F — Conceito, criação, reportagens, edição, ilustração, fotos, editoração, fotolito, impressão e distribuição.

E: Vocês mesmo que entrevistaram?

L F — Tudo, tudo foi feito aqui no escritório. Quer dizer, a gente entrevistou. Os textos finais fui eu que fiz. O artista gráfico é daqui. A gente sentou junto escreveu e tudo a gente passou tudo a gente passou, no final, pelos entrevistados. A gente mandou pra ver se tinha algum erro, né. Porque a gente não é...

E: Para os entrevistados?

L F — Para os entrevistados e também para os especialistas do Ministério que também tem um grupo nessa área. E aí fizemos o fechamento. E se você olhar, nós escolhemos essas pessoas. Nós fomos numa agência e falamos nós queremos pessoas acima de 65 e que curtam. Se você olhar, são pessoas... Nós temos o nome de cada uma delas. Idade, direito,. Porque tinha direito autoral. Porque elas receberam. São modelos, são modelos. Modelos brasileiros. Essa japonesa é uma graça. Aí tem outra história engraçada, olha, este casal, este senhor aqui é o cabeleireiro de uma das meninas que trabalha aqui. Falou que se orgulha muito. Olha o corpo da criatura.

E: Maravilhoso, é?

L F — E lê tem eu acho, ele está beirando os 70, né? Ele faz exercícios todo dia. Ele ficou felicíssimo. Quer dizer, tudo a gente foi muito cuidadoso, cuidadoso com tudo.

Então a gente começou com essa coisa, sabe? Com essa coisa, que o corpo humano ele é igual a uma planta, ele precisa de cuidados. O problema dos tombos, pra pessoa tomar cuidado com os tombos. O que que ele deve fazer pra evitar. Aqui as doenças mais comuns. Os fatores e os sintomas e como você previne. Quer dizer a nossa preocupação grande era prevenção. Aqui os exames e vacinas, que ele tem que fazer durante o ano. Aqui, que foi o que mudou mais com relação a essa, os alimentos, as fontes de cada um. Eles queriam fazer a pirâmide, eu achava a pirâmide muito difícil. Quer dizer, essa foi uma briga que eu perdi. Na segunda cartilha eles enfiaram a pirâmide. Porque aí as vezes a pessoa de comunicação e o especialista tem uma briga e o especialista acaba ganhando. Eu ainda prefiro essa versão. Acho mais fácil, acho mais fácil da pessoa..., mais simples. Mas como tinha a história dessa pirâmide, que eu consegui derrotar na primeira mas não consegui na segunda. Aí você vinha o que a pessoa não deve comer, o que deve ser evitado, o que está super liberado. A

dieta ideal, peso, sugestão de cardápio,. Aqui ela vem igual. O que mudou mais realmente foi alimentação. Ai vem os remédios. A história de chega de saudade. Quer dizer a pessoa não tem que ficar pensando para trás, tem muita coisa na frente. Amor e desejo não têm idade. Não sei se você viu isso aqui.

E: Sim, estudei bem o Guia.

L F — O negócio dos medicamentos, que na época tinha. Logo que o Serra assumiu tinha, as pessoas esquecem muito rápido, tinha, o que tinha de medicamento falso era uma brincadeira. Até a gente fez uma outra cartilha, na época. Que essa é outro case maravilhoso, mesmo porque a gente convenceu todos os jornais, foram 640 jornais ligando, telefonando. Pros grandes eu liguei de um a um. Cedendo um CD com a cartilha pronta , para que eles publicassem sem que a gente, sem que pagassem nada pra gente. Eles vendiam anuncio pra gente tudo isso. Num dia, no mesmo dia todos os 640 jornais do país, incluindo todos os grandes publicaram aquilo. Cada leitor teve acesso a cartilha.. E ..

E: A cartilha do medicamento?

L F — Do medicamento falso. Aqui exija seus direitos, quer dizer.

E: Achei muito interessante essa parte.

Havia uma verba prevista para isso?

A N — Sim, quer dizer na verdade havia um orçamento. Da nossa parte, como produtores a gente apresenta um orçamento e esse orçamento foi aprovado, e foi feito

J R V C — Não havia uma verba prevista para o Guia, razão pela qual nós tivemos que fazer denso processo de negociação, quer dizer não havia verba para o Guia, mas o dinheiro da campanha como um todo. Você tem a campanha como um todo, ela pagava a produção e a veiculação do filme. Fazer as pesquisas que tinham que ser realizadas, do folder, do cartaz, do outdoor. Produzir o spot de rádio, pagar a veiculação do mesmo. Enfim, a campanha. Não havia verba, isso fez com que nós ficássemos com o valor da campanha. Isso significou um processo bastante intenso. Lembro muito disso que a gente negociava redução. Nós chegamos a uma negociação com as emissoras de rádio e com as televisões, depois a gente pedia me dá uma gota de desconto, alguma coisinha. Foi muito legal porque nós mostramos para vários veículos todo o projeto da cartilha. E muitos veículos ainda deram um desconto a mais para ajudar a viabilizar a cartilha. Isso é legal, a saúde essa interlocução com as empresas de comunicação.é sempre muito positivo. Eu me lembro muito mesmo que uma emissora grande, a gente chegou, mostrou o projeto, levou para direção. O desconto inclusive, nós tínhamos a expectativa de um tanto e veio um pouquinho a mais depois que a direção tomou conhecimento do projeto. Então ele acabou sendo viável. A gente apertou, puxou, conseguiu a impressão, se não me engano no Sindicato dos Bancários, que foi que imprimiu para gente, com um preço bastante bom.

Consegui realizar a cartilha, mas demorou a chegar. Essa distribuição quando eu falei que a ela funciona bem no Ministério da Saúde, mas ela veio por conta

gotas, ela não veio de uma vez só. Me lembro que a Funasa ficava bravo com a gente, mas eu falava que são as condições que nós conseguimos viabilizar de preços.

L F — Não

De quanto era essa verba?

A N — Não saberia te dizer agora. Se for relevante eu eu levanto. Eu não sei quanto era a verba total do guia. Eu, depois o custo de impressão. De remessa. Isto também é uma pergunta para o Ministério.

J R V C — Eu não vou saber de dizer os valores específicos na produção da cartilha, quanto foi. Talvez a Lu tenha essa informação. Mas ela estava dentro dessa verba como um todo.

Como as instituições que colaboraram no guia foram escolhidas?

A N — Eu acho que pela relevância di, pela relevância di de trabalho científico. Eu sei que tem alguma coisa. Eu não lembro isso tem algum tempo. Você me pegou de surpresa. Isso faz uns 6 anos ou 7. Eu sei que tem colaboração da Fiocruz. Na verdade as informações mais técnicas, científicas, vinham do ministério da saúde ou das instituições ligadas ao ministério da saúde. Eles tinham lá uma agência, um setor que cuidava de terceira idade, que era quem nos municiava de informação.

L F — A partir da chancela acadêmica.

Distribuição

A N — A distribuição nacional ficou a cargo do Ministério da Saúde.

J R V C — No Ministério da Saúde houve uma logística maravilhosa de distribuição.

L F — Ministério

Monitorada

A N — Se ela foi monitorada: Foi. Na verdade é essa coisa que eu estava te explicando. Que acompanhavam os kits de vacina. Então tinha-se absoluta certeza que o o guia chegava lá na ponta junto, ele não ia sozinho. Se el fosse sozinho corria o risco de chegar lá e ficar empacotado. E pronto, né.

J R V C — É o Sistema Único de Saúde que tem essa logística de distribuição. Por exemplo, se você põe uma vacina que tem que dar uma criança, essa vacina chega no Posto de Saúde. Ela tem essa tecnologia toda. Então essa distribuição foi feita dessa maneira. Da mesma maneira que se distribui a vacina. A Funasa, Fundação Nacional de Saúde, tem essa tecnologia fantástica. Você colocou na mão, via de regra chega lá. Da mesma maneira que chegou a vacina para dar na criança ou no idoso ou nas campanhas chega o material.

Distribuição, neste caso ela não é problema. E como se trata de um material valorizado pelo profissional de saúde não tem problema nenhum. Você produzindo e entrando no canal de distribuição da Funasa, do Ministério da Saúde, o material geralmente entregue chega nas mãos do público, da população final.

O Ministério ele tem uma tecnologia para fazer campanha bastante positiva. Ele envolve bem as pessoas, que vêm e participam. Dão informação. Não há

ciumeira. Por exemplo, já tive informação que vinham de São Paulo, que a Lu tinha apurado, que não tinham problema nenhum, que voltava corrigia. Esforço de mutirão. É um princípio do pessoal da saúde.

L F — Pelo escritório. Me deu muita.... Como eu te disse, teve esse problema de pagamento tudo isso, mas me deu muita alegria fazer isso. E aí nós fizemos a cartilha. Eram 8 milhões, acho que 8 milhões e meio de doses, ou nove milhões. Mais 8 milhões e meio se vacinaram. E aí a cada vacina. A cartilha no dia chegou em cada Posto de Saúde desse país. Em alguns lugares foi com a vacina de barco.

E: No Brasil inteiro?

L F — No Brasil inteiro. Onde tinha a vacina tinha a cartilha. E a a pessoa que foi tomar a vacina ganhou uma cartilha. Que a idéia era essa. E o que eu sei de retorno na época, do Ministério, é que foi um estrondoso sucesso. E aí o pessoal que trabalhava com terceira idade ficou tão encantado com isso que no ano seguinte, pediu a cartilha.

E: Essa cartilha é de 99?

L F — A outra é de 2000. E aí a gente não se limitou a fazer a cartilha. Na época, a gente junto esforços com o Ministério, que tinha uma área de assessoria de imprensa, mas o que agente tinha aqui também, e a gente conseguiu incluir, o tema vacinação, idoso e a cartilha nos programas populares e foi gratuitamente também. O Faustão e o Gugu, fui eu mesma. Falei com o Faustão, Gugu, Ratinho, esses programas. Então ia desde os programas, noticiosos, até aqueles programas populares de rádio e tv que falavam cara não deixa de ir vacinar. Olha em tal está vacinando a Hebe, e você vão receber essa cartilha, que explica isso, isso. Também não adianta só você distribuir tem que ter um certo monitoramento. E foi muito legal. Porque todo mundo deu. Jornal Nacional deu, e o Fernando Henrique foi quem lançou a campanha de vacinação. E acabou comentando da cartilha, dizendo que a cartilha estava muito boa. Foi muito legal. Quer dizer, me deu muita alegria fazer esse trabalho, entendeu?

E esse trabalho está muito dentro do conceito do trabalho que a gente desenvolve aqui pra instituições. Quer dizer a comunicação, ela é essencial a democratização dos serviços. Não adianta você colocar os serviços à disposição e o conjunto da população não saber. Porque aí você tem apenas uma elite usando, porque ela é bem informada. Ela sabe que tem esse programa, aquele programa, outro programa. E aí acaba tendo uma inversão. O programa que é feito para as camadas mais pobres, acaba sendo usufruído por quem menos precisa. Agora se não se divulga, faz esse tipo de divulgação em massa e barata. Você usa um programa gratuito de tv pra falar de um conceito, a gente acabou fazendo isso com outras coisas também. Você atinge a pessoa lá na ponta. Então a história é essa. E aí a gente desenvolveu tudo.

Fizemos uma pauta. Mostramos pro Ministério, pro especialistas. Se eles achavam que era isso mesmo. Aí fomos ouvir os especialistas. Aí fizemos o texto. Contratamos os modelos. Termos que entravam nesse conceito Viver mais e

melhor. Entendeu. Um Guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida. E foi tudo feito aqui. Até o fotolito. Ai a gente entregou o fotolito e foi rodado.

E: Na época você teve contato com o Dr. Jorge Silvestre?

L F — Deixa eu perguntar pra Nora, porque a Nora ouviu os médicos. Foi ela quem ouviu os médicos.

E: Não ele era quem fazia os contatos em Brasília. A informação que eu tenho é essa. Você confirma?

L F — Não me lembro mais quem era a pessoa. Eram 3 pessoas ali nesse grupo que era o grupo voltado para a 3ª idade. Mas eu confesso para você que eu não vou me lembrar do nome. Nem dele, nem a pessoa p. ex. que cuidou da distribuição.

Isso, você sabe quem foi?

L F — Não me lembro.

Se foi uma empresa?

L F — Não. Foi um ministério mesmo.

O próprio ministério, você acha q ele mesmo cuidou?

L F — Não, eu não acho. Veio uma pessoa aqui, junto com a gente na gráfica... “esse tanto vai para cá, esse tanto vai para lá”. Era uma pessoa ligada a assessoria de comunicação do ministério. A gente falava muito com o Roberto Vieira da Costa, que era o assessor de comunicação do ministério e que depois foi assessor de comunicação do Fernando Henrique. Ligado a ele tinha um rapaz que cuidou de toda a logística de distribuição. Não me lembro mais o nome porque faz tanto tempo que você acaba esquecendo.

Toda a divulgação ficou a cargo de vocês?

L F — Isso.

Objetivos foram atingidos

A N — Se eu considero se os objetivos do guia foram atingidos? Eu pessoalmente creio que sim. Mas não tenho. Isso é uma pergunta para o Ministério da Saúde. Eu acredito muito nesse tipo de comunicação, de veículo para campanhas de massa. Eu acho que quando você fala em. Porque você para atingir 9 milhões de pessoas, com essa quantidade de informação, você não tem muita alternativa não. Ou você faz uma campanha de televisão, que é normalmente extensa, cara, para comunicar. Ou não é você parte para uma mídia desse tipo que é bem mais focada, específica. Sem dispersão, né.

Tem uma coisa que eu acho muito relevante nisso também que esta é uma população no Brasil que tem uma permanente sensação de abandono. Porque de fato, nós tratamos muito mal os nosso velhos. Quer dizer, nós não temos uma cultura. Nós temos uma cultura que eu pessoalmente reputo mais americanizada, uma cultura mais de novo mundo que a gente valoriza demais a juventude, a iniciativa como atributos, e as pessoas no Brasil são muito, muito. Eu acho que é muito importante pra essa população também sentir algum tipo de preocupação. Quer dizer, além de uma vacina, uma coisa concreta, receber algum tipo de

serviço algum tipo de informação. Eu acho que isso foi uma coisa muito importante nesta ação. As pessoas que recebiam o guia, ficavam, guardavam. Liam com cuidado, se sentiam, sentiam que alguém estava prestando atenção nele. Se sentiam merecedores de atenção. É isso.

J R V C — Enfim foi distribuída, o retorno que nós tínhamos era o da hora da distribuição, foi muito positivo. Tanto é que nos anos seguintes havia demanda para uma cartilha como essa nas distribuições das vacinações e em outras campanhas. Não eu queria uma coisa igual vocês fizeram para vacinação do idoso. Isso você tinha como demanda, porque era uma demanda verdadeira dos regionais. É aquele posto de saúde que falou com a regional, que falou no âmbito da Secretaria Estadual da Saúde, que vem, discute, fala. O melhor indicador era a demanda constante por esse livro, mas isso era um problema, porque nem sempre a gente tem condições de viabilizá-lo. Problema no sentido de que o ideal é poder atender.

Os objetivos do Guia com certeza foram alcançados, não tenho nenhuma dúvida nesse sentido espero eu que ela esteja sendo guardada. Lembro-me, de uma coisa, por conta da quantidade, a gente queria que ela fosse com uma capinha dura. Mas não foi possível.

O Alfredo disse que foi feito o melhor, dentro do custo possível.

L F — Não foi feita uma pesquisa

Final de entrevistas

E: está ótimo.

A N — Essas informações mais precisas se você quiser verba de tiragem, eu posso levantar, você me liga dentro de alguns dias.

E: Você pode levantar?

A N — Posso ver isso com mais...Você me liga dentro de alguns dias. Realmente não lembro isso de cabeça.

A N — Nós fizemos isso por dois anos. É foram duas edições. Você mesmo se referiu a duas cartilhas. Aquela primeira que tinha aquele grupo e a segunda que foi, que foi.

E: A Lu me deu o exemplar um. Mas eu não tinha conhecimento do anterior. Só tinha trabalhado com o número dois, que já é de 2000.

A N — Eu acho que o Ministério realmente gostou, porque repetiu a ação.

E: Você se lembra de ter ido a Brasília ou foi a Lu que foi? Você se lembra de algum contato que tenha feito no Ministério? Que pudesse ser pertinente em Brasília? Eu tenho um nome: Jorge Silvestre. Não sei.

A N — Silvestre? Acho que ele era da Secretaria. Olha as pessoas envolvidas, mais diretamente nisso era o Bob. O Bob era assessor de comunicação do ministério. Ele tem uma agencia agora. As pessoas mais interessadas, mais envolvidas exatamente nisso era o próprio ministro na época, o Serra. O Serra sempre teve na trajetória política dele. Ele sempre teve uma preocupação especial com a terceira idade. Ele tem uma afinidade com esse tema. Eu sei disso porque eu conheço o Serra, acompanho há algum tempo e sempre vejo uma atuação dele

nesta área. Então ele tinha. Ele ...primeiro nesta questão ele tinha, partia um pouco dele uma orientação pra que se fizesse, se desse mais atenção pra terceira idade nas ações do ministério da Saúde. Eu acho que é isso. Bob era o assessor de comunicação, então era quem coordenava tudo isso. Quem definia a verba, quem.

E: Era assessor de comunicação do Ministério?

A N — do ministério. No último ano do governo Fernando Henrique ele foi Secretário de Comunicação da Presidência da República. O Bob era o cara da comunicação quee tomava conta disso, tinha o Brentano, o Brentano era o operacional, era da equipe do Bob e era o cara responsável pela logística. Por toda essa questão de distribuição. Possivelmente o Brentano continua no Ministério. Ele era funcionário de carreira do Minsitério. Toda essa questão de distribuição, como foi feita, como foi monitorada, a pessoa ibndicada acho que é o Bentrano. E depois tinha um organismo lá dentro, eu não lembro o nome, que era uma secretaria de terceira idade, alguma coisa assim, que fornecia informações, com quem a Lu tinha mais contato. Do ponto de vista de produção, fui eu, a Lu Fernandes e o Paulo Morato. São as três pessoas, que trabalharam mais diretamente. Depois tinha assim tipo fotógrafo, tipo assistente de arte. Mais as pessoas que deram uma contribuição criativa, uma contribuição de conteúdo foram bsicamente a Lu, eu e o Paulo Morato.

Quanto tempo você trabalhou para o Serra.

J R V C — Fiquei de 1996 a 2001, no Ministério da Saúde. Como chefe da Comunicação Social. Em 2001 fui para ser o Ministro da Comunicação Social do Governo do Fernando Henrique, no último ano. Ai o Serra saiu para ser candidato.

O Alfredo disse que o próprio Serra particularmente tinha uma preocupação muito grande com o pessoal da Saúde, principalmente com os idosos.

J R V C — Essa campanha todinha foi feita porque ele era muito persistente. Persistência só não, mais do que isso. Tinha um problema colocado de saúde pública. Se você for olhar os números, a queda do volume de internação hospitalar depois das campanhas de vacinação, dos períodos de inverno, por problemas respiratórios é surpreendente. Mostra claramente que uma qualidade de vida alcançada fantástica. O resultado melhor que se pode ter é essa queda vertiginosa nas internações depois dos inícios das campanhas de vacinações. Persistência total dele. Determinação total dele. Uma campanha como essa, pela primeira vez. Embora o Ministério da Saúde tenha tecnologia para fazer essas coisas, é uma campanha difícil, é uma campanha muito complexa. Ela foi a primeira campanha de vacinação dos idosos, muito desconhecida, e surpreendentemente os resultados que o Brasil alcançou, nem os EUA, com anos de vacinação, alcançou níveis de cobertura que nós tivemos, com quase 80% do público alvo, os EUA nunca alcançou isso, chegaram a 50%/60%. Esses dados estão disponíveis na Secretaria da Vigilância. O Dr. Jarbas foi quem coordenou isso. Ele tem todas essas informações epidemiológicas. Determinação, persis-

tência e disciplina do Ministro Serra. A Funasa é quem distribuiu o material. *Essas pessoas que deram os conselhos, que eu chamo aqui de conselhos especialistas, elas receberam algum dinheiro?*

L F — Não.

Fizeram isso graciosamente?

L F — Graciosamente, como uma entrevista para jornal. A gente avisou o que era, devolveu para eles depois, fez os agradecimentos aqui, mas ninguém recebeu. Quem recebeu foram essas pessoas. Essas pessoas, q vivem disso, receberam. Também quem recebeu foi o ilustrador q na época fez essas ilustrações e a gráfica.

Quando você fala no valor que você falou aqui, estava tudo incluído?

L F — Estava tudo incluído, só q a parte que era para pagamento dessas pessoas acabou não sendo repassada pelo sindicato.. Estamos processando o sindicato até hoje.

Vocês contrataram uma gráfica...?

L F — Era o seguinte, para te explicar. A gente, na época procurou a gráfica q oferecesse o menor preço, q era a gráfica do sindicato dos bancários, porque ela não paga imposto. Ela nem deveria rodar para terceiros, mas ela roda. Ela não paga imposto e o que interessava ali para o ministério era fazer o preço mais barato, não gastar muito com isso. Acho que iria custar 540, uma coisa assim. Essa parte toda, envolvendo toda essa parte anterior, eu acho q custava uns 60 mil, que incluía pagar os modelos, as viagens (vai e volta), o artista gráfico, o ilustrador, editoração eletrônica, diagramação, fotolito, etc. Então, o que eu pensei: como costumo pagar todo mundo que trabalha para mim, eu disse o seguinte, se o ministério atrasar, se houver qualquer problema, eu não tenho 540 mil para pagar, sou uma empresa pequena. Então eu combinei com o sindicato o seguinte: vocês fazem uma nota só, eu aviso o ministério e quando vocês receberem eu faço a nossa nota de criação e produção e vocês pagam para a gente. Só que eles não pagaram.

Mas eles receberam?

L F — Receberam, tudo bonitinho. O Roberto Vieira da Costa chegou a ligar para o presidente do sindicato. Aí inventaram uma história de que tinham descontado IR deles e que eles não tinham q pagar impostos. Aí o cara falou “não, mas tudo bem. Se for assim não tem o menor problema. O ministério manda devolver”, mas não teve jeito, tanto que nós estamos processando até hoje, porque eu tive que pagar essas pessoas. Então, além de ter concebido, de ter escolhido a gráfica e tudo, não receber nada. Paguei para fazer essa cartilha. Todas as pessoas que trabalharam para cá, o fotógrafo, o estúdio, os modelos, o ilustrador tinham que receber e eu paguei para eles.

O seu custo teria sido 60 mil?

L F — É. Isso. Valor que não recebemos.

Quando você fez esse 2º trabalho, já está incluído aqui ou não?

L F — Não. A 2ª foi outra, a gente refez e acabou rodando em uma gráfica do

Paraná, que também era a mais barata na época. Foi mais ou menos o mesmo preço que esta.

A mesma quantidade?

L F — Não. Na 2ª vez eles aumentaram a quantidade.

Você tem idéia de quanto foi?

L F — Não, porque aí eles não sabiam quem tinha recebido e quem não tinha. Na 2ª vez eles aumentaram a faixa, a 1ª vez eles vacinaram só acima de 65, que era o caso mais grave. Aí eles incluíram as pessoas até 60 anos. Acho que deve ter sido mais 3 milhões.

Deve ter sido mais ou menos uns 3 milhões.

L F — Não. Uns 10, 12 milhões. De 10 a 12, mas não tenho certeza. Não me lembro mais. Nessa 2ª a gente acabou não cobrando praticamente nada porque a gente aproveitou a maioria das ilustrações e fotos. A capa, para a gente não ter q pagar e ficar caro para o ministério, a gente comprando uma foto de agência. Esses dois, a gente nem conhece. Na verdade, nessa 2ª, o custo q o ministério teve foi de impressão só. Deve estar o nome da gráfica em algum lugar. Não me lembro mais. Tenho um amigo q certamente sabe. O Alfredo, o artista gráfico q trabalha junto comigo, que vê mais essa coisa de gráfica.

7.2 Transcrição das Entrevistas

7.2.2 Especialistas

1) Dr. Carlos Eduardo Negrão Do Instituto do Coração (Incor)

Devani: Gostaria que o senhor dissesse seu nome, sua formação e o seu cargo

Sou Carlos Eduardo Negrão, professor titular da Escola de Educação Física e Esportes da Universidade de São Paulo e sou diretor da unidade de reabilitação cardiovascular e fisiologia do exercício do Instituto do coração. Minha formação é em Educação Física, fiz pós-graduação, mestrado, na Universidade de São Paulo na área de avaliação em Educação Física, fiz doutorado nos Estados Unidos em Fisiologia e Bioquímica no período de 81 a 85 na University of Wisconsin, Madison e mais recentemente fiz um pós-doutorado na University of California, em Los Angeles, a UCLA, no departamento de cardiologia e foi um trabalho voltado mais para a área de investigação clínica em insuficiência cardíaca.

Devani: O senhor conhece o guia 'Viver mais e melhor'? Este guia nasceu de uma necessidade?

Na verdade fui procurado pelos organizadores deste manual informativo para a terceira idade e na ocasião eu achei que poderia colaborar com a parte de atividades físicas, relatando quais benefícios poderiam trazer, quais os melhores exercícios para esta terceira idade e, sem dúvida, acho que este boletim informativo é de grande importância para as pessoas, ele pode ser bastante educativo, ele pode esclarecer dúvidas que as pessoas possam ter e até orientar o que elas

devem fazer, principalmente o idoso.

Devani: O senhor tem lembrança de quais foram as pessoas que procuraram pelo senhor?

Não me recordo, mas sei que eram pessoas que estavam organizando este boletim informativo, mas não me recordo o nome delas.

Devani: O senhor tem idéia por que foi escolhido para contribuir com esse guia?

Não.

Devani: Do seu ponto de vista, quais foram os objetivos quando elaboraram este guia?

Pelo que me foi informado na ocasião, era criar um boletim informativo para as pessoas que tivessem em uma fase acima de 60 anos e ter informações do que são as características da terceira idade em termos de saúde, no que elas poderiam ser orientadas, e naquela época ficou pra mim a idéia de estar falando algo sobre exercícios, sobre os benefícios, o que o exercício poderia trazer para uma pessoa nesta fase adulta e o que ela deveria estar efetivamente fazendo.

Devani: O senhor teve contato com outros profissionais que colaboraram com o guia?

Não.

Devani: O senhor sabe informar se havia planejamento quanto à divulgação do guia?

Não.

Devani: Em alguma ocasião este guia foi usado pelo senhor?

Negrão: Por nós não especificamente. Apesar de apreciá-lo, este guia não foi diretamente usado pela nossa unidade.

Devani: O que o senhor poderia dizer da importância da atividade física para o idoso?

Nós sabemos que a partir dos 60 anos muita coisa acontece. Ele passa por uma série de transformações em termos de funcionamento orgânico e fisiológico e esta é uma fase na vida na qual os problemas, as doenças tendem a aparecer com maior frequência. Este é um grande desafio para nós hoje, porque temos que aprender muito com a terceira idade, principalmente a partir de 80 anos, pois a população, como você sabe, está se tornando cada vez mais idosa e nós ainda sabemos muito pouco, o que ocorre na realidade. Eu diria que o ponto principal para nós hoje em termos de meta de trabalho é mudar a partir da atividade física e de um hábito de vida diferenciado os fatores de risco de doenças cardiovasculares. Esta é nossa maior experiência na área. Inclusive no ano passado um trabalho do nosso grupo foi publicado em uma revista importante de cardiologia sobre a queda da pressão arterial depois da atividade física em um indivíduo idoso. Este é um marcador importante da nossa experiência recente, vamos dizer assim, em pessoas acima de 60 anos, mostrando que o exercício físico leva a uma queda da pressão arterial importante depois que ele faz uma atividade física e que essa queda perdura por 24 horas, o que tem uma implicação clínica muito importante.

Devani: Como o senhor não manteve contato com outras pessoas do grupo, encerramos por aqui.

Agradeço a oportunidade

2) João Estevam da Silva (Promotor)

Devani: Gostaria que o senhor dissesse seu nome, sua formação e o seu cargo

João: Meu nome é João Estevam da Silva, sou promotor de Justiça e atuo na defesa da pessoa idosa desde 1994 no Ministério Público do Estado de São Paulo

Devani: O senhor conhece o guia Viver mais e melhor?

Conheço.

Devani: A idéia de se elaborar este guia nasceu de uma necessidade?

É, há uma carência em relação à fonte de informações. Então neste sentido se tem criado vários canais no sentido de disseminá-las, não é? Fazer com que os idosos conheçam mais os seus direitos e através desses canais possam defendê-los.

Devani: O senhor sabe por que foi escolhida a forma de um guia e não outra forma?

João: A idéia do guia é a flexibilização na distribuição, não é? Anúncios é um meio muito caro e também não chega ao conhecimento de todos os interessados. Muitas vezes as pessoas tomam conhecimento através da distribuição de pessoas que passam de uma para outra e inclusive em instituições que já abrigam idosos várias cartilhas estão sendo editadas, seja pela Secretaria de Justiça, seja pelo Conselho Municipal, seja pela Secretaria Municipal, seja pelo Conselho Estadual, e elas são distribuídas nos centros ou pelas instituições que tratam diretamente do idoso. Tem uma cartilha, por exemplo, que nós estamos distribuindo agora que vem do Conselho Estadual que é sobre a cidadania do idoso no Estado de SP. Outras, por exemplo, são essas aqui que serão distribuídas agora sobre 'Legislação da Cidadania', 'Idoso na Legislação', editado pela Câmara dos Deputados. Há também a 'Direitos Humanos com compromisso com o idoso', fazendo referência a todos os segmentos relativos aos idosos. Então não é um simples guia, tem um guia da terceira idade, são vários instrumentos que estão sendo utilizados para fazer chegar até o idoso a noção dos seus direitos principais em relação à terceira idade em específico.

Devani: O senhor tem idéia de quem encomendou o guia?

Essa iniciativa da edição dos folhetos tanto é do Ministério da Previdência e Assistência Social quanto do próprio Ministério da Justiça e da Secretaria da Saúde, querem em implementar em nível federal a política nacional do idoso com a participação de 10 Ministérios. Então não são especificamente de um só Ministério os incumbidos pela implantação da política nacional. Em nível estadual e municipal isso já passa a ser como se fossem órgãos que recebem a diretriz geral em nível federal. Mas todas as três esferas estão empenhadas na veiculação desses direitos, não é só especificamente na esfera federal. Nós temos cartilhas editadas pela área federal, estadual e municipal, inclusive o Conselho Estadual e outras esferas distribuem também.

Devani: O senhor tem ciência das etapas de elaboração deste guia?

Existe um grupo de pessoas que atua especificamente no Ministério da Previdência e Assistência Social, que é o incumbido da coordenação da política nacional do idoso. À época da edição desta cartilha não existia ainda o Conselho Nacional. Agora que foi criado o Conselho Nacional, que está em fase, inclusi-

ve, de eleição dos conselheiros, me parece que já começam a serem especificados de forma mais detalhada quem deve tomar a iniciativa para editar. O Conselho Nacional vai ser o órgão de diretriz da política nacional. Evidentemente que vai ter sua verba, mas de qualquer forma na criação do Conselho Nacional ele foi vinculado em termos de sobrevivência econômica ao Ministério da Justiça. Mas na verdade é só em termos políticos, porque em termos de colaboração conta-se com mais nove Ministérios. Então, na verdade, ele vai ser o órgão centralizador de todas as informações, o processador de todas as informações, de todas as iniciativas que podem ser tomadas por um ou outro segmento.

Devani: O senhor saberia me disser quais seriam os outros nove Ministérios?

Saúde, Previdência, Justiça, Desporto, Agricultura, Trabalho, Educação, todos os segmentos que tenha a ver direta ou indiretamente com a prestação de serviços ou algum tipo de proteção ao idoso. O Ministério do Trabalho está cuidando da questão da inserção do cuidador como uma outra forma de ocupação, até então não tinha essa denominação. Inclusive contava com uma série de resistência dos órgãos de saúde, no sentido de que a função do cuidador não era prevista no Ministério do Trabalho. Então essa coordenação, essa conjugação de esforços se dá nesse sentido.

Devani: Quando fez uma disciplina na Faculdade de Saúde Pública discutiu-se muito essa questão do cuidador, de quem deveria ser.

Hoje o que se quer na verdade é através do cuidado específico junto ao próprio idoso no lar, a prestação de assistência domiciliar, evitar que o próprio idoso seja retirado prematuramente do seio familiar ou que se rompa esse laço familiar, possibilitando a sua permanência, o seu tratamento, os seus cuidados na própria casa em detrimento da instituição asilar. Então os esforços tem sido nesse sentido, só então remanescendo a questão da institucionalização indispensável, impreterível. Então esse esforço se dá exatamente na implantação e na dinâmica do enfrentamento da questão do idoso no país. Essa conjugação de esforços se dá em razão de termos que implantá-la em todos os níveis, em todos os Brasis. Ao passo que se fosse uma iniciativa só de um município ou um estado ou da pura união de um determinado estado não teria a eficácia que a gente pretende buscar e implantar.

Devani: O senhor sabe se houve alguma verba destinada a isto?

O órgão responsável pela questão é sempre o Ministério da Previdência e Assistência Social. Sempre foi assim.

Devani: O senhor tem idéia de como as pessoas que trabalharam foram escolhidas?

Isso foi iniciativa do governo federal. A eleição de entidades foi feita pelo governo federal, que as cadastrou numa longa pesquisa de informação, não só de informação como prestação de serviços, mas informação enquanto legislação existente nos municípios brasileiros, nos estados brasileiros. Então hoje o Ministério da Justiça tem tudo que existia de previsão em benefício do idoso, da pro-fissão do idoso em todos os estados, todas as informações sobre a legislação existente a respeito do idoso no país. Centralizou tudo e, em cima disso, foi

também redigido e estudada a questão do estatuto do idoso, que se encontra aguardando votação na Câmara Federal. É uma legislação muito avançada e que certamente sofrerá durante a votação outras alterações, outros acréscimos, mas exatamente para melhorá-lo ainda mais.

Devani: O senhor sabe se havia planejamento quanto à divulgação deste folheto?

A divulgação desses guias não tem se dado de maneira uniforme através da mídia escrita ou falada. Ela está se dando mais através desses próprios órgãos que foram chamados para colaborar, que estão repassando-o. Eu acho que em princípio ela não é totalmente satisfatória, mas por outro lado, em se tratando de uma mera transmissão de noções, e não de um estatuto, por exemplo, de uma legislação que discipline todos os direitos, ações e deveres dos idosos, acho que não haveria necessidade. Quando entrar em vigor o estatuto do idoso aí sim será uma divulgação em nível nacional. Como são meras referências a esses direitos que já são contidos na legislação hoje e de forma implícita na própria constituição, não houve essa preocupação em divulgá-lo com mais intensidade, com mais profundidade.

Devani: E a distribuição, tem idéia de como ela foi feita?

Está se dando através dos próprios órgãos que colaboraram, que repassam isso em centenas de exemplares e eles vão repassando, por exemplo, para instituições que abrigam, que amparam, centros, próprios órgãos estatais que fazem essa distribuição aos idosos que eles propuseram. Igual aqui: nós temos centenas de exemplares que foram repassados para ao Ministério Público e ao Conselho Estadual. Foi editado em parceria com a Secretaria da Justiça do Estado com o Conselho Estadual. Então eles passam 500 exemplares e distribuem estes 500. Passam para n outros órgãos, por exemplo, cada Conselho Municipal recebe 200, 300, 500 e vai distribuindo em cada município. E assim vai se tomando conhecimento da legislação

Devani: O senhor chegou a utilizar este guia para o seu trabalho?

Nós distribuímos todos os guias, não só esse como todos os que chegam aqui para essa finalidade. Por exemplo, esse aqui da Política Nacional do Idoso foram distribuídos 1000 exemplares só aqui. E é uma cartilha que foi editada com o objetivo de distribuição nacional, por que aqui está contida a lei que criou a política nacional do idoso e sua regulamentação. Então havia interessa nacional na sua divulgação. Agora as outras informações contidas nesse guia em específico é mais uma orientação de como cada um se portar ou se comportar

Devani: O senhor considera que os objetivos do guia foram atingidos?

Ele seria atingido se passasse a todos, mas infelizmente é uma distribuição limitada pela questão do número editado ou de reedição, esse se esgotou rapidamente, mas não se editou por falta de verba. Então a gente tem esse problema econômico que impede que se divulgue ainda mais. A não ser que tipo o estatuto do idoso: aí ver ter uma verba. A Câmara, por exemplo, quando editou isso aqui ela destinou uma verba para a edição e distribuição em nível nacional. Eram editados milhares e milhares de exemplares e é um manual importante, contém quase

todas as leis federais, mas não contém as leis estaduais e municipais, então passa a ser um texto parcial, não sendo um texto total, porque se o idoso estiver na cidade de Araçatuba, lá tem uma legislação que necessariamente não está aqui. Mas acontece que ela é editada com base na política nacional do idoso, ela vai de encontro à política nacional, mas necessariamente o texto contém as previsões federais e não contém a municipal. Então ele fecha a manipular isso de forma unânime em todo o território nacional, porque às vezes tem a legislação federal, mas não tem a municipal. É questão dos Conselhos Municipais. Nós temos quase 700 municípios no estado de SP e temos Conselhos Municipais em menos de 200. Nos estados não temos Conselhos Estaduais em todos eles, não temos sequer Conselhos Estaduais. Então, o que a gente pensa é que a política nacional do idoso só será veiculada de forma adequada quando nós tivermos em todos os estados os Conselhos Estaduais e em todos os municípios brasileiros a questão dos Conselhos Municipais. Enquanto nós não tivermos Conselhos Municipais, Conselhos Estaduais e Conselho Nacional, há no país uma forma de defesa da política nacional do idoso deficiente. Ela só será uma defesa ou virá a ser implantada no topo o dia que nós tivermos instrumentos veiculadores dela nas três esferas e por completo. Então ela vai ser sempre parcial porque não adianta nada emitir e editar 50.000 exemplares para um estado que não tenha Conselho Estadual e nem tenha interesse no conhecimento dessa legislação. Um estado que tem quase 700 municípios como MG, se não tivermos os Conselhos Municipais, eu não tenho interesse na gestão dessa política municipal, então isso é uma parte que na verdade deveria compor o todo. E o todo compor todas as partes. Então não adianta nós termos uma legislação ou uma cartilha que contenha toda a legislação se nós não tivermos ao mesmo tempo esses órgãos em todas as esferas empenhados e interessados na divulgação e implantação na política local. No município de São Paulo, por exemplo, a briga é para que ele crie um espaço para o idoso carente sem vínculo familiar para idoso acima de 70 anos sem vínculo familiar e carente. Não tem espaço, tem uma eterna complexidade. Fundamento ou justificativa do município: falta de previsão orçamentária, falta de verba. Isso acaba demolindo qualquer boa vontade dos governos federal e estadual no município. Porque velho, velho chega aqui, não faço porque não posso e morre. E a União só repassa se o município estiver estruturado de forma a poder prestar esta despesa que é prevista na legislação federal.

Devani: E como está essa situação?

Hoje aqui no estado, que já se organizou, mas não resolve a questão na capital, por exemplo, veiculada ao município, não é suficiente. É preciso uma política muito mais abrangente. E agora o estado está saindo da administração da questão da saúde e da questão da fiscalização e isso tende a complicar ainda mais, porque a gerência política local é muito maior, o desvio da finalidade duplicado, enfim, a verba não chega até o efetivamente necessitado. É a questão que se falava no nordeste, da fome lá. Toda a verba que se destinou pra seca, pra resolver o problema do faminto no nordeste fora dos grandes centros é insolúvel porque a verba, as Sudenes da vida

se multiplicando por aí e os larápios desaparecendo e os investimentos se acumulando por aí nas ilhas, nos paraísos. Seja do norte, seja do sul.

Devani: Muito obrigada. Você disponibilizou muitas informações, me deu muita visão!

Os guias se complementam, mas não suficientes. Juntando todos eles, são insuficientes.

3) Maria Aparecida Alcântara Doria Rocha (SESI – Osasco)

Devani: Gostaria que o senhor dissesse seu nome, sua formação e o seu cargo

Meu nome é Maria Aparecida Alcântara Doria Rocha. A formação é Licenciada em Biologia e o cargo é Agente de Atividade Social. Na época eu era agente de atividade familiar. Era uma outra... embora termine gerando a mesma função, mudando só de nome.

Você conhece esse guia?

Sim.

A idéia de elaborar um guia nasceu de uma necessidade?

Infelizmente eu não sei, porque na verdade assim, o guia eu só fui informada que iria participar do guia e se gostaria de participar, mas não foi explicado para mim detalhes específicos sobre o guia

Quem fez o contato com o Sesi?

Infelizmente, não sei.

Você foi escolhida por que você trabalha com grupos de 3ª idade?

Eu coordeno os grupos. São vários grupos e aí foi escolhido apenas 1, que aliás já chamou a atenção dos outros grupos, que ficaram enciumados por conta disso. Mas alguma coisa estava relacionada, me parece, não tenho certeza, com a disponibilidade de tempo da pessoa que vinha tirar as fotos e o dia. Calhou de ser numa 4ª, e por isso que estão eles aí.

E esse grupo, como chama?

Primavera.

Como que chamam os outros grupos?

2ª feira, Vida Nova, 3ª feira Esperança I e Harmonia, 4ª feira Primavera e Alegria, 5ª feira Esperança II e Harmonia também e 6ª feira, na Vila Leopoldina, Vida Nova I. São 7 grupos ao todo. Um deles se repete 2 vezes por semana porque eles vêm para trabalhar com aula dança. A dança na idade deles não dá para trabalhar só uma vez por semana q eles esquecem os passos.

Quando se tirou essas fotos, você sabe quais eram os objetivos das fotos?

Seria a preocupação com a saúde mesmo e o bem estar. Que seria bom para a 3ª idade estar fazendo. Enquanto a pessoa tirava as fotos, ela ia montando um esquema do que seria qualidade de vida para o idoso. Eu percebia claramente que estava preocupado com isso, que o folheto voltaria. Depois que acabaram essas fotos eles falaram “assim que o folheto estiver pronto, vocês vão estar recebendo esse folheto” e recebemos mesmo. Colocaram para todas as pessoas do grupo, todas elas receberam uma cópia. Tanto que a que eu mandei para a

sede para eles darem uma olhada, mandei? ele já faleceu. Nossa ele sofreu muitíssimo, nós acompanhamos todo o sofrimento dele.

Ele morreu do que?

Do coração, mas o infarto não matou logo. Ele ficou sofrendo bastante. Esse daqui está mais saudável do que nunca e continua ativíssimo no grupo. Essa daqui precisou sair por problemas familiares, ela não tinha problemas aqui. Ela continua. O Luiz está mais do que nunca envolvido com o trabalho, porque ele é advogado. Ainda trabalha, embora esteja bastante doente também. Esses dois faleceram na mesma semana que a minha mãe, mais precisamente um dia antes. Ele morreu no dia 8/01, minha mãe morreu dia 09/01 e ela morreu 2 dias depois. Foi uma morte terrível, um acidente de carro que matou ele e o genro na hora e a esposa 2 dias depois

Essa que está na foto é a esposa?

É. Marieta e Pedro

Então, você já falou dos objetivos do que você achou realmente que eram essa questão da qualidade de vida do idoso, na foto você...

Na verdade depois que eu vim ler o conteúdo mesmo e que está voltado para a preocupação do bem estar do idoso desde a parte alimentar. Mas essas coisas não se preocuparam de estar passando esses detalhes muito particulares não. “olha, vai ter isso, vai ter aquilo...”, não era isso não. Nós vamos pegar aqui a parte de atividade física, até porque o ambiente favorece aí fora, é bem bonito mesmo, é o ar livre mesmo. Ficou bem melhor. Tudo isso foi orientado pela pessoa que tirava as fotografias. Até porque ela me perguntou o que elas faziam, conversou um pouco comigo sobre o que eles faziam aqui, o que eles gostavam de fazer, mas conversavam mais com eles mesmo. Eu me lembro que conversaram um pouco com este casal, porque eles gostavam muito. Conversaram um pouco com o Celso. Até pela participação mesmo, para fazer relaxar um pouco.

Foi a Lu Fernandes que esteve aqui fazendo o guia, né? Foi uma empresa de comunicação que foi contratada para fazer esse guia, né?

Infelizmente eu não lembro dos nomes.

Com certeza foram eles porque a parte operacional ficou com eles. Já os entrevistei. O escritório se chama Lu Fernandes.

Incrível, porque são 4 anos só e a gente com tantas coisas na cabeça...

Você considera que este formato de um folheto para o idoso é conveniente, é eficiente?

Talvez não seja 100% eficiente, nada é 100% eficiente. Até porque assim, tem muito idoso que não sabe ler. Eu trabalho com uma faixa etária enorme que não sabe ler. Então o recurso dela é individual. Ela olha. Então o que ela fez com o folheto. Ela olhou o folheto e a gente lê o folheto para ela. Para ela ouvir. Perguntei se tinha interesse, porque a gente tem que respeitar a liberdade deles e “ah, gostaria”, então posso ler o que está no conteúdo. Para aquela que sabe ler foi inteligentíssimo, e para aquele que não sabe ler, foi rico para ela e ela ficou mesmo foi com a memória. Na verdade muitos deles não sabem ler.

A divulgação desse guia, você não tem essa informação, né? Você sabe o escritório que divulgou?

Não sei. Eu já recebi no malote mesmo q a moça prometeu que mandaria, até porque foram tiradas as fotos deles, eles teriam que estar vendo, mas não me falaram como. *Você considera que os objetivos do guia, com relação ao idoso, foram atingidos?*

Acredito que sim. Sempre se consegue os objetivos quando se está trabalhando com qualidade. E pelo jeito a preocupação é a qualidade de vida do idoso. Então eu acho que deve ter conseguido o objetivo. Ainda mais com a preocupação toda com a alimentação, a atividade física, tudo o que é importante para a faixa etária.

Há quantos anos você trabalha com idoso?

14.

De qual seria sua participação no guia, não foi explicado?

A participação sim, seria a entrada das fotos de 3ª idade, que é o que tem aí, só fotos, não entro em nenhum trecho. Fala minha, nada.

Aqui dentro, houve uma pesquisa sobre qual seria a abordagem do Sesi nesta...?

Eu não sei informar se houve uma pesquisa, até acredito que deve ter existido, porque não iria ser escolhido aleatoriamente, nem que tenha sido na internet, algum lugar o indivíduo pesquisou e encontrou esse local q trabalha com programas de 3ª idade, que é o que ele queria. Alguém foi informado, foi feita essa pesquisa com alguém. A mim só cabia ser informada de que tiraria as fotos com a 3ª idade. Seu eu concordaria e se a 3ª idade concordaria.

Que faixa etária você têm aqui?

A partir de 55. Vai até 92. A mais velha vai fazer 92.

Quantos idosos vocês têm aqui?

Por grupo 40, 45.

Você tem 7 grupos, q você falou, né?

É, sendo que não é exato. O grupo de dança é formado por pessoas que já participam dos outros 6 grupos. Elas querem dançar, elas se uniram para poder escolher, então elas têm interesse em dançar, por isso vão. A minha preocupação com a dança não é realmente levar a uma performance perfeita. Minha preocupação é que ele se sinta bem, que ele se sinta capaz e aja... É assim, eu tenho 2 velhinhas que têm deficiência física. Não tem importância para mim que ela tenha um corpo perfeito nem que ela tenha toda a coordenação, mas que ela queira dançar e que ela encontre na dança uma alegria de viver, uma expressão, uma forma de expressão. Então o que acontece, quando ela começa a dançar, ela se descobre. Mesmo com um braço só ela consegue e a outra dança com ela como se ela tivesse o outro braço.

A questão da autonomia, o trabalho aqui desenvolvido melhora bastante a autonomia?

A gente trabalha com cidadania, a gente trabalha um pouco de cada coisa e ele vai descobrindo que ele é importante, ele se auto valoriza, ele descobre e é capaz, que pode fazer muita coisa. Aqui tem um idoso que trabalha. Ele se aposentou e descobriu uma forma de geração de renda. Dos nossos cursos nasceu um interesse para ele. Ele faz arranjo floral e um dia desses ele descobre “puxa, qual é a minha capacidade? Mas então eu consigo trabalhar com ritmo e

harmonia. Olha que eu consigo um arranjo lindo desses”. Ele faz tão bem feito que alguém fica interessado que ele pode aumentar ainda no artesanato ou em alguma coisa que ele descobriu com os nossos cursos.

E a socialização melhora?

Melhora muitíssimo, porque em casa a tendência do idoso é ficar muito silencioso, muito fechado. Todo mundo sai para o trabalho. Não é nem que as pessoas não queiram dar importância para ele. Eu acho que é isso mesmo. Eles amam os seus velhos, mas não têm tempo para eles. O corre-corre do dia a dia não permite. Então aqui e ali encontram gente da idade dela, então ela começa a falar. Aliás, falar é uma das coisas que eles são capazes mesmo. Eles falam tanto que às vezes a gente tem que fazer alguma atividade até para silenciarem um pouco essa inquietação porque é assim, todo mundo quer falar, todo mundo quer dizer o que acha. Eles têm essa oportunidade nas várias dinâmicas que a gente faz, de contar a opinião, para falarem o que acham, como gostam das coisas, o que gostariam que a gente estivesse fazendo com eles. A gente está constantemente avaliando o trabalho, para saber se o que está se fazendo está bom. Eles têm essa possibilidade de dizer “ah não, desse jeito que está não está legal. Vamos trabalhar de outra forma” “tal coisa me daria mais prazer do que outra” Eles têm essa possibilidade de estar avaliando tudo, de estar avaliando tudo, o espaço físico, as atividades realizadas, a coordenadora.

Como você definiria o perfil do idoso atendido pelo Sesi?

Não tem um perfil. O idoso não tem um perfil desses. Claro que cada idoso vai depender muito da formação que ele teve quando novo. Se ele teve oportunidade, se ele foi respeitado ele vai chegar e vai ter uma opinião, ele vai saber se expressar, vai ter a questão do limite. Mas se ele não teve nada dessas coisas vai ficar um pouco complicado. Eu costumo dizer que o idoso é o que ele foi a vida inteira. Ele ficou só um pouco mais solto. Ele não tem mais muito controle, ele fala o que ele acha. Às vezes é até capaz machucar alguém, mas não nem intencional porque ele está numa etapa que ele não tem que controlar tanto. Não tem que ter tantos moldes com o a gente, tipo regras, imagem, controle. Ele não, ele já fala mais o que acha e tal. Ele é sensível no geral. Ele quer ser só ouvido, quer ser acariciado, quer ser bem tratado, quer ser respeitado. Que é uma coisa que nós ainda não temos na nossa cultura. Nós não temos uma cultura de respeito com o idoso. Foi-se o tempo que a gente sentava e ouvia história. E o idoso podia falar o que ele sabia sem ter estudado, porque a vida que ensinou para ele. Ele falava e você ficava ali, atenta, de olhos ligados nele. Hoje o quadro que a gente tem que fazer um trabalho de buscar isso lá no passado, tanto que às vezes a gente faz atividade de resgate desses momentos de história, quando algumas delas podem contar história ou até inventar histórias, o que ela quiser. Ela pode contar uma história que pode ser um mito e alguém vai escutar. Isso ajuda a memória dela. No idoso, a memória do passado é muito mais presente do que a recente. Às vezes ele não sabe o que tomou no café da manhã, não sabe o nome do remédio que toma todo dia, mas ele sabe contar o passado, como que era a

sociedade, ele sabe contar como foi o tempo da guerra, ele sabe descrever que você fica quase arrepiada de como era o Brasil na época no contexto da guerra.

4) Naira Dutra Lemos do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPA/SAS)

Devani: Entrevista com a Naira, que vai dizer um pouco sobre sua formação.

Meu nome é Naira Dutra Lemos, sou assistente social de formação, sou gerontóloga pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, e aqui na Unifesp sou, além de assistente social de carreira, coordenadora do programa de assistência domiciliar ao idoso e coordenadora do curso de especialização em gerontologia.

Devani: Você conhece o guia viver mais e melhor?

Naira: Conheço perfeitamente.

Devani: A idéia de se elaborar este guia nasceu de uma necessidade?

Vou contar como eu cheguei até o guia. Fui procurada por uma jornalista de uma empresa contratada pelo governo federal em 99, na primeira edição do guia, e me foi perguntado se eu poderia colaborar com a redação do guia no que dizia a respeito da política nacional do idoso, já que na ocasião eu trabalhava na Secretaria de Assistência Social do governo federal com representação em São Paulo e eu era responsável pela implantação desta política. Então a necessidade foi apontada pelo Ministério da Saúde e, até onde eu sei, contratou esta empresa para elaborar este guia, que deveria ser entregue no dia de vacinação do idoso, numa campanha de vacinação da gripe.

Devani: Então já ficaram respondidas também quem encomendou o guia e também os objetivos.

Sim, o objetivo era mesmo de divulgar informações a respeito da saúde e pelo que estou vendo a segunda edição já está diferente da primeira, está mais objetiva, mas o formato é o mesmo e talvez tenham mudado algumas orientações.

Devani: A senhora sabe por que foi escolhida a forma de um guia?

Naira: Não sei dizer com certeza, mas pelo pouco que conversei com a jornalista, pude perceber que a idéia da contratação foi para que houvesse um instrumento que o idoso pudesse manusear, ler e guardar e receberia um exemplar no ato da vacinação. A idéia era fixar um pouco mais as orientações.

Devani: A senhora tem ciência das etapas de elaboração deste guia?

Naira: Pelo que sei, foi da forma que estou descrevendo. Esta empresa foi em busca de algumas pessoas em áreas específicas, e, por exemplo, pegar uma para falar sobre vacinas, outra para exercício físico, outra para falar sobre a política nacional do idoso, localizar estas pessoas em alguns estados, não é só gente de São Paulo, e fazer a proposta de escrever um texto e eles aproveitaram alguns deles para colocar no guia. Deve ter passado por uma revisão posteriormente, mas a idéia de construção do guia foi basicamente essa.

Devani: A senhora sabe se havia uma verba prevista para o guia?

Sim, mas não sei quanto. A jornalista nos disse que o governo federal contratou

a empresa e pagou aquela verba, mas não sei dizer quanto foi.

Devani: Nem o nome da empresa a senhora lembra?

Não.

Devani: Como as pessoas que colaboraram foram escolhidas?

Eu acredito que foi uma escolha feita dentro de cada área. Por exemplo, para a vacinação, escolheram o médico responsável na época. No meu caso, fui escolhida por ser coordenadora do programa de assistência nacional ao idoso em São Paulo. Eles localizaram a secretaria de assistência social, que me localizou para participar. Funcionou como uma rede informações mesmo.

Devani: A senhora sabe se havia planejamento quanto à divulgação deste folheto?

A informação que nós tínhamos é que a divulgação deveria acontecer principalmente durante a campanha e no dia da vacinação. Ele foi entregue para as unidades e postos e mesmo depois o restante continuou lá, pois a campanha não se encerrava naquele período.

Devani: A senhora chegou a utilizar este guia?

Utilizei para dar aos idosos, já que logo em seguida da campanha um dos nossos trabalhos era uma caminhada para que o envelhecimento saudável que nós fazíamos todos os anos e na primeira delas a gente divulgou o guia.

Devani: Como era esta caminhada?

Era para marcar a questão do envelhecimento saudável, que desse visibilidade a ela. A caminhada saía do parque do Memorial da América Latina e chegava no parque da Água Branca e depois tivemos uma outra que no sentido inverso. Contamos com o apoio de vários órgãos públicos do Estado, junto com o programa Agita São Paulo.

Devani: Considera que os objetivos do guia foram atingidos?

Eu acredito que sim, porque ele é um guia claro, em linguagem acessível e o vi na mão de muitos idosos e chamava a atenção pelo colorido. Então acho que, dentro do possível e da população que ele foi entregue, foi um guia legal, deu para o pessoal absorver alguma informação.

Devani: Qual era o conteúdo que a senhora produziu?

Falei sobre o que era a política nacional do idoso, o que cabia aos idosos conhecerem desta política, sobre participação e integração na comunidade, toda a legislação. Falei também sobre o que era feito para implantar esta política, que era um grupo de trabalho que participava de todas as secretarias do Estado e durante 3 anos e meio a gente divulgou esta política no município, fazendo encontro com prefeitos. A minha fala foi especificamente sobre os direitos dos idosos partindo da política.

Devani: Neste guia não consta nada sobre a previdência social.

Tenho a impressão que no outro constava, mas não tenho certeza. Um dos mais significativos direitos da previdência social, que é o cerne desta política, é o benefício da assistência continuada, que para os idosos acima de 67 anos têm um benefício não contributivo, ou seja, o idoso não precisa ter contribuído ao longo da vida para a previdência para ter direito a receber o benefício, desde que

ele comprove a carência financeira. Este benefício é o grande chamariz da política nacional do idoso.

Devani: A senhora disse que passou mais de 3 anos trabalhando nesta política. Neste período utilizou este guia de alguma maneira?

Só no dia da caminhada a gente entregou para os idosos, já que lá nós não tínhamos contato direto com a população.

Devani: A senhora se lembra como os idosos eram chamados para estas caminhadas?

Tínhamos divulgação na mídia, em jornais, fizemos anúncios pela CBN, junto aos conselhos estadual e municipal do idoso, porque tínhamos representantes de vários órgãos.

Devani: Você tem idéia de quantos idosos participaram de cada caminhada?

Uma média entre 3 e 5 mil por caminhada. A última delas foi dentro do parque do Ibirapuera e lá fizemos um show, contratamos um cantor e mais algumas apresentações. Essa última foi a menos divulgada e, portanto, teve menos gente participando.

E aconteceu no Brasil todo simultaneamente, não apenas em São Paulo.

Devani: Sabe se nos dias dessas outras caminhadas o guia foi distribuído?

Não tenho certeza, mas acredito que sim.

Devani: Podemos dizer então que 10 mil pessoas receberam este guia?

Me lembro de ter entregue somente na primeira caminhada e não sei se o número de exemplares foi tão grande assim.

Devani: Muito obrigada, a senhora disponibilizou muitas informações!

Foi um prazer!

7.2.3 Tecnicos de Saúde

Entrevista com o Dr. Sergio Paschoal

Pergunta Resposta

P. Gostaria que você nos desse uma visão panorâmica de como está o Programa de Saúde do Idoso, pelo qual o senhor é o responsável.

R. Então no momento a gente tem 18 geriatras na cidade São Paulo. Alguns aí nessas unidades de referência a saúde do idoso. Em 7 outras coordenadorias nós temos alguns outros geriatras, uma ou duas tem dois geriatras; 5 ou 6 tem um geriatra só. Elas estão fora das unidades. São coordenadorias que não têm unidades de referência, apesar deles serem referência. Agora, acabou de ser homologado um concurso, agora que foi feito em fevereiro em março, foi homologado agora, está para ser chamado, nós tínhamos colocado como vaga para geriatras, sabendo que não iam ser preenchidas, 76 vagas de geriatra na cidade como um todo. Algumas coordenadorias, aquelas que tinham aquelas que tinham 10% de concentração de idosos, nós colocamos 3 vagas de geriatra, quem tinha de 9% a 10% 2 vagas de geriatra, quem tinha menos de 9% de população idosa na sua população de subprefeitura, um geriatra. Esse concurso foi regionalizado, foram 5 macro regiões. Então a pessoa se inscrevia numa dessas cinco macro regiões. Por exemplo, macro região sul, teve um inscrito e um habilitado. Então

lá nós vamos ter mais um geriatra. Temos 5 ou 6 sub-prefeituras na região sul. É macro região leste, que é a ponta da cidade, essa daqui (mostra) Ermelino Matarazzo, São Miguel, Guianazes, Itaim, Penha, Itaquera, Cidade Tiradentes, apenas um também se inscreveu e foi habilitado. Está para ser contratado. A região centro oeste, que pega Sé, Lapa, Butantã e Pinheiros, foram 8 inscritos, 6 prestaram a prova e 2 foram habilitados. Só dois. Vamos ter mais 2. A região norte foram 2 inscritos e 2 habilitados. Região sudeste: Aricanduva, São Mateus, Vila Prudente, Mooca, Jabaquara, Vila Mariana, Ipiranga (menos Sé) Teve 32 inscritos, 16 foram habilitados. Então nós temos aí habilitados mais 22, com 18 vai para 40. É lógico que a gente ainda dependemos ainda de liberação de verba da Secretaria de Finanças para contratar esses 22.

P. Você tem idéia de quanto ganha um geriatra?

R. É o mesmo de um médico de início de carreira. Tem uma gratificação. Você sabe que eu não sei quanto está o inicial, acho é em torno de R\$2 mil.

P. Por isso que não teve muitos inscritos?

R. É quem está pagando melhor. Paga mais que o Estado e mais que o Federal. Isso é o inicial. Se o indivíduo for na carreira... Por isso é que eu não sei. Como já estou há 16 anos não sei qual é o salário inicial. Então é por volta de R\$ 2mil, é mais do que R\$2mil, estou falando é mais ou menos líquido. Tem também uma gratificação, e é uma gratificação boa, acho que dá R\$1.500, se for mais... R\$1.300, só de gratificação, mais o salário. Líquido dá em volta de R\$1.800,00/R\$2.000,00. Não tem um salário especial para o geriatra.

P. Existe um registro de quantos idosos o serviço público municipal de saúde atende na cidade de São Paulo?

R. Isso dá para puxar no Ceinfo. Consulta de pessoas de 60 anos ou mais. Eu não sei te dizer de cor, mas isso é no Ceinfo, que é o Centro de Informação que faz as estatísticas, isso aí é fácil de conseguir. Eu posso te dizer o seguinte, na cidade de São Paulo a média das pessoas que dependem do SUS, não das que são atendidas, dos que dependem do SUS é de 60%. Temos mais de um milhão de idosos na cidade de SP. Então a gente calcula em volta de 630 mil idosos não têm plano de saúde. Portanto eles dependem dos nossos serviços que não estão ainda capacitados para atender da melhor forma. Nós estamos fazendo os treinamentos agora, dos profissionais da rede básica, vamos continuar esse segundo semestre. Então a gente tem que pegar esse número. Se a gente for no Ceinfo a gente consegue, número de consultas de pessoas de 60 anos ou mais por subprefeituras. Isso dá para tirar. Voltando aquele negócio do SUS dependentes isso é extremamente desigual na cidade de São Paulo, isso é a média na cidade de São Paulo. Por exemplo, Pinheiros, que pega aqui Jardim Paulista, Jd América, bairro de uma população que recebe mais. Então aqui é 50%, mesmo na região mais rica, nós temos metade da população idosa depende dos serviços públicos. Porque quando chega lá nos 70 anos, aumenta muito a contribuição no Plano de Saúde. Está em torno de R\$700,00. Mesmo que o indivíduo ganha R\$2

mil ou R\$2.500,00 de aposentadoria, que na medida, é uma média alta. Na média não, porque é um valor extremamente alto pra média de idosos. A média de idoso recebe um salário. Quem recebe R\$2.600,00, mesmo morando em Pinheiro, R\$2.600,00 que é 10 vezes o salário mínimo. Se o indivíduo pagar pra ele, e se as vezes a esposa não trabalhou, depende da aposentadoria dele, são R\$1.400,00 por mês. Não dá. Ele para de pagar e vai para o serviço público. Então, Aqui é 50%. Se você vai para a periferia da cidade. Cidade Tiradentes, São Mateus, Itaim, Perus, Parelheiros, Socorro, M Boi Mirim É 100% que dependem do serviço público. Aqui como a concentração de idosos é maior na região central, aqui tem uma concentração menor. A gente acaba tendo números um pouco menores. Mas todos eles do serviço público. Dependendo da região da cidade é 100% de SUS dependentes. Não é fácil. Ainda nós temos unidades que não têm clínicos. Geriatra nem se fala. Imagina atender 650 mil idosos com 40 geriatras. Impossível. Tanto que nós estamos organizando o atendimento para fazer que os casos mais simples, a cinco patologias mais prevalentes: hipertensão, diabetes, cardiovascular, ortoarticular e depressão sejam atendidos pelos clínicos e enfermeiros nas UBS. Os problemas mais complexos, e os problemas específicos do envelhecimento, porque chamei de problemas específicos do envelhecimento, instabilidades e quedas. Uma avaliação de uma pessoa que está caindo a todo o momento. Risco de fratura de colo de fêmur. Daí precisa de uma avaliação especializada. Alterações do equilíbrio e da marcha. Não dá para um profissional da UBS avaliar. Isso vai então pra um atendimento especializado. É por isso que estamos criando um nível secundário de atenção que seria as Unidades de Referência de Saúde do Idoso. Onde tem não só geriatras, mas uma equipe gerontológica. A rede básica deve estar capacitada para atender a maioria dos problemas, porque nós não temos geriatra. Eu tenho discutido muito com o Grande Conselho Municipal do Idoso. Que eles pensam, ah queremos atendimento geriátrico. Não, eles precisam de um bom atendimento. Atendimento geriátrico a gente não vai ser capa de dar para 650 mil pessoas, com 40 profissionais, é impossível.

P. Será que tem tanta gente formada e especializada que possa atender essa demanda? R. Pouquíssimo. Na cidade de São Paulo, que é uma área, um local onde se iniciou a formação do geriatra, na cidade de São Paulo, atualmente são quatro no Hospital das Clínicas, por ano. Dois no Servidor Municipal, dois na Santa Casa, dois no Servidor Estadual e na Paulista dois ou três. Dá 12 ou 13 geriatras, por ano. Ribeirão deve ter. Unicamp, não conheço.

P. Mas porque essa percentual tão baixo?

R. Porque a formação é longa.

P. Quantos anos?

R. Dez pra chegar... Seis anos da Faculdade de medicina, mais dois de clínica médica, dois anos de geriatria. E não tinha! Não tinha nem criado o espaço pra essa formação. Agora, aos pouquinhos no Brasil está surgindo. Isso é muito longo, vai muito

longe ainda, porque a formação é longa. Por isso nós optamos aqui na cidade de São Paulo por essas cinco patologias, que inclusive eu pus aqui. Hipertensão, diabetes, cardiovascular, ortoarticular e depressão. Pra isso é que nós estamos treinando clínico e enfermeiro. Aqui ficou só clínico, mas é clínico e enfermeiro para capacitar no atendimento dessas cinco patologias. Porque nós não temos geriatria. Nós temos di. E os clínicos, as pessoas não têm geriatria e gerontologia na sua área de formação, no seu curso. Nos cursos aí, todas as profissões, praticamente não existe, agora está começando. Mas não tem praticamente. Então as pessoas não tem contato com os problemas do envelhecimento, durante a formação. Então nós temos que pegar esses profissionais, que já estão contratados lá nas unidades básicas e não só sensibilizá-los, pra atender idoso, porque nem todo mundo gosta de atender idoso, mais que isso, mostrar as especificidades do idoso. Idoso não é uma criança nem é um adulto que voltou a ser criança, idoso não é um adulto mais velho, ele tem especificidades. Tem uma maneira de ser encarado diferente. Se o profissional não tiver uma noção disso ele não vai conseguir atender direito. Então a gente tem feito... Já passaram aqui, de agosto do ano passado até agora, mais de 2 mil profissionais das nossas unidades básicas. Para algum módulo de geriatria e gerontologia.. A gente teve módulo de geriatria de 48 horas, teve módulo de gerontologia de 20 horas, tivemos de um treinamento de Alzheimer de 4 horas. Tivemos dez enfermeiros que fizeram um curso de treinamento intenso e latu sensu. Um curso de especialização em enfermagem gerontológica de 360 horas, lá na Paulista, com 10 enfermeiras, nós fizemos isso. Fizemos um simpósio com os profissionais de saúde bucal e envelhecimento de 8 horas. Agora nós vamos fazer atenção domiciliar no segundo semestre. Vamos estar fazendo dois módulos de geriatria também no segundo semestre para mais 400 profissionais. Vamos pegar agora, no segundo semestre, não de nível superior, vamos pegar agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem para um curso de oito horas em geriatria e gerontologia. Uma coisa mais voltada para os cuidados dessas duas profissões. E é isso, a gente tem que passar informação para os profissionais que estão na rede básica para eles consigam dar conta destas cinco patologias mais prevalentes. Pelo menos eu já cubro aí de 60% a 70% dos problemas dos idosos. Já cubro pelo menos isso. Porque os problemas mais complexos, as complicações dessas patologias mais prevalentes, : demência, depressão grave, Parkinson, instabilidade e queda, insuficiência cardíaca importante, eles vão ser encaminhados como referência para as Unidades de Referência, que são coisas que a rede básica não tem como... É de alta complexidade, é um nível secundário de atenção mesmo. Então nós temos que colocar profissionais que já entendem de geriatria e gerontologia nesse atendimento. Então eles vão ser referenciados pra oito unidades que a gente distribui pela cidade aí. Você pode ver aqui: Cidade Ademar e Santo Amaro ficaram com a Zona Sul. Lapa ficou com Butantã, Lapa e com parte da Zona Norte, porque é fácil de ir pra lá. Esse pedaço da Zona Norte: Tremembé, Jaçanã, Casa Verde, Santana, e vila Maria Fizemos duas: uma Tremembé Jaçanã e outra em Vila Maria. Uma em Pinheiros Uma na Sé, que tem alta concentração de idoso. E pra Zona Leste como um todo, a gente só conseguiu uma que é Mooca. Nos estamos tentando colocar mais uma em Aricanduva. Acho que vai dar certo. Não sei, vamos ver, faltam

profissionais. Então as pessoas de Parelheiros vai ter de encaminhar pra Cidade Ademar. As UBS atendem essas patologias mais prevalentes. A gente quer que todos profissionais se sensibilizem, saibam quais são as especificidades do envelhecimento. Pra poder saber como dar remédio para o idoso, o que tem que vigiar nessa coisa, como que eu capto uma depressão grave, como capto uma demência, como sei isso. Eu vou ter capacidade de atender, mas tenho que captar, tenho que diagnosticar para mandar para um lugar de referência. Isso tudo são treinamento que a gente tem que fazer, com o pessoal da rede básica, que não tiveram isso nos seus cursos de formação. Então são oito ainda, mas pra quem não tinha nada, já é alguma coisa. E acho que nós vamos conseguir mais uma aqui na zona leste. Porque a Zona leste está muito depauperada. Uma pra essa região toda. É altamente povoada. E aqui apesar de ser mais pobre, a gente tem áreas com 9. Mooca é 20% de idosos. A cada cinco habitantes da Mooca um tem 60 anos ou mais. Aricanduva chega a 9%. Vila Prudente, Sapopemba, também 8 a 9% da população é idos. É muita gente. Então mesmo aí, e mais, lembre-se, nessas áreas mais periféricas da Zona Leste. aqui, praticamente a totalidade das pessoas é SUS dependentes. Eles não têm um plano de saúde onde eles podem procurar um geriatra, por exemplo. Eles dependem da gente. Então temos que criar mais uma unidade aqui. É muito pouco uma. Existe um do Estado aqui, chamado Centro de Referência do Idoso, mas a gente ainda não uma integração, é uma pena. Eu acho que isso tem que estar no horizonte.

P. Era bom se pudesse fazer uma integração.

R. De certa forma eles já estão atendendo os idosos dessa região. É de São Paulo, não deixam de estar. A gente queria uma integração maior, ainda não foi possível, mas acho que vai caminhar para isso um dia, porque não tem porque duas áreas técnicas, só porque uma é do estado e...outra, precisa ser coisa diferente. Acho que todo mundo tem que atender ao idoso da cidade de São Paulo. Tá lá dentro da cidade de São Paulo, apesar de ser do estado. E de certa forma tem atendido os idosos daquela região. Como tem o CRI de São Miguel é lógico que diminui dessa área aqui diminui da Mooca. Mas se a gente tem uma integração maior vai ser melhor.

P. Qual é a estrutura de atendimento da UNS no que se refere a pessoal?

R. Isso é a Joana. Quantos idosos ela atende, aí a demanda. Isso você pega no Ceinfo. A secretaria pretende implantar uma Unidade Referencia em cada uma das subprefeituras. Isso é verdade. Mas quando? Nós temos 8. Porque nós precisamos de profissional. Que é aquele atendimento especializado. Eu não posso pegar qualquer profissional. Tem que pegar uma assistente social que já fez gerontologia. Uma psicóloga especializada no atendimento ao idoso. Porque ela vai pegar os casos mais complexos, de alto complexidade. Então tem de ter pessoas que tenham formação em geriatria e gerontologia pra fazer. Isso é pouca gente. É muita pouca. E os nossos cursos que de treinamento que a gente está dando na rede básica não serve pra formar pessoal para atender casos mais complexos. Nós estamos fazendo esse treinamento na rede básica para os casos mais simples. Não é...pra ..Essas dez enfermeiras foram dez mulheres, dez enfermeiras que fizeram especialização de enfermagem gerontológica

elas têm capacitação já. Fizeram um curso de 360 horas. Inclusive com parte prática, lá. Na Paulista. Então, essas, por exemplo, são enfermeiras que a gente pode estar puxando para uma Unidade Referência do Idoso. Agora enfermeira que faz o nosso curso de geronto de 20 horas, não dá para ser chamada para uma Unidade de Referência porque ela vai precisar de mais conhecimento, pra estar numa unidade de mais especializada.

P. Quais são as mídias de comunicação para o idoso? O que vocês usam aqui?

R. Um pouco é coisas impressas mesmo. Palestra a gente tem feito muito, palestra é importante. Os folders são importantes, apesar da gente ter 20% na cidade de São Paulo, 20% de analfabetos, mas nós temos 80% que sabe ler. Coisas escritas também são importantes. Esses folderzinhos, são importantes. Cartilhas são importantes. Por exemplo, tanto são importantes, que os idosos estão indo para as Unidades Básicas de Saúde com o Estatuto dos Idosos na mão, estão se apropriando do Estatuto do Idoso, então isso é muito importante. Ter o escrito. Olha aqui, ele pega isso aqui Saúde Paulo tem, idosos ganham 8 unidades. Então eles vão lá. Isso é muito importante, é o tipo de comunicação importante. Palestras também. A gente tem uma comunicação grande. Inclusive a gente tem uma representante daqui da área. A Marília, ela é a representante da Secretaria Municipal da Saúde no Grande Conselho Municipal do Idoso. O grande conselho é composto de pessoas idosas, 60 anos ou mais, eleitas, e tem um corpo técnico de apoio. E um desses ... Cada secretaria da prefeitura elege, entre aspas, indica é melhor, indica um representante da secretaria pra estar junto a esse Grande Conselho nesse grupo de apoio. Que é o grupo técnico de apoio. Então aqui pra Secretaria Municipal de Saúde coube a área temática do idoso estar indicando, e atualmente é a Marília. Então, a gente tem um contato muito estreito com o Grande Conselho Municipal do Idoso que é o órgão que não só reivindica políticas pro idoso na cidade de São Paulo, fiscaliza, tem o poder de fiscalizar, de indicar e até propor ações da prefeitura para os idosos. Eles têm o poder de propor, eles não podem virar lei. Mandem pra Câmara, vão lá na prefeita e propõem, né, vão pro vereador e propõe. Então o Grande Conselho tem isso, ele representa os idosos de São Paulo. Ele está bem organizado. Foi criado em 1990. Na época da Erundina ainda. Então ele tem aí mais de uns 15 anos de existência. E nesse Grande Conselho tem uma parte de técnicos que estão em constante contato com o Grande Conselho, né. E a gente tem usado esse canal pra levar as informações para o Grande Conselho. Por exemplo, então em todas inaugurações das Unidades de Referência do Idoso tem estado o Grande Conselho, tem ido lá. Porque uma das coisas que eles pedem é o Estatuto do Idoso, no Estatuto do Idoso diz lá, Centro de Referência ou Unidades de Referência do Idoso, tá lá, é um dos capítulos de direitos na saúde. E aí a gente olha, nós estamos fazendo, já 8 e tal. Então eles vão lá e cobram. Quando, no ano passado, quando ficou demorando, porque a decisão de fazer isso foi em junho do ano passado. Mas por uma série de problemas, principalmente de pessoal, a gente só agora que está implementando. Então nesses últimos seis meses eles viveram atrás do nosso secretário: e aí vai sair não vai? E aí vai sair não vai? Entendeu. Esse canal com o Grande Conselho é um grande canal.

P. E o rádio?

R. O rádio, acho que o rádio mais do que a TV.

P. Você pode falar um pouco a respeito.

R. Eles escutam muito o rádio. As pessoas escutam muito mais rádio, o dia inteiro. Dona fulana tá lá fazendo a comida das filhas que estão trabalhando e ela está lá com o radinho ligado. Entendeu? Rádio e TV são importantes, o rádio é fundamental. Mas que a mídia impressa. Jornal, eles não lêem muito jornal. Quando é uma coisa assim, já direcionado, pode ser. Mas pegar um jornal, pra ler. Ler a informação lá dentro, aí é muito mais difícil. A menos que a gente for por bairro. Nos bairros mais intelectualizado, os mais ricos, onde os idosos tem uma escolaridade maior, esses lêem mais jornal. Mas nos bairros mais populares, a escolaridade menor, o jornal tem pouquíssima penetração.

P. Você conhece esse folheto.

R. Conheço, é do Ministério.

P. E vocês chegaram a utilizar na prefeitura, ou não?

R. Para distribuir, por exemplo.

P. Sim.

R. Não, eu não tive isso daí. Isso aí foi da época do Serra, se não me engano.

P. Você falou que está aqui há 7 anos? Não foi isso que você falou?

R. Eu ? Nessa área? Estou há um ano.

P. Então está na prefeitura?

R. Na prefeitura até mais. Estou na prefeitura desde 87.

P. Nessa área há um ano?

R. Não, vim na época da Erundina, fiquei nessa área dois anos, depois 10 anos no setor municipal. O ano passado eu vim para cá. Estou aqui há um ano.

P. Esse material foi feito em 2000.

R. Na época do Serra.

P. Para campanha da vacinação.

R. Ministério da Saúde e tal.

P. Você não tem idéia se foi distribuído?

R. Não tenho a mínima idéia. Eu tenho isso daqui eu ganhei, eu peguei no Hospital das Clínicas (risadas). Há uns 3 anos atrás. Acho ele interessante, apesar de que..., é impressionante isso.... Por isso que o escrito tem que tomar muito cuidado...A maioria dos idosos não tem paciência, mesmo aqueles que sabem ler. Não tem paciência de ficar lendo muito. Não tem. O Estatuto do Idoso é porque eles têm muito

interesse. E eles vão lá. Aqui tá falando que tem que ter atendimento domiciliar (risadas). Entendeu? Ele vai pelos direitos. Mas quando é uma coisa assim mais de comunicação, se bem que ele está interessante, está bem ilustrado, ele chama atenção, né. Eu particularmente gostei disso daí, gostei muito. Mas não sei que penetração teve, não tenho a mínima idéia de qual penetração que teve isso daqui. Nunca vi um idoso com isso. Mas isso não significa que eles não tem visto, pego, distribuído.

P. Como você define o perfil do idoso que vocês estão trabalhando?

R. Com a qual a gente tem mais contato na saúde? P. isso. R. Primeiro é uma população extremamente carente, que tem um nível de escolaridade baixo, que tem pouco acesso a serviço de saúde, porque não tem plano de saúde, e os serviços públicos para idosos, organizados para idosos são muito poucos na nossa cidade então eles tem pouco acesso ao serviço de saúde, e uma população que tem uma grande prevalência de doença crônica, que por uma série de problemas de acesso, de aposentadoria baixa, dificuldade de encontrar na rede pública, por uma série de problemas eles não tem controle adequado dessas patologias crônicas. Dificuldade por causa da distribuição de medicamentos. Por isso nós temos alta percentagem de seqüela e complicação. Então são pessoas que já estão chegando aos 60 anos, não só com muitas doenças, que isso é inevitável, mas com essas doenças pouco controladas. Portanto, isso significará possibilidades de seqüelas e complicações das doenças crônicas, maior dependência, entendeu E isso é muito sério. O controle da doença tem que ser antes, tem que começar desde os 40 anos. Então a prevenção começa cedo. A prevenção, na verdade começa na infância. Nós temos esse pensamento, essa estrutura. A hipertensão e diabetes é a segunda, terceira, quarta década que aparecem. As pessoas têm que chegar com essa doença controlada aos 60 anos. Então tem que começar lá. Tudo aquilo que promove saúde: como uma dieta adequada, alimentação saudável, atividade física regular, sono isso tem que hábito. A luta contra o tabagismo, contra o etilismo. Tudo tem que começar uma coisa que começa na adolescência, na infância e segue pela vida toda. O indivíduo chega, tem que chegar aos 60 anos com os hábitos e estilos de vida mais saudáveis. E a gente não está fazendo isso. A gente vai começar essa prevenção agora, aos 60 anos é muito tarde. Nunca é tarde mas..., seria melhor que fosse antes. Essa coisa da prevenção toda e mais, surgida uma doença ela tem que ser controlada para não levar a seqüela. É a prevenção secundária. É a prevenção das seqüelas e complicações. A prevenção primária é não deixar aparecer a doença. O obeso provavelmente vai desenvolver diabetes, hipertensão e diabetes. Se eu fizer com que a população não desenvolva a obesidade eu já vou diminuir o número de hipertensos e diabéticos lá na ponta. Teve hipertensão e diabetes, o que que eu faço para não ter seqüelas as complicações e seqüelas da diabete e hipertensão. Como controlar, pegar os fatores de risco. Trabalhar em cima dos fatores de risco, para complicação, né. E aí o segmento da saúde contínuo com vigilância vai fazer com que as pessoas não tenham seqüelas e complicação. Não tenham um derrame, por exemplo, um acidente vascular cerebral, fica totalmente paralisado. Porque aí eu vou precisar aí de uma prevenção que é muito mais complexa, que é a prevenção terciária, que eu vou tentar reabilitar o indivíduo. Ele

deixou de andar eu tenho que agora pegar, trabalhar com intensidade imensa com profissionais super especializados: fisioterapeutas, fisiatras, ortopedistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais para fazer com que ele volte a andar. Para que eu vou deixar chegar nesse nível? Eu tenho que começar antes.

P. Quer dizer a prevenção primária, a secundária seria essa de...

R. Tem a doença, mas não deixa vir a complicação. Teve a complicação tem de recuperar, essa é a prevenção terciária que é não deixar o indivíduo ficar dependente. Prevenir a dependência: Teve um acidente vascular cerebral, fisioterapia, todas as coisas para reabilitar o indivíduo pra ele não ficar dependente. A prevenção da dependência. Dependência significa cuidados e custo.

P. E o Município tem esse aparato?

R. Pouquíssima área de prevenção terciária. Não ainda não temos a cultura de que outros profissionais são extremamente importantes para a saúde: fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisiatras. São áreas importantíssimas e fundamentais que atuariam que na área de reabilitação, né. Isso seria muito importante. Diminuiria custos. É um investimento em pessoal, mas pro outro lado vou economizar em remédio futuro, equipamento, internação em UTI etc.

P. E Essa prevenção primária ela ocorre em que fase?

R. Ocorre. É que no Brasil...existe. Ocorre. As campanhas contra o tabagismo é uma prevenção primária, né Isso existe As campanhas de atividade física, todas são prevenção primária. Mas ainda não atingimos o nível de saúde coletiva. Deveríamos estar fazendo isso a todo o momento, a toda hora e a todo instante e para todas as doenças.

P. Talvez se a.... em termos de comunicação, se houvesse mais uso do meios de comunicação se pudesse prevenir mais.

R. Isso, o rádio e a televisão seriam fundamentais, fundamentais.... Ajudar nas questões de promoção de saúde e de prevenção Porque ai a gente estimularia as pessoas através da mídia a estarem se engajando em hábitos e atitudes saudáveis, né Já existe isso, mas precisamos ampliar isso e tem que ser coisa de todo o momento. Lógico que existe. De vez em quando aparece. Dia ou outro aparece uma noticia no rádio de uma caminhada x, a prevenção do câncer ginecológico. Precisava ser contínua, contínua... bombardear de informação de prevenção A Aids fez isso de uma forma razoavelmente eficiente. Se bem que rareou um pouco A disseminação da informação de como se pega Aids foi rápida Porque a televisão os meios de comunicação foram muito eficientes em estarem divulgando as questões de proteção à saúde, no caso da AIDs também, camisinha, uma série de coisas que ajudaram todo mundo a ficar ligado na coisa. E como é uma doença que causava um impacto muito grande todo mundo se ligava. Agora imagina falar de diabete. A diabete é uma doença crônica, que não mata. É uma coisa que tem que ser a toda momento, a todo instante, tem que ser muito criativo nas formas de abordar. Porque precisamos prevenir que as pessoas cheguem aos 60/70

anos tem as complicações. Ai vai piorar a qualidade de vida. Vai ficar uma pessoa mais dependente. Por exemplo, uma cegueira por causa dos diabetes. É a principal causa de cegueira a partir dos 60 anos é a diabetes. Principal causa de necessidade de necessidade de diálise, rim que não funciona, na vida idosa, é a diabetes melitus que destrói o rim. A pessoa não percebe. Gostar do doce, coisa tão boa. A pessoa acha que vai se privar hoje, piorar a qualidade vida se privando do açúcar. No entanto ela está jogando para frente um grande problema. Poderá ficar cega ou poderá ficar com insuficiência renal e ai a vida dela vai complicar demais. E os custos em saúde aumentam absurdamente. Aliás, cada unidade de referência do idoso, uma das ações que a gente colocado, além dos atendimentos a essas patologias mais complexas é prevenção. Tem que bolar para essas áreas de abrangência delas, ações de prevenção, ações de promoção da saúde, ações de proteção da saúde. A vacinação do idoso é prevenção da saúde. Outra coisa que é de proteção a saúde é a acessibilidade. Se eu dou acessibilidade, calçadas e rampas, eu permito mobilidade, permito saúde mental e possibilidade de participação das pessoas mais dependentes isso é saúde né? Protejo a saúde dos indivíduos que são mais dependentes, se eu dou acesso. Se coloco calçadas sem buraco, eu faço com que as pessoas que vão caminhar na rua não caiam, isso é proteção da saúde. Se eu atuo no meio ambiente eu protejo a saúde. É uma das formas de proteger a saúde. Um meio ambiente mais seguro. Se eu atuo na violência estou protegendo a saúde. Aqui não estou falando só do idoso. A violência em algumas regiões da cidade é a primeira causa de morte. Olha aqui. Vamos pegar aqui. Santo Amaro dos que as pessoas morrem: doença crônica, coração, vascular, pneumonia. Homicídio é a 5ª. Causa de morte em Santo Amaro. Pinheiros, não aparece homicídio. Doenças típicas do coração, doença. Agora pega aqui, Guaianazes, a primeira causa de morte é homicídio. Cidade Tiradentes, primeira causa de morte. Ermelino, terceira causa de morte, homicídio. A periferia da cidade... São Mateus homicídio, primeira causa de morte. Itaquera, 3ª. causa, é homicídio. Segunda causa em São Miguel Paulista. Veja se eu tenho políticas contra violência eu vou proteger saúde de um monte de gente, vou proteger a vida, na verdade. Então essas coisas temos que pensar. Então temos que pensar em prevenção, promoção de saúde e proteção. E pegar por exemplo, de que as pessoas estão caindo? Vamos pegar idosos. Por que as pessoas estão caindo? Como tenho que atuar. Se atuo em cima desses fatores que provocam a queda, eu vou estar protegendo a saúde das pessoas, vou estar prevenindo uma série de coisas. Vou estar prevenindo fratura de colo de fêmur, incapacidade, dependência e morte. Porque muita gente morre na queda, ou por consequência da queda, tem uma pneumonia e morre. É impressionante. Ou vira mais dependente. Então é isso. Falar de prevenção e proteção à saúde não é uma coisa etérea não Eu tenho que ir ao problema. Então vejo o problema: Tem muita queda nessa cidade, em determinado lugar. O que está acontecendo? Vou lá e avalio quais são os fatores de risco e vou em cima deles Como tiro os fatores de risco. Que políticas adoto? É uma coisa bem operacional. Não podemos ficar só no genérico. É ir em cima do fator de risco, e verificar o que está fazendo acontecer isso aqui? Como fazer com que as pessoas não caiam e vou em cima deles Que medidas tomo?

Centro de Referência do Idoso - CRI

1) Altaira Santana, 65 anos, casada

A sra estudou até que ano?

Eu estudei até o primeiro completo.

O que eles chamavam primário?

É, o primário completo.

A sra mora em que bairro?

Moro em São Miguel.

São Miguel é zona...?

Zona Leste.

1350,00, Marido, 2 netas. Aposentada. Voluntária no Hospital Kit Setubal

A sra. conhece este guia?

Conheço.

Como a sra. tomou conhecimento dele?

Aqui.

A sra. tem este guia?

Tenho.

A sra. já leu o guia todo.

Quase todo.

Quais assuntos deste guia a sra. lembra?

Assunto... Sobre alimentação, como nós devemos nos alimentar, sobre remédios, que não devemos tomar remédios a não ser pelo médico, o médico indicar, nós não podemos parar o remédio antes do prazo que o médico mandou. Caso, o remédio, é... a gente não se de bem com o remédio, nós temos que voltar no médico para falar que o remédio não está fazendo bem. E que nós não devemos comer frituras, sobre diabetes, muitas coisas, né?

O que a sra. gostou mais do manual?

Eu gostei mais, assim, sobre o médico, porque muitas vezes a gente... a pessoa fala “ah, toma esse remédio que eu tomo e que foi bem para mim”, eu achei que... eu gostei muito disso sobre o remédio porque muitas vezes nós tomamos um remédio errado e que nos prejudica. Então eu achei muito importante o negócio de médico.

O que a sra. gostou menos?

Menos. Agora me foge a memória.

A sra pode olhar se a sra quiser olhar. Pode tomar seu tempo e olhar.

Então, que eu já li faz tempo (folheia). Estava aí tudo no balcão, agora faz tempo que eu li. Agora está difícil encontrar esse.

É. Está difícil.

É não tem.

Fica a vontade para a sra ver se gostou, o que a sra gostou, o que a sra mais gostou, o que menos

goston.(pausa muito longa)

Uma coisa que eu não gostei foi um negócio de danças, de bailes. Por que a senhora não gostou? Porque eu não gosto de baile. Ah eu me sinto mal, ver aquele pessoal todo dançando, naquele assanhamento... não gosto de dança. De jeito nenhum. Ginástica eu gosto. Agora mesmo eu vou... eu tinha feito ginástica né? Aí a Mônica me deu um papel para mim ir dia 06. Dia 06 eu vou passar no médico no posto e vou levar para ele preencher né? Para eu começar... ela falou para mim começa na primeira 2ª ... que eu vou passar num dia de 6ª feira, na 2ª feira eu já posso começar a ginástica, né. Então ginástica... agora uma coisa q eu não gosto é de dança.

Agora eu vou fazer uma pergunta para a sra assim. Eu vou falar o nome do, do... digamos TV, rádio, para a sra ver, quais são os melhores, que a sra considera os melhores veículos tanto para a promoção de saúde do idoso e qualidade de vida. Promoção da saúde e para a qualidade de vida O que a sra acha da TV?

A TV? A TV não tem nada. Eu acho que a TV não tem nada sobre saúde, pelo menos as coisas que eu ligo para ouvir porque eu também não gosto muito de TV.

Agora o rádio é que é muita propaganda de remédio. Nossa, mas tem tanto! Um fala para emagrecer, outro pra diabetes, outro pra colesterol, outro para... mas eu não vou, assim, nessas conversas de rádio. Porque eu estava na campanha do colesterol, eu soube no último dia que estava tendo uma campanha do colesterol, eu vim aqui. Até eu saí. Eu estava trabalhando, que trabalho de voluntária no Kit Setúbal.

Tique?

O pronto socorro de São Miguel.

Ab. O pronto socorro de São Miguel, a sra trabalha de voluntária?

É, voluntária no pronto socorro de São Miguel. Aí me falaram e eu larguei tudo e falei eu vou para saber o que tem, para saber da minha saúde, né, que é importante. Quando cheguei aqui eu estava com 246. Parece que o normal é 200 né? Depois, como eles são muito atenciosos, aí mandaram eu fazer um exame. Fiz o exame novamente. Deu 232. Abaixou um pouquinho né. Quando foi agora, semana passada, telefonaram novamente e eu fiz o teste, 219. Abaixou bastante. O médico, o geriatra também passei com ele, ele mandou em março... não, em abril, marcar consulta para fazer novo exame. Que eles estão sempre acompanhando a gente né. Importante a saúde da gente, principalmente na nossa idade, na minha idade, q a gente tem q se cuidar, né. A alimentação também eu quase não sou de comer. Como muito... não como fritura, não como ovo, não como essas coisas não. E agora fruta que eu como bastante. Tem dia que eu chupo 2, 3 mangas.

E jornal? O que a sra acha de jornal?

Jornal... Jornal escrito?

É.

Às vezes eu gosto, às vezes eu compro o Agora, que é mais barato.

E revistas?

Revista eu não gosto. Não gosto de revista, não tem nada em revista, só coisas de televisão, só novelas essas coisas.

E cartilhas médicas? Cartilha médica?

Cartilha médica é muito bom.

E manual, que é um tipo desse aí?

Ah, esse manual é muito bom, porque às vezes a gente está com alguma dúvida de alguma coisa, a gente dá uma passadinha e relê.

E palestras?

Gosto, eu gosto sempre de ouvir.

A sra. compreendeu todas as informações do guia?

Compreendi. Assim, na entrevista assim, a gente fica meia...

E a sra seguiu as indicações do que estava aí?

Ah, segui, a maioria seguiu. A gente não vai seguir 100%, mas... né...

A sra. se sentiu prestigiada pelo guia, achou que o guia foi bom para a sra?

Achei sim porque muitas vezes a gente não sabe das coisas se a gente não tem informação, se a gente não lê. Tem q ler para saber.

2) Elizabeth de Souza Braga

A sra pode ficar à vontade... Então, aqui a 1ª coisa é o seu nome.

O meu nome é Elizabeth de Souza Braga.

E a sua idade?

Tenho 63 anos, sou do interior de São Paulo, mas vivi aqui em São Paulo...

Vivo com meus filhos, sou viúva, viúva duas vezes.

E a sra. estudou até que ano?

Só o primário antigo. O primeiro antigo.

O primário? A sra concluiu...?

No meu tempo era o primeiro ano, né. Só o primário, só.

O primário todo? A sra concluiu o primário?

Não sei porque a gente ia lá para o interior da roça. Nem sei. Foi assim, né eu comecei a estudar... mas o que eu sei mais hoje, se graças a Deus, o que eu mais sei hoje é que eu sei fazer meu nome, tudo direitinho, sei ler, eu pegava o jornal e ia juntando as palavras, porque eu nunca tive uma oportunidade, igual eu sempre batalhei muito na vida, para viver e para... Eu fui mãe muito nova e eu tinha que criar meus filhos, então eu batalhei muito. Então, não tive nem tempo de pensar em mim, eu só pensava neles só deles. Por isso que hoje, com toda essa evolução que tem, tanta escola, tanta coisa que tem pra gente aprender, né. Mas por causa dos filhos... Agora não que agora eles estão grandes. Agora eu vou cuidar de mim mesma!

Certo. A sra. mora em que bairro?

Eu moro no Itaim Paulista.

No Itaim Paulista.

É.

Itaim Paulista é Zona...?

É, faz parte daqui. Zona leste.

2 SM

Tenho quatro filhos, vivo, vivo com eles no mesmo lugar. E vou levando a vida, na batalha, né?

Não trabalha e não tem aposentadoria

A sra. conhece este guia?

Conheço, conheço. É envelhecer com saúde, né?

Como a sra. tomou conhecimento deste guia? Como a sra. tomou conhecimento deste guia?

Ah porque eu sempre participei de SESI, assim, no SESI, né? No SESI também dão esses guias para a gente, mas mais foi aqui. Depois que inaugurou aqui, nós ficamos mais é... mais por dentro deste guia aqui no CRI. Aqui no CRI. Depois que inaugurou o CRI, que começou, é... funcionar que nós entramos aqui.... que eu entrei aqui desde que inaugurou. Já vai para 3 anos que eu estou aqui, Graças a Deus, que isto aqui é o céu.

A sra. possui este guia?

Eu possuo o guia, mas eu não sei se eu dei, porque é assim, eu pego e dou pra pessoas que não sabem. Eu pego, olho todo ele, e dou pras pessoas que não sabem, que não tem.

E porque a sra. dá o seu guia?

Não sei porque que eu dou, eu dou para ajudar. Acho que para, acho que para, para a pessoa saber a mesma coisa que eu vejo que tem aqui.

Então a sra. está dizendo que já leu o guia?

Já li o guia e já dei, passei para outra pessoa para a outra pessoa também ler para ficar sabendo como é e que tem que viver.

Certo. A sra. leu ele inteiro?

Inteiro não. Umas partes assim de...

Pode abrir, fica a vontade.

Umas partes assim, da saúde da gente, do modo da gente fazer tratamentos, comida, essas coisas assim. O que a gente tem que fazer para alimentos, para idade, para a convivência do dia-a-dia, essas coisas assim, né. Eu nem sabia que era para eu ler o livro, eu não trouxe os óculos.

Mas não faz mal. Não precisa não. É... A sra. lembra de algum assunto que tenha aqui?

Lembra de alguns assuntos que mais interessaram a sra?

Os assuntos que mais me interessaram, que mais me interessam é o modo de viver na idade, a gente enfrentar a idade da gente com saúde. Modo de saber... Saber como caminhar, saber como deitar, saber como levanta, saber como amanece, saber como vai para os lugares, como volta. Essas coisas assim né? Que tem tudo aqui. Aqui tem tudo, mas essas letras aqui mesmo eu não enxergo sem os óculos, eu não enxergo. E eu não trouxe os óculos! Quase que eu não uso óculos...

Do que a sra. mais gostou no manual? Do que a sra gostou? A sra gostou do formato... do...

das...

Eu gostei dessa pirâmide aqui, como ensina os alimentos para a dieta, do colesterol.... da vida da gente. Isso aqui é muito bacana. É muito jóia. Gostei muito também dessa, dessa instrução da pirâmide. Como se alimenta. Do que tem que comer e do que não tem que comer, do que faz mal, do que não faz, né?

Do que a sra. menos gostou?

Não tem nada que eu menos gostei.

Não?

Não tem nada que eu menos gostei. Tudo o que tem aqui é bom.

Vou fazer uma pergunta mais específica para a sra. Digamos assim, eu vou perguntar assim para a sra: Veículos que a sra. considera que dão melhores informações. A TV, para a promoção da saúde do idoso, a sra considera que é um veículo importante?

Não.Não?Não. Eu não gosto de Televisão.

E sobre a qualidade de vida do idoso, a sra considera que a TV é um veículo importante?

É mais ou menos, sempre fala alguma coisa que a gente não sabe, é importante a gente ficar por dentro do que tem que fazer e do que não tem fazer. É importante a gente assistir na TV quando passa os nossos direitos, do idoso. Nesse ponto a TV é muito importante. Passa na TV, passa no rádio, que é outro aparelhinho que é mto bom.

E do rádio, o que a sra. acha?

O rádio é instrutivo, é muito bom, é tudo na vida da gente, eu adoro o rádio! Adoro rádio. Na TV não sou chegada, agora o rádio eu gosto muito porque o rádio fala tudo. Ligo meu radinho de manhã cedo, 6h eu ligo ele e fico escutando tudo que se passa no mundo. Ele fala tudo. No horário tem a notícia. Nossa, eu adoro notícia. Eu adoro jornal. Adoro jornal, mas está tão caro que a gente fica se esquivando de comprar o jornal porque né, toda semana aumenta.

Isso que eu ia perguntar para a sra. O jornal a sra...?

Jornal, eu gosto muito de jornal...

Mas tem que comprar.

Tem que comprar. Tem o jornal da TV também, né? Na hora e vou lá e ligo e assisto o todo o meu jornal, que eu adoro o jornal da televisão. Já pra mim me informar de tudo o que está se passando.

E revistas. A sra gosta de revistas que falem sobre o idoso? A sra conhece alguma?

Não, revistas não conheço nenhuma. É bem carinha também.

E cartilhas deste tipo?

Cartilha também não conheço não. Não vou falar para a sra porque vou estar faltando com a verdade, não é mesmo?

E manuais? Esse aqui na verdade é quase um manual.

O único que eu conheço é esse aqui.

E palestras, o que a sra acha sobre elas?

As palestras daqui... eu já tive várias palestras aqui que foram muito boas. Aqui o ano inteiro, o ano de 2002, nós tivemos palestras o ano inteiro aqui e sobre tudo. Cada dia era uma pessoa que vinha dar a palestra para nós. E muito bem

explicado, muito bem no lugar... cada coisa no seu lugar.

A sra. lembra de alguma palestra?

Eu me lembro da palestra da ginecologista, que eu nunca ia na ginecologista e através dessa palestra comecei a ir e estou com ela até hoje.

Quem bom heim?

É...

A sra. compreendeu todas as instruções deste manual?

A da pirâmide eu compreendi, né. Eu compreendi daqui da pirâmide. Os outros eu passava, assim, né, lendo assim alguma coisa. Mas para ler tudo assim mesmo e gravar tudo não posso falar para a sra, porque não gravou não.

A sra. seguiu alguma indicação daí?

Segui, segui. Com certeza, segui. Segui a indicação do alimento

Do alimento?

Do alimento, porque tenho problema de colesterol né? Eu tenho colesterol alto. Então isso aqui foi muito especial pra mim porque aí eu juntei o que eu podia comer e o que eu não podia comer para poder aliviar meu colesterol, para ele ir baixando.

A sra acha que esse guia prestigiou de alguma maneira o idoso? A sra. se sentiu prestigiada com este guia?

Muito, muito, muito, muito. Nossa! Se você tivesse um aí para mim ficar com ele, todo dia para mim ver... porque a gente dá, né. A gente não pode dar, mas a gente é bobo e a gente pede e a gente dá né? A pessoa quer saber o tanto que a gente sabe a gente pega e dá. Eu queria um desse para mim me aprofundando.

Vou falar com a Kátia.

Ler todo dia isso aqui, porque quanto mais a gente lê esse guiazinho, mas a gente sabe. Porque ele é pequenininho, ele é pouco, não demora muito para ler. Ele é fininho. Ele é muito instrutivo, ele é muito jóia esse livrinho aqui.

3) Elza Gamberini Colini

Nós vamos começar com o seu nome e a sua idade.

É Elza Gamberini Colini, eu tenho 69 anos. Casada

A sra estudou até que ano, D. Elza?

Eu fiz só até, antigamente era o 2º ginásio, hoje é 7ª série, né?

Mas é bastante porque na época...

Na época... eu me criei aqui e não tinha nem ginásio, só tinha o primário. Fiz as duas, a 5ª e a 6ª série na cidade, na Rua Piratininga, eu ia de trem. Aí meu pai já...

Porque naquela época eram os homens que estudavam, as mulheres não precisavam...

Mulher não precisava estudar, precisava aprender cozinhar e costurar.

Porque ia casar mesmo, para que né? E a sra mora em que bairro?

Moro aqui mesmo no centro de São Miguel. 4 salários mínimos Moro com meu marido e uma filha (30 anos). Aposentada

A sra. conhece este guia?

Conheço

Como a sra. tomou conhecimento dele?

Aqui.

A sra. possui este guia?

Possuo, o meu está aqui!

A sra. leu ele todo?

Li.

O que a sra. achou mais interessante?

Não me lembro...

A sra. lembra de algum assunto que tenha gostado mais?

Sim, sobre alimentação, sobre a atividade física, andar... é o que mais chama a atenção é a alimentação e os exercícios.

Teve alguma que a sra. não gostou no guia, que achasse desnecessário estar aqui?

Não, acho que tudo que está aqui é útil.

Agora tem alguns veículos que as pessoas gostam mais e tem uns veículos que as pessoas não se identificam muito. Eu vou perguntar para a sra... Vou falar de TV, rádio jornal e outras coisas, quais os que a sra. acha melhor para promoção da saúde do idoso e para a qualidade de vida do idoso. Por exemplo da TV, o que a sra. acha?

A TV está difícil, né. Tem programas à tarde que sempre trazem médicos, né, e que falam sobre ... tem especialistas desses de coração, outros de... sempre tem alguma coisa útil nos programas à tarde.

E o rádio?

Mesmo no rádio também, tem aquele médico, ham um bem conhecido... Drauzio Varella, ele fala sempre, ele sempre tem assim... uma resposta pra muita coisa que a gente...

Ele está em que rádio?

Eu ponho de manhã na Jovem Pam, ele costuma falar na Jovem Pam.

E jornal escrito?

Eu que sou muito preguiçosa pra ler. Eu pouco leio jornal. Minha filha que assina o Estado e todo dia vai... quando ela vê alguma coisa que é interessante para a 3ª idade, ela já separa para eu ler, mas... Não tenho hábito de leitura.

E revista? A sra. gosta de revista?

Mais ou menos... Eu leio... A Veja eu leio toda a semana porque também ela assina, eu leio. Veja tem coisas interessantes.

E cartilhas médicas? O que a sra. acha de cartilha médica

Isso eu nunca li.

E manuais, que é uma coisa igual a essa?

Quando eu tenho assim eu gosto. Sobre saúde eu gosto.

E palestras?

Palestra. Sobre saúde?

É, sobre saúde.

Olha, eu nunca fui. Aqui teve palestra sobre colesterol ano passado e eu vim. Agora eu fiz exame outra vez e eles ficaram de avisar quando vai ter outra palestra.

A sra tem colesterol alto?

Está passando um pouquinho do limite.

A sra. compreendeu todas as informações que estavam no guia? Estava em uma linguagem boa, adequada?

Estava, estava bem compreensível.

A sra. seguiu alguma indicação do guia?

Eu procuro sempre seguir uma alimentação saudável, faço caminhada, faço exercícios... Agora uma vez só por semana, antes tinha 2 vezes aqui mesmo. Fazia ginástica.

A sra. acha que esse guia ajuda o idoso? O que a sra achou do idoso.

Ajuda, porque aqui tem informação, onde a gente deve... a quem recorrer. Eu acho que sim tem muita coisa que ajuda sim.

4) Idalice Caetano de Oliveira

A sra pode falar o seu nome, por favor?

Idalice Caetano de Oliveira.

Sim. A sra tem quantos anos.

77 anos.

77?

77. Viúva

A sra estudou até que ano, d. Idalice?

Estudei até o 4º.

A sra mora em que bairro?

Moro em Cidade Nova, São Miguel.

São Miguel Paulista, né?

500,00. Sozinha. Aposentada

A sra. conhece este guia?

Eu via agora, que me a menina me deu.

A sra tomou conhecimento dele agora?

Agora mesmo. Que ela me deu.

Há quanto tempo a sra. frequenta o CRI?

O CRI, acho que comecei a frequentar aqui parece que foi em outu... em setembro, mas eu não tenho lembrança. Eu tenho marcado. Eu marco sempre nos meus caderninhos, mas eu não estou lembrada agora.

E quando a sra. chegou aqui não deram um folheto?

Não, não tenho esse folheto.

Agora esse aí é da sra.

Esse aqui é meu que a menina, a Valmira, me deu agora para mim, né?

Quer dizer que a sra não leu o guia.

Não, eu li aqui um pouquinho, mas não deu para mim decorar alguma coisa, né.

Mas não fica preocupada com isso não.

Tá bom. Obrigada.

A sra conhece quem tem e já leu?

Não. Não conheço.

Não respondeu

Então eu vou perguntar para a sra o seguinte, que tem uns veículos de comunicação e quais são os melhores para promoção da saúde do idoso e para a qualidade de vida do idoso. Por exemplo, o que a sra acha da TV?

TV, para mim eu quase não assisto muito TV, não sabe. Às vezes eu assisto mais, eu gosto mesmo de ver mesmo uma repórter. Novelas eu não assisto. Repórter eu gosto de ouvir, o repórter né? Essas coisas assim que eu gosto.

O rádio? O que a sra acha do rádio?

O rádio eu acho bom também, o rádio. O rádio acho melhor, porque de vez em quando eu pego umas entrevistas lá com médicos falando, como hoje mesmo na Globo falou né, sobre doença né, eles falam sobre doença do câncer, garganta. Essas coisas. Fala tudo, né. Todo dia no programa do Maciel. Às 11:15 da manhã. Eu gosto.

E jornal escrito?

Jornal escrito eu quase que nem... não leio. Às vezes eu leio quando eu vou no meu filho, que ele assina, né. Às vezes eu leio ali, mas eu não assino, quase que eu não tenho jornal. Não vou mentir e dizer né.

E revistas?

Revistas às vezes eu tenho, revista lá que a minha neta trabalha e ela traz. Umas coisas eu gosto, muitas outras eu não ligo muito também não.

E cartilhas médicas?

Cartilha, eu gosto de cartilha, né porque fala, explica muita coisa boa pra gente que tem idade. A idade que a gente tem, é bom a gente saber.

SEM INFORMAÇÃO

E palestras? A sra gosta de palestra?

Gosto. Palestra é bom, porque a palestra a gente aprende alguma coisa. O pessoal fala, a gente não sabe alguma coisa, a gente fica por dentro, né, e na idade que a gente tem, que a gente já tem idade, né, a gente não sabe alguma coisa, você já fala alguma coisa e já está por dentro. A gente aprende. É bom palestra porque a gente aprende muita coisa. Eu gosto de palestra.

Não respondeu

Não respondeu

A sra. acha que um guia desses ajuda o idoso?

Ajuda. Acho que ajuda, pouquinhas páginas que li aqui eu gostei, eu adorei, eu gostei. Sobre medicação, né, sobre dança (risos) Eu gosto.

A sra gosta de dançar?

Dança. Sempre às vezes eu venho aqui, mas é difícil. É sempre bom, porque eu trabalho como voluntária lá no pronto socorro.

No PS de onde?

Do CRI.

Ab, daqui de São Miguel Paulista?

Trabalho lá, há 4 anos.

4 anos que a sra trabalha lá?

É. Trabalho lá.

O que a sra faz lá?

Nossa o meu trabalho, o meu trabalho no dia de 4ª feira eu entro às 8 e saio às 5. Quando eu chego eu vou... 9h eu subo e vou em todos os quartos onde está os doentes. Vou UTI, vou primeiro na maternidade, para não contaminar as crianças né. Então, vou na maternidade, depois da maternidade passo pela UTI, depois vou para a psiquiatria, contar quantos pacientes nós tínhamos, né. Depois da psiquiatria eu vou para o 2º andar, eu vou para a pediatria, para as crianças, né. Aí vamos lá, contamos todas as crianças e se elas estão precisando de alguma coisa, sabonete, pasta, aí nós levamos. É um trabalho muito bacana, viu. EU adoro, viu. Aí voltamos para o 1º andar, aí 1º andar fomo PCO, é os que estão na maca, aí contamos tudo, damos chinelo para eles, vamos lá, visitamos enfermaria. Nós visitamos a enfermaria, nós perguntamos para eles, muitos estão deitados na maca, de sapato, aí a gente pergunta para ele “você está sem sapato, amor” eu chamo assim né, “você está de sapato, você não tem um chinelinho não” “ah, não tenho”, eu vou lá pego o chinelo, levo para eles, viu. Sábado mesmo eu fui trabalhar sábado eu doeí camiseta, chinelo, sabonete, pasta. Nossa, eu fiz um relatório, bastante coisinha. Mutcho bacana, eu adoro.

5) Maria Joana Bezerra Rodrigues

A sra pode por favor falar o seu nome?

Maria Joana Bezerra Rodrigues.

A sra quantos anos tem?

Vou fazer 62 agora dia 02/02.

Eita, que bom heim.

Viúva

E a sra estudou até que ano?

4º.

4º, sei. A sra mora em que bairro?

Itaim. Jd Pastira, Itaim.

É Zona Leste?

É aqui. Pertence aqui.

Ab pertence aqui.

4 SM. Sozinha. Aposentada

A sra. conhece esse guia aqui?

Eu já li ele várias vezes, mas não tenho muito memória pra gravar o que tem aí não.

Como a sra. tomou conhecimento dele?

Aqui.

A sra. tem um guia desse em casa?

Tenho. Tenho.

Mas a sra. leu ele todo?

Li. Ontem mesmo, que eu estava deitada lá, peguei q tinham ligado para mim, eu peguei e li ele todinho, mas (pausa) eu não gravo nada aqui.

A sra. lembra de algum assunto que tenha aqui? Se a sra quiser, pode folhear o folheto. A sra lembra de algum assunto que tenha aqui

Não lembro não, para mim ler eu não lembro não.

A sra. quer folhear para ver o que a sra gostou mais, o que a sra gostou menos? Pode ficar à vontade...

Eu gostei daqui. A única coisa que eu só não gostei, porque isso aqui, sei lá, não sei se tem a ver aqui, é dessa parte de motoristas. Aí eu não gostei não porque os motoristas desfaz muito do idoso. Aqui mesmo, nesse ponto aqui, quando ele passam, que eles vêem que tem 3, 4, 5 idoso, eles não gostam de parar, eles passam por longe, e quando para, que vai 2, 3 idoso na frente, eles xinga.

Teve alguma parte que a sra. gostou mais?

Isso aqui quase tudo eu li tudo assim, negócio de remédios, essas coisas assim, eu que remédio assim... eu gosto de ler primeiro a bula pra depois tomar o remédio. Não gosto de assim... tomar sem ler. E a alimentação eu gostei também.

Não respondeu

Agora eu vou fazer uma pergunta assim, a sra sabe que tem rádio, TV, jornal... Vou perguntar para a sra quais os que a sra considera mais importante para a promoção da saúde do idoso e para a qualidade de vida do idoso. Por exemplo a TV. O que a sra acha da TV para ajudar...?

Ah, eu gosto, distrai bastante. Eu gosto. Não fico assistindo muito, porque eu fico mais aqui do em casa. Agora esse mês a gente está afastado porque está tudo parado aqui, mas quando tem aí embaixo artesanato, eu fico no artesanato, na pintura, eu fico lá em cima com o Braga, com a Mônica. Eu sei que fico mais o dia aqui do que em casa.

E o rádio? O que a sra acha do rádio?

Eu gosto de rádio também, dá notícias... às vezes a gente está em casa, não sabe de nada, liga o rádio e fica sabendo muita coisa que passa...

E o jornal escrito?

Também gosto. Quando eu saio assim, que tem bancas de jornal, tem aquelas notícias, eu gosto de ler... Eu gosto

E revistas?

Também gosto. Uma revista boa eu gosto de ler ela todinha.

E cartilha médica?

Eu não sei se sou curiosa, gosto de ler essas coisas.

E de manuais assim, a sra gosta?

Eu gosto. Isso que eu estou dizendo, não sei se é curiosidade, o que é. Toda vida eu gostei. Quando eu pego uma coisa assim diferente e eu gosto de ler...

E palestras?

Participei de 2 aqui, daquela da memória e de sexualidade. Participei de 2 palestras assim, que foi 8 palestras, cada uma tinha assim, são 4 por vez. Participei de

todas.

A sra. compreendeu todas as informações que estavam aqui, a sra achou que estavam numa linguagem boa?

Tá. Eu gostei, mas para mim dizer assim, eu não lembro pra falar o que tem aqui mesmo, eu não lembro. Mas que eu gostei daí, só a única coisa eu achei mais chato, mas aí é em todo canto, é ônibus, é perua, e os perueiros são os piores que tem.

A sra. seguiu alguma indicação que estava aqui alguma vez, seguiu alguma indicação que estava aí? Faça isso, não faça aquilo... A sra seguiu alguma indicação

Não porque ginástica eu faço, caminhada eu faço aqui com a Mônica e negócio de fritura eu não gosto muito, nem me faz bem. Verdura, eu adoro verdura...

A sra. acha que esse guia prestigiou o idoso? Foi bom a o idoso?

Foi bom, eu gosto. Porque aqui explica muita coisa que a gente deve fazer e o que não deve. O que deve comer, o que não deve. Explica muita coisa aqui. Se a gente quiser seguir ele mesmo como deve, é bom esse livro.

6) Maria Lopes Cardoso dos Santos

O seu nome?

Maria Lopes Cardoso dos Santos.

A sua idade?

61 anos. Casada

A sra estudou até que ano?

Até a 5ª série primária

A sra mora em q bairro?

Na (???) São Miguel Paulista. Aqui mesmo.

É Zona Leste, né?

É. Zona Leste.

520,00

Mora com o marido, nora (29 anos que não trabalha) e 2 netos (um de 6 anos e outro recém-nascido)

Aposentada

A sra. conhece este guia?

Conheço, eu já li ele todo. Antes, no começo tinha tanto ele aí, a gente pegava e eu peguei um pra mim e outro para o meu marido e li tudinho isso aí.

Como a sra. tomou conhecimento dele?

Aqui.

A sra. tem um guia desse em casa?

Tenho.

A sra já leu ele todo?

Li. Eu, quando eu pego um livro eu quero ver o...

O que a sra. lembra desse guia?

O que eu lembro dele? Que faz caminhada. É bom para diabéticos, que eu tenho. E os alimentos para quem tem diabetes, como que come, o regime, isso tudo

eu... E o andar e a dieta que faz para o diabético, o que come, o que não come. Remédios, eu não tomo remédio se eu não ler a bula, pode ser o médico melhor que tem. Eu abro a caixa, primeiro eu leio a bula para mim poder tomar o remédio, para eu ver o que que é. Fiquei internada em julho, 30 dias, cada pacote de comprimido que vinha eu perguntava um por um, para o que é isso? “D. Maria é para isso, isso e isso”. Porque é tanta coisa que você toma e é tanta coisa que acontece que os médicos mesmo erra, então a gente tem q ler para confirmar, não é verdade?

Lógico.

Eu li ele todinho, mas eu não guardo. Tanta coisa. Meu marido é doente, meu marido tem Mal de Alzheimer. Eu tenho que ficar 24h com ele. Eu vim aqui, eu deixei ele com o irmão dele. Então eu tenho que ficar para lá e para cá e eu não tenho tempo. Eu leio e naquela hora eu ponho tudo na minha cabeça, que eu vou lendo e vou falando tudo, mas depois... As 24h que eu tiro não é nem para mim, é só para o meu marido. É fralda, é banheiro, tudo, tudo, tudo. Comida. É uma vida... O que come... O que pode fazer, o que não pode. Andar com calçado escorregadio. Eu não calço. Pode eu calçar... desde o dia que eu tomei uma queda... eu vinha de São Miguel, eu escorreguei. Calcei uma sandália e escorreguei. Graças a Deus que eu não estorei o meu pé. Aquele dia eu voltei, tirei o sapato, troquei, rasguei e joguei fora. Eu não calço. Um escorregão do sapato é triste, então eu já... Tapete, tapete na minha casa eu não uso. Não uso porque a gente tem uns tapetes, a gente põe ele, a sra pisa e vai junto. Aquilo para a gente cair para trás, eu não uso. Subir ou descer escada... Na minha casa eu tenho uma escada, mas é emborrachada. Tem muita gente que faz com piso a escada. Aquilo é um perigo. A minha netinha, nós fomos uma vez na casa da madrinha dela, era piso, ela caiu, rachou isso aqui, tivemos que levar para o pronto socorro. Daquele dia para cá, na minha casa nunca mais eu fiz escada... porque ela escorrega. E dos exercícios, que eu faço. Tinha quase uma academia em casa! Eu juntava as minhas colegas tudo, eu tinha esteira, o remo seco, a bicicleta, aquele que põe os pés e vai e volta... o remo seco. O abdominal, tudo isso eu tinha, mas eu peguei e tive que dividir a minha casa para alugar a metade. Vendi tudo. Só fiquei com a esteira. Mas agora eu faço caminhada com minha cunhada cedo, nós tira uma hora todos os dias, das 6:30 às 7:30 nós anda. E é bom caminhar. Eu já vi os médico, porque eu sou muito curiosa, tem na Rádio Capital tem um médico e no canal 2 tem outro médico cedo falando que o caminhar é melhor que certas ginásticas. Então para mim é muito bom porque eu já tenho que queimar por causa do diabetes q eu já não faço regime muito. Se eu deixar o diabetes vai lá em cima.

Do que a sra. gostou mais no manual?

No manual? Gostei mais da caminhada. Que eu gosto. No começo eu fiz matrícula. Fizeram o cadastro, meu e do meu marido, mas meu marido... eu vinha ali eu fazia e ele ia, que eu tinha que tomar cuidado com ele. Então eu pedi para a Adriana fechar, cancelar porque eu não conseguia vim.

Do que a sra. menos gostou?

A dança eu também já vim numa festa, num baile aqui, muito bom. Principalmente São João. Ó Dra, aqui eu gosto de tudo, só acho que deviam por mais médicos. Eu acho que deviam por mais médicos porque velho, a gente velho só precisa de... que nem urologista, cardiologista é só um. A sra marca agora daqui 6 meses que é atendido, quando marca. Meu marido já se trata aqui, com o neuro e com o urologista

O que a sra acha da TV como um veículo para promoção da saúde e para a qualidade de vida?

Não gosto de TV. Meu marido chegava do serviço, a 1ª coisa que fazia era ligar a TV. Eu prefiro mais o rádio. Rádio eu escuto mais a rádio capital, ouço o Eli Correa, que minuto a minuto ele vai dando a hora e vai passando a notícia tudo que está em SP ele está sabendo.

E jornal?

Não gosto, no jornal eu só gosto de ler o horóscopo.

E revistas?

Revista eu gosto de ler qualquer uma.

E cartilhas médicas?

Se for boa, dra, é bom, a gente vai aprendendo mais.

E manuais?

No começo eu gostei quando saiu. Porque esse aqui saiu logo no começo, quando começaram. Aí eu já peguei q era para mim ver. Aí eu li todinho, comecei a ler aqui e acabei em casa.

E palestras? O que a sra acha de palestra?

Olha palestra são boas, de vez em quando, porque eu, para mim vim, não dá para mim vim. Não adianta porque para mim vim eu dependo dos outros. Eu estou aqui, ele está com o irmão dele. O irmão dele falou “Maria, você não demora que eu tenho que sair para levar o menino para jogar”. Então eu já estou preocupada né.

A sra. compreendeu todas as informações?

Compreendi.

A sra. seguiu alguma indicação?

Olha, não me lembro se segui ou não, porque pro diabete eu já faço meu regime mesmo. Eu tenho um aparelhinho de medir. Esse ano ele subiu para danar, porque eu viajei e ele foi lá em cima. Mas uma semana já basta porque eu tomo remédio e vou medindo, agora no ano novo eu falei “não vou tomar remédio, eu vou aproveitar”. Aproveitei, ele subiu, mas ele já está normal.

A sra. acha que este guia prestigia o idoso?

Alerta mais? Para quem quer assim, acho que alerta, mas outros e nem lê. Pega aqui e joga ali. Porque tem muita gente que não lê.

6) Valmira Mendonça Alves

Bom, a primeira pergunta é o seguinte: o seu nome, a sua idade e a sua escolaridade.

Meu nome é Valmira Mendonça Alves, tenho 66, Viúva
eu fiz... como eu morava no sítio, eu fiz até o 2º ano, mas para mim serve.

O 2º ano que a gente chama de primário.

É. O primário. Serve porque eu, nesse quando eu comecei a estudar eu tive um problema. Eu caí e fiquei 2 anos com amnésia, mas graças a Deus estou boa, né. Eu faço... para mim o estudo que eu tenho, serve. Melhor do que meu filho que é engenheiro e tem horas que pego no pé dele porque fala coisas erradas. Então eu pego no pé dele.

A sra está satisfeita, né?

Eu, para mim, estou bem, graças a Deus, isso para mim é uma maravilha. Para mim serve.

A sra mora em que bairro?

Eu moro em Ermelino Matarazzo.

É zona...?

Zona leste.

1 SM

1 filha, 1 genro, 2 netos

Não é aposentada, vai recorrer aposentadoria.

A sra. conhece esse guia aqui?

Conheço.

(...) porque vou muito em reunião no hospital São Paulo. Eu sou voluntária de hospitais.

A sra. possui um guia destes?

Possuo um guia desses, porque vou muito em reunião no hospital São Paulo. Eu sou voluntária de hospitais.

Que interessante, que coisa maravilhosa heim.

Eu sou da Pastoral da Saúde.

Ab D. Valmira, que coisa maravilhosa.

Então eu trabalho com muitas coisas. Agora estou afastada porque fiz uma operação, fui fazer a operação da vesícula e tive problema com o rim, com o fígado. Então eles me operaram o fígado e o médico me proibiu entrar em hospitais, né, para não pegar germes. Eu estou fazendo... vou visitar meus doentinhos na casa deles, vou de vez em quando no hospital dar uma olhadinha neles, como eles estão... Porque tem gente pior do q a gente. Vou dar um cafezinho, vou dar uma água, dar um almocinho, ver como eles estão, se eles estão... Eu brigo muito para o idoso, eu brigo mesmo, porque eu acho q nossos governantes não está bom para nós, idosos.

A sra acha que o que é que falta?

Falta muita coisa.

O que a sra. acha que é o mais importante que ainda falta?

A coisa mais importante que eu acho é que o idoso tem que chegar no posto e já ter seu médico. Não é marcar, chegar às 4 da madrugada, pegar uma fila e depois de dois meses ele ser atendido. É que nem aqui no CRI. Aqui no CRI é muito

bom, mas para um idoso vir para cá, tem de vim pelo posto de saúde.

Ab. Não pode vim encaminhado direto?

Tem de ser encaminhado pelo posto de saúde. Chega aqui, marca consulta pra daqui um mês, daqui dois meses, daqui três meses.

Eu pensava que já vinha direto.

Não, não, não. Então eu já... eu gosto de falar viu, eu falo mesmo.

Mas tem que falar, mesmo. A sra está no seu direito. A sra é cidadã, tem que falar mesmo.

Eu falo mesmo. Por isso que eu acho errado. E nós ainda não temos remédios suficientes para nós idoso. Tem idosos que não têm nem dinheiro para comprar remédio. Então eu acho errado porque o idoso já trabalhou demais. O idoso que ganha bem é os deputado, é os senador, é o presidente da república. A parte médica ganha muito pouco porque eu também acho que eles deviam ganhar mais pelo que eles gastam. Eu sou dessa opinião.

A sra. leu o guia todo?

Li, lá na minha casa até meus netos leram esse aqui.

Olha só que bom.

Lá na minha casa meus netos lêem.

A sra lei ele inteiro?

Li.

O que a sra. lembra aí desse manual? O que sra lembra?

Olha. Gosto desse aqui caminhada. Olha eu faço vôlei, basquete, corro, nado...

É minha companheira, viu.

Eu faço no SESC.

Eu só não faço vôlei.

Mas é tão gostoso. Ah eu estou com tanta saudade. Meu médico também me cortou isso. Gosto dessa pirâmide, todas essas coisas a gente faz, porque na minha casa é tudo obeso. Começando de mim que eu já cheguei a pesar 100 kg.

Por que a sra não seguia isso aqui?

Não seguia. Nós estamos seguindo isso daqui então já perdemos peso. Não somos de comer carne muito, somos meio vegetarianos. Problema de gordura aqui, zero. Esse aqui de nós lavar as mãos, a gente tem que fazer isso todas as horas. Isso aqui é a coisa mais gostosa que a nós tem é os legumes. Ah na minha casa nós somos tudo verdinho, só tem um cara de pau que gosta de carne, mas o resto nós somos tudo verdinho. Parte de remédios. Eu só tomo depois de passar pelo médico e ainda leio a bula. Eu não tenho esse negócio de não ler a bula.

A sra é bem instruída.

Mas leio a bula, toda a bula para ver. Já recusei remédios que eu fui ler a bula. Eu ia tomar para uma coisa e fazia mal para outra aí eu falei “não tomo”. Esses aqui, esses pesos aqui também... eu acho que a gente tem que ficar bem elegante. Eu gosto também. Daqui tem muita coisa que eu gosto. A gente tem que ir, que nem eu falei, ir no médico, mas não é todos que têm um plano de saúde, né. Graças a Deus eu ainda tenho. Isso aqui eu também sou contra. Disso aqui sou contra. Nossos motoristas ainda são ignorantes com nossos idosos. Isso aqui eu

faço também. Faço caminhada. Faço no SESI, faço aqui no CRI e faço na minha casa.

Que bom heim.

E faço. E levanto todo dia 6 horas da manhã. E faço musculatura. É minha filha se não a gente vai ficar... tem que ficar bem. E logo, logo vou estar no hospital fazendo umas plásticas. Quero ficar bem bonitinha. Ah, eu quero. Tudo aqui eu gosto. Algumas partes eu não gosto.

E tem alguma coisa que a sra gostou mais do que outras?

Olha, daqui eu gostei de tudo, só tirando do motorista eu gosto de tudo. E da parte que a gente não tem médico suficiente... para... né? Mas eu gosto... No mais é só isso aqui.

Qual a sra não gostou?

Olha, eu só não gostei da parte dos motoristas. Agora o resto tudo eu faço. Ah, é tão gostoso... ah, é uma delícia.

Eu vou fazer umas perguntas para a sra assim: eu vou falar o nome do veículo, veículo quer dizer televisão, rádio e tal, quer dizer assim, quais veículos a sra considera que dão melhores informações para a promoção da saúde e a outra, para a qualidade de vida. Eu vou falar para a sra. A TV, o que a sra acha da TV?

Alguns canais de TV dá, alguns não dá.(silêncio)

Certo.

Eu sou sincera. Alguns dá, alguns não dá.

E rádio?

Rádio eu assisto pouco, mas também não dá. Eu nunca... por enquanto ainda não vi nenhuma rádio falando do idosos.

E jornal?

Jornal também não. Ainda não vi. Jornal só sai, assim, quando governador ou presidente da república faz alguma coisa eles lança para ganhar o dinheirinho deles. Só.

E revistas? Revistas comuns?

Revistas tem algumas revistas que são muito boas. Que traz muitas coisas muito boas para a gente.

E cartilhas, cartilha médicas?

Eu gosto. Gosto, acho que devia todos os postos de saúde, todos os hospitais deviam ter.

E manuais?

Manual é esse aqui. Também gosto, esses aqui são bons.

E palestras?

Ah, essa é o que gosto mais. Eu gosto de uma palestra médica. Hum, nossa faz uns 5 anos ou mais que fui no hospital SP numa palestra que teve sobre o diabetes. Nossa, como eu gostei. Nós ficamos 2 dias. Nossa, aquela palestra sobre o diabete... que veio uns médico, tinha dos EUA, tinha da França, tinha da Inglaterra, tinha de todos os lugares que teve lá. Até teve um médico da França que pegou falou que os... nós, brasileiros, morrem de diabetes, mas não é do diabe-

tes, é de fome. (pausa) Porque eles tira tudo que o... a pessoa tem de comer. E não é assim né? Que no diabetes a gente tem de comer tudo, tem que saber comer. Tinha uma senhorinha lá, magrinha, ela disse que ela tinha tanta vontade de comer uma banana e o médico dela não deixava. Aí o francês pegou e falou: “Quem é o seu médico?” Ela pegou e falou. Falou assim: “então pega para ele assim. A sra não pode comer um cacho de banana, mas a sra pode comer uma banana por dia, que é saúde”. A banana é saúde. Aí ele pegou, ficou... Aquele tempo, que eu era muito nervosa, eu estava com 400 de diabetes, agora eu não tenho nada, porque também o meu médico estava lá e meu médico tinha cortado tudo. Aí eu virei para o meu médico e falei: “Dr ó, eu vou chupar manga” (risos) Tudo. O médico olhando para mim, né, pegou e falou assim “por que você (???) aí ou ainda) está falando com ele” eu falei “porque ele é o meu médico”.

D. Valmira, a sra. compreendeu todas as informações que estavam no guia?

Compreendi.

A sra. seguiu alguma indicação específica? Ou mais de uma?

Segui acho que todas, né? Menos que eu não gosto, é só essa porcaria, só do motorista.

A sra. acha que este guia a prestigiu?

Pra mim foi bom. Foi bom. Para mim foi bom.

JABAQUARA	Flávia Gonçalves	Maria Antunes de Almeida	Mariana Lopes Vicentini	Regina Gamaro Oliveira	Ruth Seraf
Nome	Flávia Gonçalves	Maria Antunes de Almeida, Portuguesa	Marina Lopes Vicentini	Regina Gamaro Oliveira	Ruth Seraf
Idade	70 anos	74 anos	71 anos	66 anos	74 anos
Estado Civil	Casada	Casada	Casada	Casada	Solteira
Escolaridade	Segundo grau completo	3ª. Série primária	Segundo grau	Segundo grau completo	Superior
Bairro	Planalto Paulista	Mora na Saúde	Jabaquara	Mora na Bairro da Saúde	Acimação
Renda Familiar	Casa própria. Renda R\$1.500,00.	Casa própria. Renda familiar R\$4 salários mínimos.	Renda familiar: 6,5 salários mínimos.	Renda familiar: R\$1.200,00	R\$ 1.000,00, casa própria
Constituição familiar	Mora com o marido	Mora com marido e filha	Mora com o marido	Mora com o marido	Sozinha
Situação Ocupacional	Aposentada	Não trabalha, era professora	Aposentada	Aposentada	Aposentada, faz artesanato e enfermagem
Conhece o guia	Não conhece o Guia	Conhece mas não leu, acha que tem em casa.	Não conhece o Guia	Não conhece o Guia	Não conhece
Televisão	Sobre o idoso, está pouco divulgado. Sobre Estatuto do Idoso.	Tem programas que ajudam muito, principalmente o Globo Repórter, eu não perco um. Tem muitos ensinamentos sobre alimentação adequada para o idoso. Assisto todos os jornais da TV Globo, gosto de ver os jornais falados na TV pq explicam bastante coisas.	A TV informa mas não é completa. Deveria ser mais assídua a informação. Porque o idoso tem muita dificuldade em entender, principalmente os mais velhos não têm acesso a TV, os mais idosos não vêem e ouvem direito. O contato com os idosos, porque é pouco.	Não tem nada que promova a saúde do idoso. Está muito atrás. Só assisto jornal.	Tem alguns programas, principalmente sobre saúde que faço questão de assistir, sobre alimentação, sobre cada vez é um programa. Rede Viva todo sábado pela manhã. pressão alta, cataratas.
Rádio	Muito pouco. Ouço rádio, não muito.	Não escuto. Só a minha filha.	Ouço mas não tem nada que beneficie o idoso. Já assisti palestra.	É um pouco melhor.	Notícias é muito bom. Greve de hospital, para não perder tempo.
Jornal	Tenho acompanhado mais. Jornal da Zona Sul divulgam muita coisa sobre o idoso. Divulgam onde existem as palestras para os idosos, os locais, e horários. O Jornal da Tarde falam sobre Estatuto, tudo sobre o idoso.	Isso é com o meu marido. Ele lê e depois me explica.	Leio pouco, mas não encontrei nada que nos auxiliasse. Deveríamos ter mais acesso às informações.	Sou muito preguiçosa para ler, não posso opinar.	
Revista	Quase não sai nada. Não existe uma revista específica ao idoso.	Leio um trecho e canso muito de ler.	Leio muito pouco sobre a terceira idade, quase não tem nada.	Algumas são boas. Elas têm alguma coisa.	Lê pouco, só sobre artesanato.
Cartilha	Balançou a cabeça negativamente.	Quando estou em algum que tem, pego e leio.	Gosto muito. Foram distribuídas pela Drogasil. Trouxe para o nosso grupo. Muito bom.	Não conhece.	Livro de alimentação natural de Aa Z. Sigo muito.

Palestra	Estive em duas. Geralmente em igreja. Onde tem palestra, médicos, geriatras. Explicando muita coisa. Acho que devia ter muito mais. As rádios deviam divulgar as palestras. As igrejas também ajudam.	Assisti outro dia uma palestra. Explica muita coisa para a nossa saúde. É uma palestra muito lucrativa. Assisti e vou fazer uma pesquisa	Nunca soube que houve palestra. Se soubesse que ia haver iria.	É muito interessante, deveria ter mais. Está faltando um pouco. Nunca assisti nenhuma.	Palestra sobre pressão alta teve no Hospital São Paulo ano passado, porque sou hipertensa. Procuro assistir, porque interessa.
Televisão					Tem programas que me divertiu outros dá depressão. Programas humorísticos.
Rádio					Escuto muito pouco, à noite para saber as horas.
Jornal					Não lê, só livros.
Revista					Muito pouco.
Cartilha					Tem muito pouco.
Palestra					Li a com, hidroginástica.
Atividade Física					
Recado para a Secretaria Municipal do Idoso	Deveriam respeitar um pouco mais um pouco mais o idoso. Em filas e em postos médicos. As consultas são agendadas com 30 dias. Tem emergência que são atendidos. As medicações que tenha todos os tipos. A pessoa que é cardíaca o remédio é caríssimo e a pessoa não tem acesso. A maioria é para pressão alta e depressão. Tem medicação para diabetes que não é dado no Posto. Faz hidroginástica e caminhada pela Prefeitura.	Assisti outro dia uma palestra. Explica muita coisa para a nossa saúde. É uma palestra muito lucrativa. Assisti e vou fazer uma pesquisa	Acho que eles atentos a tudo isso. Tenho uma reclamação a fazer os postos que distribuem remédios. Eles dão o necessário E o idoso tem vários tipos de doença. Não tem acesso a vários tipos de remédios, por exemplo, para os ossos e para outras doenças que o idoso tem. Remédio para intestino. Nós não encontramos e somos obrigados a comprar.	É muito demorado o serviço de atendimento, se a pessoa tem um problema e precisa de consulta a espera é muito grande. Deveria melhorar esse tipo de coisa.	Deveria ter yoga e li a com, é um tratamento muito bom para o idoso, que se sente muito melhor.

VILA PROGRESSO	Antonia da Silva Teófilo (F5)* R: Meu nome é Antonia da Silva Teófilo,	Aurelina de Oliveira Vieira (F3) P: Por favor, fale seu nome inteiro. R: Aurelina de Oliveira Vieira.	Edite Sanbatti (F3) P: Quería que a senhora me dissesse o seu nome e a sua idade. R: Edite Sanbatti,	José Alves da Silva (F3) P: Vou pedir para o senhor falar o seu nome e a sua idade. R: José Alves da Silva.	Zafira Raimundo (F5)* P: Eu, eu vou pedir para a sra dizer o seu nome e a sua idade. O seu nome todo. R: Meu nome é Zafira Raimundo.
Idade	tenho 68 anos.	P: Quantos anos a senhora tem? R: 68 anos Sou de 1935, 68 né?	62 anos	P: Quantos anos o senhor tem? R: 71 anos.	P: E a sua idade? R: Minha idade é. Eu tenho mais de 70 anos. P: A sra ... quanto.... R: Setenta.... 78 anos no registro, mas eu não tenho essa idade toda mas o registro é que manda. P: Ah tá. R: Pq quando eu era muito nova eles registraram... aumentaram a minha idade por, quando eu vim para São Paulo. Eu vim só e outra vizinha lá... P: A sra... qual seu estado civil? R: Meu estado civil? E município de Arimociro. P: A sra... R: Limociro. P: Tá. A sra, a sra é casada, solteira, o que a sra é? R: Sou casada.
Estado civil	P: Certo, é... A sra é... Qual seu estado civil? R: Casada	P: Qual é o seu estado civil? R: Sou casada.	P: Qual é o seu estado civil? R: Eu sou viúva.	P: O seu estado civil? R: Casado.	P: A sra... qual seu estado civil? R: Meu estado civil? E município de Arimociro. P: A sra... R: Limociro. P: Tá. A sra, a sra é casada, solteira, o que a sra é? R: Sou casada.
Escolaridade	P: Casada? A sra estudou até que ano? R: 3º ano, quando eu morava no interior. P: 3º ano primário? R: É.	P: A senhora estudou até que ano? R: Olha minha fia se eu te disser que eu nunca fui na escola. Nunca fui. Fui criar meu ofício, trabalhava em casa de família, quando eu chegava era tarde da noite, já não dava para estudar. Mas a idade dava, mas o serviço não dava, mas eu aprendi em casa. Analfabeta.	P: A senhora estudou até que ano? R: Até o terceiro. Trabalhava na roça. P: Terceiro primário? R: Terceiro primário.	P: O senhor estudou até que ano? R: 4ª. Série.	P: Casada. Tá. A sra estudou até que ano? R: Até que ano? P: É. R: Até hoje ainda estou no primeiro ano, hihhi P: A sra fez até o primeiro ano então? R: É. Mas não fiz o primeiro ano. Eu tô... Eu quero completá, né. P: Ah certo. R: Porque onde nasci e me criei, na roça... eu chorava para ir para a escola e meu pai não deixava... nem a mãe. Tinha aquela besteira ainda de para não escrever para namorado. Tudo isso ele fala lá, né? E eu chorava para ir porque eu via meus colegas ir para a escola... Ah como eu tinha vontade... Aí depois que eu criei filho.... depois de velha... é que eu estou... na escola.

Bairro	P: Ah, certo. Tá certo. A sra mora em que bairro? R: Moro aqui na Progresso.	P: A senhora mora em que bairro? R: Aqui mesmo, na Vila Progresso.	Mora no Jardim São Vicente	P: O senhor mora em que bairro? R: Moro em Vila Nova Puquiza.	P: A sra mora em que bairro? R: Eu moro aqui na Cidade Nova.
Renda familiar	P: Só em casa? Certo. E qual a renda familiar de vocês? Quanto, quanto...? R: Meu marido tá aposentado. Eu não sou aposentada. Meu marido é. P: Quanto, quanto é a aposentadoria dele? A sra sabe? R: É...uns 300 e pouco. P: E eu filho, seus filhos ajudam em casa? R: É...tem de ajudar se não a gente passa fome. P: Certo. R: Porque não tem... Eu não sou aposentada. Já pejei e não consegui ser aposentada, então... P: E quanto é que os meninos ganham? R: Paga o aluguel de casa. Paga 300 reais o aluguel de casa, então os filhos têm que ajudar, né? P: Eu sei, mas quanto, quanto... A sra sabe quanto eles ganham para poder... O seu marido ganha...? R: Mais ou menos uns 300. P2: Mais o que os meninos ganham dá quanto, né? R: Então, meus filho, um ganha 600,00. P: Certo. R: O outro ganha a base acho que de uns 700,00 também. P: Certo. R: O casado né? Paga a pensão da mulher né?	P: Qual é a sua renda familiar, quer dizer quanto ganha a sua família? R: O salário dele e que recebo de acidente de serviço. Esse mês recebi R\$52,00. P: E ele, ganha quanto? R: Um salário, R\$260,00. P: Quer dizer vocês vivem com R\$260,00 + R\$52,00? R: A gente fazemos toda as economias, né. A casa é nossa, própria. P: O seu filho e a sua nora ajudam? R: Ela ajuda, trabalha ela. Ele não, ele é meio doente da mente. P: Ela ajuda como? R: Ela paga a luz e água.	P: Qual é a sua renda familiar? Eu sou aposentada por tempo de serviço, tenho 30 anos de trabalho. Era tecelã e tenho a pensão do meu marido. P: E quanto é? R: Minha renda dá mais ou menos uns 600 e pouco. P: A sua renda com a dele? R: Isso.	P: E qual é a renda familiar? Quanto de dinheiro entra na sua casa? R: Na minha casa só entra o ordenadinho meu. Um salário mínimo. Minha filha não trabalha, agora é que está procurando serviço.	P: Certo. Qual a renda da... do... renda... quanto, quanto dinheiro... quanto quanto... R: Ih minha filha um salário mínimo só. P: Só um salário mínimo? R: Não dá para nada. Meus filhos que me ajudam. P: Com um salário mínimo? R: É. P: E para os dois um salário? R: É. E pago água, pago a luz. Não sobre nem dinheiro para comprar remédio. Os menino é quem dá, meus filhos. P: Certo R: Que eu tenho um filho que é polícia e é ele que ajuda. P: Ele ajuda com quanto? R: Ih de vez em quando ele dá 10. De vez em quando. Agora que ele não pode dar mais nada porque se envolveu af com uma... com uma mulher que... Deixou a dele e viveu... e está vivendo com uma mulher, mas ele vai sair fora dela. Tenho fê em Deus. P: A sra... R: E a mulher tem uma menina de... de 3 anos e ele tem um menino... ele tem 2 meninos. E está agora está cuidando dessa mulher. Como é quem... Pagando aluguel de casa, ele dentro de casa, tudo... Pagando aluguel de casa para mulher.

Constituição familiar	<p>P: Certo. A sra. mora com quem?</p> <p>R: Eu moro com a minha família.</p> <p>P: E quem é a sua família?</p> <p>R: Meus dois filhos.</p> <p>P: E qual a idade desses filhos?</p> <p>R: Um tem 30 anos, casado e outro tem 26.</p> <p>P: E esse casado, ele tem..., ele mora com a mulher também na sua casa?</p> <p>R: Não, ele está separado.</p> <p>P: Certo. Então mora a sra. o seu marido e 2 filhos.</p> <p>R: Sim, sim. <i>Balança a cabeça afirmativamente.</i></p> <p>P: Um tem 30 anos e o... P2: 26.</p>	<p>P: A senhora mora com quem?</p> <p>R: Moro sozinha. Fiquei viúva, moro sozinha.</p>	<p>P: O senhor mora com quem?</p> <p>R. Minha família.</p> <p>P. Quem é a sua família?</p> <p>R. A Silva, Braz da Cunha.</p> <p>P. O senhor vive só com a sua mulher?</p> <p>R. E os filhos.</p> <p>P. Quantos filhos.</p> <p>R. Sete filhos.</p> <p>P. O senhor mora com eles ou eles moram com o senhor?</p> <p>R. Tem uns casados que já estão separados já.</p> <p>P. Eles moram com o senhor?</p> <p>R. Que mora comigo é só uma.</p> <p>P. Então na sua casa mora o senhor, a sua mulher e uma filha.</p> <p>P. Quantos anos ela tem?</p> <p>R. 16.</p>	<p>P: Certo. A sra. mora com quem?</p> <p>R: Com o meu marido. Assim mesmo doente. É doente da cabeça ele. Esqueceu de tudo. Foi a (???) que fez isso com ele.</p>
Situação ocupacional	<p>P: 26. Certo. Abhhh... A sra. trabalha?</p> <p>R: Só em casa.</p>	<p>P: A senhora trabalha?</p> <p>R. Estou sendo assistente de uma advogada, que a gente está fazendo o uso capião do meu bairro. Sou assistente dela.</p>	<p>P: O senhor trabalha.</p> <p>R. Não.</p> <p>P: O senhor é aposentado?</p> <p>R. Sou por aposentado por tempo de ser... por idade</p>	<p>P: Certo... Ah tá. A sra.... A sra. trabalha?</p> <p>R: Eu não. Trabalho em casa.</p>
Conhece o guia	<p>P: Na Progresso. Certo. A sra. algum dia viu esse guia?</p> <p>Pausa</p> <p><i>Balança a cabeça negativamente.</i></p>	<p>P: A senhora conhece esse guia. Já viu em algum lugar?</p> <p>R. Tenho visto mas não tenho pegado não.</p>	<p>P: O senhor alguma dia viu esse guia?</p> <p>R. Não.</p>	<p>P: A sra. conhece esse guia?</p> <p>R: Hum?</p> <p>P: A sra. conhece esse guia?</p> <p>R: (pausa) Esse aqui?</p> <p>P: Já viu em algum lugar?</p> <p>R: (pausa) Vi não. Não conheço não.</p> <p>P: Não?</p> <p>R: Não.</p>

Televisão	<p>P: Agora eu vou perguntar para a sra... Digamos assim... A sra sabe que tem televisão, tem rádio, tem jornal, e o que a sra acha desses veículos pra melhorar a saúde do idoso e melhorar também a qualidade de vida do idoso. O que a sra acha da televisão? É com relação a isso, a melhorar a saúde do idoso e a qualidade de vida do idoso. O que que a sra acha?</p> <p>R: Ah... Eu não assisto muito televisão não.</p> <p>P: Não? Uhm... A sra não gosta?</p> <p>R: Ah eu não gosto, não posso.... Eu não fico firmando as vista porque tenho pobreria nas vista então eu não...(ruído) passa um jornal, às vezes eu to perto assisto, às vezes não.</p>	<p>P: Agora vou perguntar para a senhora Veículos de comunicação é tudo o que a senhora vê, ouve ou lê para poder se informar para melhor a sua saúde e sua qualidade de vida. Vou perguntar o que a senhora acha de cada um? O que a senhora acha da televisão?</p> <p>R... O mia fia acho que a TV, eu penso que prejudica muito as crianças. Eu tenho dois netos mesmo que se envolve muito nisso. A mãe agora mesmo foi operada, que ela trabalha. E a menina só em cima da televisão. Isso prejudica estudo, prejudica serviço.</p> <p>P: A senhora acha que na televisão tem alguma informação que melhora a sua saúde?</p> <p>R: Mia fia só pelas notícia que passa, as vez uma notícia dura aposentadoria de qualquer coisa melhora.</p>	<p>P. Vou perguntar para o senhor, digamos assim, para melhorar de saúde, para viver bem, vou perguntar sobre os veículos de comunicação, televisão, rádio, jornal. O que o senhor acha deles, com relação que eles veiculam, que eles dão. O que o senhor acha da televisão?</p> <p>R: Quase não assisto televisão. Novela eu já não gosto. Única coisa que eu assisto é jornal. É só notícia só.</p> <p>P: E o que o senhor acha do jornal, ele manda informação para o idoso?</p> <p>R: é algumas coisas boa e outras coisas ruim. Mais ou menos.</p>	<p>P: Eu vou, eu... eu vou perguntar para a sra sobre televisão, rádio, jornal. É... do que acha... é... se eles são bons para... O que eles... O que... Qual a sua opinião para informar sobre a saúde do idoso e como melhorar a qualidade de vida do idoso.</p> <p>R: Eita... Mas está ruim a saúde do idoso.</p> <p>P: A televisão. O que a sra acha da televisão?</p> <p>R: A televisão, (???) eu acho que não está muito boa não, viu.</p> <p>P: Sim. Por que?</p> <p>R: Porque só aparece é... esse negócio de... sei lá... de pessoas... fazendo... sexo... essas coisas aí na televisão. A gente não... não é muito bom, né?</p> <p>P: E para melhorar a saúde do idoso? O que a sra acha?</p> <p>R: Para melhorar tem que melhorar mesmo porque não está bom.</p> <p>P: Não. Na televisão? Mas assim, na, na televisão, a sra acha que a televisão informa sobre a saúde, a sra, quando a sra assiste televisão, a sra acha que, que a televisão fala lá o que a sra precisa fazer para ter saúde boa.</p> <p>A televisão fala essas coisas?</p> <p>R: É, às vezes eles informa lá, mas... quer melhorar o que? A gente vai lá, nós vai lá no posto de saúde... Tem um posto ali da minha casa que para mim não vale nada porque... é só para medir a diabete, e só só atende a gente com... dão um, um papel para a gente ir no posto de saúde aí em São Miguel... mandado daí de onde eu moro, e as vezes chega lá não tem vaga... volta para traz sem consulta sem nada. Lá não atende a gente bem, aí no posto de São Miguel. Não atende não.</p>
-----------	--	--	--	---

Rádio	<p>P: Certo. E rádio?</p> <p>R: Eu também não gosto de rádio.</p> <p>P: A sra (ruído) rádio?</p> <p>R: Não.</p>	<p>P: E o rádio, para a senhora melhorar sua saúde?</p> <p>R: O rádio também assim pelas notícias que a gente sabe. né A TV pelo que vê os acontecimentos. E o rádio também fala coisa boa, o rádio é bom também, né. Muitas notícias boa vem pelo rádio também. A televisão não é mal, mais prejudica muita gente, pessoas que se ilude muito em novela e nessas coisas, não trabalha nem pra vive. Porque tem senhora de idade e moças novas, moças que estuda se ilude tanto na televisão que atrasa os estudos, atrasa o serviço, atrasa o meio de ganhar o pão de cada dia. É só prejudicamento, é só isso.</p>	<p>P: E rádio?</p> <p>R: Rádio é CBN. Pra notícia é ela, agora pra música é as outras.</p>	<p>P: E rádio, o que o senhor acha do rádio?</p> <p>R: Do rádio?</p> <p>P: É o rádio, para mandar informação para o senhor. Faça isso, faça aquilo? É bom fazer isso. Não é bom fazer aquilo? O que o senhor acha de informação para o idoso?</p> <p>R: é bom.</p> <p>P: O senhor ouve rádio?</p> <p>R: eu ouvo. Assisto.</p>	<p>P: E rádio. O que a sra acha? O rádio ajuda?</p> <p>R: O rádio às vezes ajuda sim. Eu ouço de vez em quando. Eu gosto de assistir. Avisa, eles avisa, né? Informação que surge. É. Eu gosto do rádio. Ele dá umas informação melhor que na televisão.</p>
Jornal	<p>P: Certo. E jornal? Jornal escrito, a sra chega, tem a</p> <p>R: Eu não leio. Não posso afirmar as vista.</p> <p>P: Ah certo.</p> <p>R: Eu tenho problema de garcoma e catarata. Faço tratamento né, então...</p>	<p>P: A senhora lê ou vê jornal?</p> <p>R: Não leio mia fia. Não leio nada, só quando escuto assim na televisão.</p>	<p>P: E jornal a senhora lê jornal?</p> <p>R: Eu assisto jornal e leio jornal direto.</p> <p>P: A senhora acha que ele informa bem ao idoso?</p> <p>R: Ele informa sim, se procurar ler. Aquele que não procura ler, não está informado. Agora, televisão é o que mais...o Jornal Nacional eu não deixo de assistir. ?Assisto muito também, quando estou em casa. CBN. CBN ela atualiza bastante você.</p>	<p>P: O jornal escrito? O senhor lê jornal?</p> <p>R: O jornal que eu gosto é só o Jornal Nacional.</p> <p>P: Mas o jornal de folhear, de papel?</p> <p>R: Não ligo pra jornal não. Jornal é só muita propaganda enganosa.</p>	<p>P: E jornal? Jornal escrito assim? A sra tem?</p> <p>R: Do...?</p> <p>P: Jornal assim... De papel...</p> <p>R: Ah sim... Eu não, não chego perto para, para ler porque eu, uma que eu não sei e meu marido não entende de nada.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Às vezes os meninos vai lá, eu, quando eu me lembro, eu mando eles ver, né. Mas é difícil eu ter jornal em casa para ler, né.</p>
Revista	<p>P: Certo. E revista também então a sra. também não lê?</p> <p>(Pausa)</p> <p><i>balança a cabeça negativamente</i></p>	<p>P: E revistas, vê revistas?</p> <p>R: Revista também não.</p>	<p>P: E revista? A senhora lê?</p> <p>R: revista quase não leio, uma que eu não tenho tempo. Tempo que tenho. Que nem agora estamos de greve no fórum, o poder judiciário está de greve. Um monte de processo está tudo parado.</p>	<p>P: E revista, o senhor lê alguma revista?</p> <p>R: Não gosto de revista também.</p>	<p>P: E revista?</p> <p>R: Também. A mesma coisa.</p>

Cartilha	<p>P: E cartilha? A sra tem outra cartilha? Tem, já possuiu alguma cartilha...?</p> <p>R: Não. Eu só tenho a minha bíblia só, que eu leio a bíblia.</p>	<p>P: A senhora já viu alguma cartilha médica?</p> <p>R: Não vi minha fia. Porque eu pouco enxergo, eu ando assim, mas a vista é muito ruim.</p>	<p>P: E cartilha, a senhora tem alguma? R: Eu não tenho mas gostaria de ter.</p>	<p>P: E cartilha médica, o senhor tem alguma cartilha médica?</p> <p>R: Não.</p>	<p>P: Certo. E a sra. É... Tipo dessa cartilha, a sra conhecia outra cartilha, já viu outra cartilha, desse tipo que ajude o idoso?</p> <p>R: Não.</p> <p>P: Nunca viu?</p> <p>R: Não, nunca vi não. Esses dois aí eu não conheço não. Agora, se passa na televisão eu não prestei atenção, né. Mas eu acho que passa sim, né. Os dois.</p>
Palestra	<p>P: Certo. E palestra? A sra já participou... gosta de participar?</p> <p>R: É muito difícil. Não saio de casa, só saio para ir no médico e no posto pegar um remédio... só.</p>	<p>P: A senhora já ouviu alguma palestra?</p> <p>R: Palestra de assim...</p> <p>P: Palestra para falar isso, faça aquilo para melhorar sua saúde.</p> <p>R: Aqui já vi. Elas me ensinam muitas coisas.</p> <p>P: E o que a senhora acha?</p> <p>R: É bom. Porque eu mesma comia pouca verdura e os médicos aqui me informaram: a senhora coma muita verdura para sua saúde, que é muito bom. Eles têm me ensinado muitas coisa que eu tenho milhorado com o que eles ensinam aqui.</p>	<p>P: E palestra, o que a senhora acha de palestra?</p> <p>R: Nossa! Adoro palestra. Qualquer palestra, não é só da religião católica. Aonde estiver que teve palestra estou nom meio porque eu adoro palestra.</p> <p>P: E para saúde você acha que melhora?</p> <p>R: Eu acredito que sim, ter esse meio de comunicação sobre a saúde eu acho que vai... até porque a nossa área da saúde está muito ruim a nossa área da saúde.</p>	<p>P: Onde o senhor assiste?</p> <p>P: Onde tive uma palestra mi convidando eu vou</p> <p>P: E o que o senhor acha das palestras?</p> <p>R: É bom.</p> <p>P: Porque o senhor acha que é bom?</p> <p>R: É bom, porque o que eles falam é só bem da gente num fala né nada demais</p>	<p>P: E palestra? Palestra? A sra gosta de palestra?</p> <p>R: Ah, eu gosto que a gente conversando se entende melhor né?</p> <p>P: Hum hum.</p> <p>R: O que quis dizer né? É muito melhor!</p> <p>P: A sra já participou de alguma palestra?</p> <p>R: Se não me engano já participei aqui, é da.... (pausa) Está com tempo isso. Nem me lembro mais, mas já participei de uma palestra aí. Da diabete, eles ensinando, entendeu?</p> <p>P: Hum hum.</p> <p>R: Como é que deve fazer...</p>

Recado	<p>P: Tá. Se a sra pudesse mandar um recado para a secretaria municipal de saúde pedindo alguma coisa, o que a sra pediria?</p> <p>R: Ah. Pediria para ajudar, né, o povo. Coitado do povo, não tem... uma situação muito difícil e às vezes vai num posto pegar um remédio e os remédio tudo caro. Não tem os remédio que necessita, né. Que nem, eu tomo muito remédio, né, que tem no posto eu (ruído). Porque é difícil né, pra a gente.</p>	<p>P: Se a senhora pudesse pedir alguma coisa para a Secretaria Municipal da Saúde em benefício dos idosos, o que a senhora pediria?</p> <p>R: Deixa eu vê mia fia o que eu poderia pedir. Era só um aumento da minha aposentadoria. Porque isso aqui foi acidente de serviço. Eu recebo R\$51,00, agora as vezes como eles passam remédio que não tem aqui. Eu vou comprar e não compro. Como a ostoporose mesmo eu não compro porque é muito caro. As vezes eu ando nos postos e não encontro. Porque remédio caro é difícil. Só os mais baratos. E agente tem vontade comprar e não compra, porque não tem dinheiro, né. Eu tenho filho, mas as vezes são pobre, tem dívida, tem filho. As vezes eles me ajuda, recebe um tiquetinho e me dá para comprar uma mistura, mas não dá. A gente vive pela fé, pela fé minha fia. O veto também teve derrame e eu sei que ele pega remédio aqui. As vezes me dá um pouco do pagamento, quando tenho que comprar um remédio mais caro. Eu não compro, falo a verdade, eu não compro, porque eu prefiro comer o alimento, porque me fortalece. O remédio eu levo daqui.</p>	<p>P: Se a senhora pudesse mandar um recado para a Secretaria Municipal de Saúde, o que o senhor diria para ela.</p> <p>R. O que está faltando, com relação ao idoso?</p> <p>P: O que está faltando? Falta muita coisa.</p> <p>P.O que poderia ajudar mais o idoso, pense no senhor e em outras pessoas.</p> <p>R. Os atendimento melhor. Que os governos pouco ta ligando pro idoso. O governo só liga para eles. Os coitados dos idosos está abandonado.</p> <p>P. O que é um atendimento melhor?</p> <p>R. Você vai nos no Pronto Socorro nesses hospitais aí é a maior dificuldade pra você e arrumar alguma coisa, pra atender a gente, você enfrenta uma fila que fica quase o dia todo na fila.</p> <p>P. Mesmo o idoso?</p> <p>R. O idoso? Mesmo o idoso.</p> <p>P. Obrigada</p>	<p>P: E se, se a sra pudesse mandar um recado para... fazer um pedido para a Secretaria Municipal de Saúde, o que a sra pediria para o idoso?</p> <p>R: Eu pediria para eles mandarem melhorar lá no posto de São Miguel porque está um, uma, uma porcaria.</p> <p>P: É?</p> <p>R: Não está valendo nada. A gente chega lá, às vezes chega lá, tem que levar... a gente vai lá, vou lá, levo meus documentos, né. Os documentos de lá que eles deu para a gente. Aí manda que a gente vai, vá nesse posto aí, perto de onde eu moro, na Cidade Nova de São Miguel, para poder o médico marcar uma consulta, uma fila como daqui lá embaixo, ou maior.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Para pegar uma consulta, para poder ele, ele dar o papel, para a gente ir, ir para lá.</p> <p>P: Mesmo para o idoso?</p> <p>R: E chega lá... Mesmo para idoso, minha filha! É uma fila que a gente fica assim ó. Tonto! Uma vez eu fui lá, era... Sai de casa era quase... Me organizei, era quase 3 horas da manhã. Era uma fila que Deus que me livre que eu quase que vim embora. Uma fila que quando chega a minha vez e a vez e a vez de quem estava atrás de mim, aí foi um rebuliço! E nesse dia... sim. E eles dão um papel para a gente... Não tem um negócio que...</p> <p>P: Senha?</p> <p>R: Toca para chamar, então... (Interrupção: "Está gravando. Está Hihibi") Via... Eles, eles dão um papel para a gente ficar esperando, esperando, esperando... quando vem atender a</p>
--------	--	--	--	--

CAMPO LIMPO	Alice Maria de Jesus Tito	Edi de Jesus Silva	Isabel Teresa Gama Freitas	Leonildo Avena	Virgínia de Souza do Espírito Santo
Nome	P: Vou pedir para a senhora falar o seu nome completo. R. Alice Maria de Jesus Tito.	P: Vou pedir para a senhora falar o seu nome completo. R. Edi de Jesus Silva.	P: Vou pedir para a senhora falar o seu nome e a sua idade. R. Isabel Teresa Gama Freitas.	P: Vou pedir para o senhor falar o seu nome completo e a sua idade, com bastante calma. R. Me chamo Leonildo Avena, tenho 75 anos, e me sinto novo, me sinto como um moço, não mostro a idade que eu tenho. Outro dia fizemos um casamento aqui, aí....	P: Qual é o seu nome? R. Virgínia de Souza do Espírito Santo.
Idade	P: E quanto anos a senhora tem? R. 70, fiz agora.	P: Quanto anos a senhora tem. R. Tenho quarenta. Não tenho 64 anos. Vou fazer 65 em outubro já.	Idade 66 anos.	P: Qual é o seu estado civil? R. Solteira, já tive um acompanhante, mas agora estou solteira.	P: Qual a sua idade R: Meia quatro.
Estado Civil	P: Qual é o seu estado civil? R. Era casada mas agora estou viúva.	P: Qual o seu estado civil? R. Casada.	P: Qual é o seu estado civil: R. Solteira, já tive um acompanhante, mas agora estou solteira.	P: Qual é o seu estado civil R: Viúvo.	P: Qual o seu estado civil? R: Casada.
Escolaridade	P: A senhora estudou até que ano? R: Quase nada. Uns dois anos e pouco. P: A senhora chegou a fazer completo. O primeiro ano ou segundo primário? R: Nada disso. A gente morava no mato, na roça, né. Não tinha oportunidade disso.	P: A senhora estudou até que ano? R. Até 3ª série só.	P: A senhora estudou até que ano? R. Primeiro ano. P: Primeiro ano primário? R. Isso.	P: O senhor estudou até que ano? R. Até 4ª série. Na época era o quarto ano primário né, completo.	P: A senhora estudou até que ano? R. Até a 4ª Série. Na época era o quarto ano primário né, completo.
Bairro	P: A senhora mora em que bairro? R. Aqui mesmo no Jardim Maria Virgínia.	P: A senhora mora onde? R. Ai no Jardim Paris.	P: A senhora mora em que bairro? R. Jardim Olinda.	P: O senhor mora em que bairro: R. Jardim Catanduva, aqui mesmo, retrado um quarteirão.	SEM INFORMAÇÃO
Renda Familiar	P: Qual é a sua renda familiar? R. Da família? (...) P: Eles ajudam em casa? R: Ajudam. Eles que cuida da casa. P: A senhora não tem pensão? R. Agora tenho a pensão do marido. P: De quanto é essa pensão? R. De R\$240,00 é R\$260,00. P: Eles ajudam em casa com quanto? A senhora lembra? R: Eles arca com tudo. P: A senhora sabe de quanto é a despesa da casa? R. A despesa deles é grande de 2 a 3 mil por mês, com tudo.	P: Qual é a sua renda familiar? R. É R\$900,00, é do meu esposo e o meu. P: O seu esposo é aposentado? R. É.	P: Qual é a sua renda familiar? R. Sou aposentada. Dois salários. (...) P: Ele ajuda em casa? R. Ajuda sim. P: Ele participa com quanto? R. Com uns 400 e pouco. Não tenho aluguel. Casa própria.	P: Qual é a sua renda familiar? R. Uma base de 3 salários. Sou aposentado com 3 salários mínimos. Mas sempre os meus filhos alguma coisa me ajuda.	P: Qual é a sua renda familiar? R. A renda familiar é a do marido. Funcionário público não consegue aposentar esposa né? Só se ela pagar os honorários. E eu como ganhava pouco e não pagava, agora diz que não aposenta né? Então eu vivo com o ordenadinho do marido aposentado do Estado, R\$600,00.

Constituição familiar	P. É, com quem a senhora mora. R. Moro com a minha filha e o genro e os netos. P. Quantos netos? R. Três neto. P. Qual é a idade da sua filha? R. Ela vai fazer 40 e.... Esqueci. Acho que . P. E o seu genro? R. Ele é mais novo que ela. Tem 40... Ah os dois .Ela.. Estou com a cabeça tão longe...Ela tem quase 50 já.	P. A senhora mora com quem? R. Com o meu esposo, nos dois.	P. A senhora mora com quem? R. Com o companheiro.	P. O senhor mora com quem? R. Sozinho. Ha...Faz dez meses que a mulher faleceu, daí fiquei sozinho.	P. A senhora mora com quem? R. Moro com o marido só.
	P. A senhora trabalha? R. Não. P. A senhora conhece esse Guia. Já viu? R: Não vi não. As vezes a gente pode ver mas não lembra né.	P. A senhora trabalha? R. Não trabalho mais.	P. A senhora trabalha? R. Não. P. A senhora conhece esse guia? R. Não conheço. <i>(Folheia o guia.)</i>	SEM INFORMAÇÃO P. O senhor conhece esse guia? R. Mais e melhor...Nunca vi não. Nunca vi.	P. A senhora trabalha? R. Não. P. A senhora conhece esse guia? R. Não.
Situação Ocupacional					
Conhece o guia					

Televisão	<p>P. O que a senhora acha, vou falar os veículos de comunicação, para melhorar a vida do idoso, para melhorar a saúde do idoso. O que a senhora acha da televisão?</p> <p>R. Quase não assisto muito televisão, a única coisa que assisto mais é novela. As outras coisas não assisto muito.</p>	<p>P. Vou perguntar para a senhora o que acha dos veículos de comunicação, para melhorar a vida do idoso, para melhorar a saúde do idoso. O que a senhora acha da televisão?</p> <p>R. Da televisão? Não tem nada que melhore a vida do idoso. Eu Assisto um pouco de Cidade Aleria e mais é um programa evangélico que tem né eu assisto. Mas não existe nada que melhore a vida do idoso na televisão eu acho.</p>	<p>P. Agora vou perguntar a senhora, para ajudar ao idoso na saúde e na vida dele. O que a senhora acha da televisão.</p> <p>R. Eu gosto da televisão, assisto muito mais é novela. Isso não perco dia nenhum.</p>	<p>P. Agora vou perguntar para o senhor, sobre os veículos de comunicação, o que o senhor acha destes veículo para melhorar a saúde e a qualidade de vida do idoso? Da televisão o que o senhor acha?</p> <p>R. Bom a televisão tem alguma coisa que se aproveita, que dá pra vê tudo, mas também tem muita coisa lá que não serve para idoso nem para novo. Mas tem muita coisa na televisão que ajuda.</p> <p>P. Ajuda como?</p> <p>R. Ajuda, han ..han Principalmente o canal 2, que é a Cultura sempre lá é melhor que as vezes outros canais, conforme filmes ai, então..</p>	<p>P. Vou perguntar para a senhora o que acha dos veículos de comunicação, para melhorar a vida do idoso, para melhorar a saúde do idoso. O que a senhora acha da televisão?</p> <p>R. Acho que a televisão a gente tem que optar. Tem muita balela mas tem coisas boas né? Eu a tarde assim assisto o Clodovil na televisão. Mas já levanto de manhã ligando o meu rádio, começo do Eli Correa, assisto um pouco Paulo Barbosa, depois ponho na Globo assisto acho que é Mactiel, não sei nem o nome dele direito. Então quando vai dar na televisão a tarde as notícias já sei tudo o que informou pelo rádio né? Tanto na Capital quanto na Globo passa todo dia de hora em hora passa o repórter. A gente fica muito bem informado. Com o rádio você está ali agitando. À tarde, quando repousa um pouquinho pega na televisão para descansar um pouco né mas eu acho queo importante é a gente estar sempre por dentro da situação.</p> <p>P. Sobre o idoso tem alguma coisa?</p> <p>R. Ah sobre o idoso tem hora que fala, tem hora que fala tem hora que vem as notícias. Depende da situação, não é assim tão informativo. Mas esse programa da Globo, das 10h00 da manhã ele está fazendo uma parte pra pessoas se defender, seja lá o calzo que que for. Seja di saúde, seja mal trato de idoso, seja di... o que for. Então esse programa é assim, muito ativo sabe, ele é muito família. É das dez a uma da tarde, na Globo.</p>
-----------	---	--	--	--	--

Rádio	<p>P. E rádio, a senhora ouve rádio?</p> <p>R. Ah rádio ouço. Ouço mas não presto atenção nas coisas que passam, é é é.</p>	<p>P. E rádio?</p> <p>R. Rádio não assisto rádio. Não tenho rádio.</p> <p>P. Não tem rádio?</p> <p>R. Não tenho rádio. Não tenho mesmo, não comprei ainda, não deu, o dinheiro está curto.</p>	<p>P. E rádio?</p> <p>R. Gosto também de ouvir o rádio. O rádio é uma distração.</p> <p>P. A senhora acha que ajuda o idoso? Tem alguma coisa em benefício do idoso ou não?</p> <p>R. Acho que sim. É bom.</p>	<p>P. E rádio, o que o senhor acha?</p> <p>R. rádio ouço todo dia. Sempre é bom também. Também alguma coisa sempre se aproveita né, não tudo. Mas alguma coisa sempre aproveita bem do rádio também.</p>	<p>Então quando vai dar na televisão a tarde as notícias já sei tudo o que informou pelo rádio né? Tanto na Capital quanto na Globo passa todo dia de hora em hora passa o repórter. A gente fica muito bem informado. Com o rádio você está ali agitando. À tarde, quando repousa um pouquinho pega na televisão para descansar um pouco né mas eu acho queo importante é a gente estar sempre por dentro da situação.</p>
Jornal	<p>P. E jornal, a senhora lê jornal?</p> <p>R. Não leio porque a vista não é boa mais. Destruíram as duas vistas, então não consigo ler mais nada.</p> <p>P. Seu problema de vista qual é?</p> <p>R. É catarata. Destruíram as duas vistas.</p>	<p>P. E jornal?</p> <p>R. Não leio também não.</p>	<p>P. E jornal? A sra lê jornal?</p> <p>R. Jornal de vez em quando também.</p>	<p>P. E jornal, o q o se acha do jornal?</p> <p>R. Jornal escrito?</p> <p>P. É.</p> <p>R. Também eu leio todo dia.</p> <p>P. O senhor lê que jornal?</p> <p>R. É costume muito ler o Diário de São Paulo. Outro dia leio Estado. Domingo leio O Estado, a Folha. Dia de semana leio o Diário de S. Paulo.</p>	<p>P. A senhora lê jornal?</p> <p>R. Jornal sou muito preguiçosa. A gente é pobre e quase não compra, não lê.</p>
Revista	<p>P. E revista, a senhora também não lê?</p> <p>R. Não, não não leio. Com tudo quase não enxergo letra miúda.</p>	<p>P. E revista?</p> <p>R. Também não.</p>	<p>P. E revista?</p> <p>R. Revista é muito pouco. De vez em quando eu leio, mas é bem pouco.</p>	<p>P. E revista? O senhor lê revista?</p> <p>R. revista quase muito pouco né.</p>	<p>P. E revista?</p> <p>Revista: estava comprando a revista Sobretudo e parei de comprar. Estava fazendo coleção, da Mais Feliz, por causa de umas que vinha umas ginástica né? Mas depois. Parou de vir a receita e ginástica já faço aqui então parei de comprar toda semana. A pessoa até me guardava, quando eu não ia pegar acumulava duas revistas na semana, agora não estou pegando mais.</p>

Cartilha	<p>P. E cartilha a senhora tem alguma? Já viu alguma?</p> <p>R. Não, não tenho.</p>	<p>P. E cartilha médica, a senhora tem alguma?</p> <p>R. Nunca tive, nunca tive cartilha médica.</p>	<p>P. E cartilha?</p> <p>R. Cartilha também não.</p>	<p>P. E cartilha. O senhor já viu alguma cartilha? Tem alguma cartilha?</p> <p>R. Hum. É, (folheando) já isso aqui eu já fiz no Hospital das Clínicas. Lá eu já fiz esse negócio de saúde, tudo. Já passei com.. então ela dá alimento. O que deve comer, o que sente bem pela idade. O que não deve comer, né. Lá a nutrição lá, né. Sempre é bom né?</p>	<p>P. E cartilha médica? A senhora conhece outra, além dessa?</p> <p>R. Aqui no posto já deram sobre a diabete. Eu tenho já. Aqui no Posto já deram. Porque que. fazia parte do grupo de diabetes, então mas como a minha diabetes é controlada, Graças a Deus, eu sai do grupo Mas eu tenho todos os folhetinhos lá em casa todas as agendas lá.</p> <p>P. A senhora acha que é uma boa coisa?</p> <p>R. Ah precisa né. Porque sempre um neto se interessa pra ler, um filho lê, vai ver como qui... vai descobrir a doença daquela pessoa que convivendo com ela, porque às vezes ele ignora né. Os folhetos é muito bom, os folheto se um lê outro lê. Se tem 10 itens, não há muita vantagem os 10, um ou dois a pessoa sempre guarda, sempre ajuda né? Os folhetos ajuda muito na saúde pública que é precária. Não é verdade?</p>
Palestra	<p>P. E palestra a senhora já foi a alguma palestra? O que a senhora acha de palestra? Palestra ensinando as coisas para o idoso.</p> <p>R. Não tenho sentido o que a gente viu naquela vez..Ela é enfermeira ele num eu quem cria as crianças., não tinha espaço de sair de fazer ginástica nada.</p>	<p>P. E Palestra?</p> <p>R. Oia eu nunca foi a uma palestra. Parecendo alguma eu vou eu gosto de palestra. Mas ultimamente... nunca fui a palestra.</p> <p>P. Não tem tido palestra ?</p> <p>R. Nunca vi uma palestra.</p> <p>P. Aqui no posto não tem?</p> <p>R. Aqui no posto não tem. É a primeira palestra que tem (confundiu a entrevista, com palestra). Aqui no posto é.</p>	<p>P. E palestra?</p> <p>R. Palestra não.</p> <p>P. A senhora nunca foi.</p> <p>R. Assisto pela televisão.</p>	<p>P. E palestra? O senhor vai a palestra?</p> <p>R. You, quando tem assim palestra. alguma palestra, sempre vou.</p> <p>P. O senhor lembra de alguma palestra que tenha ido?</p> <p>R. Hum Palestra as vezes de nutrição como aqui faz. Aqui, por exemplo, eu sempre faço aqui fazemo exercício tudo aqui.. Ela explica como que faz, pra que serve, pra que é bom. Eu por exemplo, tinha primeiro dor nas cadeiras e agora não tenho mais</p> <p>Perna também, sempre tive problema de perna e agora não tenho mais. Agora eu pulo, viro. Inclusive esses dias nós fizemos festa aqui no Posto, casamento capira . Uma enfermeira foi a noiva e eu fui o noivo. Sorri bastante. Eu fui.</p>	<p>P. E palestra?</p> <p>R. Palestra quando tem aqui no posto, uma vez ou outra a gente é convidado a gente vem né, mas é mais difícil.</p>

Recado	<p>P. Se a senhora pudesse pedir alguma coisa para a Secretaria Municipal de Saúde para o idoso o que a senhora pediria?</p> <p>R. Ah eu pediria para bastante tratamentos e remédios, médico, todas essas coisas, né. Eu tenho uns problemas tão. Eu tenho problemas de osteoporose nossa! Demais. Preciso fazer esse tratamento essas coisas. Tratamento para os idosos.</p>	<p>P. Se a senhora pudesse mandar um recado para a Secretaria Municipal de Saúde, para melhorar a vida do idoso, o que a senhora pediria?</p> <p>R. Eu pediria mais médicos, porque as consultas é muito prolongada. Mais médico para consultar mais os idosos. A gente marca uma consulta hoje pra daqui a três quatro mês. Demora muito. Quando a gente chega até lá, a gente não tem mais o que contar. É, não tem mais o que contar. Entendeu? Precisaria mais médico para atender a gente. Assim a vida do idoso seria bem melhor.</p>	<p>P. Se a senhora pudesse mandar um recado para a Secretaria Municipal de Saúde para ajudar o idoso, o que a senhora diria?</p> <p>R. Ajuda? Alguma coisa que pudesse ao meu alcance né. Também alguma coisa que eu não pudesse ajudar...Conforme eu pudesse ajudar.</p> <p>P. Não. A Secretaria ajudar ao idoso, não a senhora ajudar ao idoso. O que a senhora acha que está faltando a Secretaria Municipal de Saúde para ajudar ao idoso?</p> <p>R. Não sei o que falta ao idoso na Secretaria. Não sei opinar.</p>	<p>P. Se o senhor tivesse que mandar um recado para a Secretaria Municipal de Saúde, para melhorar a vida do idoso, o que o senhor diria?</p> <p>R. Olhe Para melhorar eles tem que. Já fizeram bastante coisa, que é o bilhete pro idoso viajar de ônibus, de perua. Já tem o bilhete, já ajudaram.</p> <p>P. E na saúde?</p> <p>No sistema da saúde ele tem que .Muito idoso aqui não consegue remédio para tomar. Posto tem muito pouco. Eu não reclamo, porque pego meus remédios no Instituto do Coração e no Hospital das Clínicas. Tenho lá ficha e a cada seis meses tenho médico lá. Faço lá um colosso de exame. Tira sangue, faz vários tipos de exame. Depois tenho médico, passo com o médico, que vê tudo como está. Se achar que tem alguma coisa, fui internado várias vezes lá para fazer exame extra. Já fiz lá, já fiz exame tudo. E lá me tratam muito bem não tenho do que me deixar</p>	<p>P. Se a senhora tivesse que mandar um Recado para a Secretaria Municipal de Saúde, para ajudar ao idoso, o que a senhora pediria?</p> <p>R. Ah que eu pediria? Eu como dependo do Hospital do Servidor Público Francisco Morato, que é lá na Pedro de Toledo. Eu achava qui quando inaugurou aquilo lá era um Hospital. Hoje em dia a gente nem sabe o que é, a gente só vai lá quando está mesmo já passada, que chega lá já... chega quase em óbito. Não tem condições. Porque uma consulta vai 6, 8 meses quase um ano para marcar. A gente se vira um poquinho no Posto. E vai quebrando o galho. A não ser que precise num sábado ou domingo a gente vai ou no Campo Limpo que é mais próximo ou senão vai no Servidor Público, que é o meu direito, mas chega lá também não tem muito direito porque chega lá e fica a Deus dar. Então a saúde, precisamente a saúde, teria de ter assim um pulso firme para ajudar, não só os idosos. como todos, mas está muito carente a saúde no Brasil.</p> <p>P. Obrigada.</p> <p>R. Deus te abençoe.</p>
--------	--	---	--	---	--

VILA ROMANA	Francisco Rodrigues	Joanina Lupareli Ludovico de Campos	Odovaldo Sekiosa	Paulo de Melo	Tsai Shao Kuang
Nome	P: Eu preciso segurar? Ou você... P2: Não... Pode deixar que eu seguro. Pode falar. O nome e a idade. R: Meu nome é Francisco Rodrigues.	P: A sra pode falar o nome e a idade. R: Meu nome é Joanina Lupareli Ludovico de Campos.	R: Meu nome é Odovaldo Sekiosa e eu sou aposentado pela cia, pela Telesp, amiga Cia Telefônica da cidade de São Paulo.	P: Qual o seu nome? R: Meu nome é Paulo de Melo,	P2: Pode falar. Seu nome. R: Meu nome é Tsai Shao Kuang, chinês e naturalizado bla, brasileiro, né? Que mais?
Idade	Eu tenho 79 anos e meio.	R: Eu tenho 60 anos.	P: Certo. Quantos anos o senhor tem? R: 67 anos.	P: E a sua idade? R: 66 anos	P: A sua idade? R: Até aqui dá pla mim. (acho que foi isso que ele falou) P: Idade. R: Ah, idade. 66. P: 66? R: É.
Estado civil	P: 79 anos e meio. Qual seu estado civil? R: Casado.	P: A sra... Qual o seu estado civil? R: Casada	P: Certo. Seu estado civil? R: Eu sou casado.	P: Certo. Qual o seu estado civil? R: Casado	P: Sim. O sr... qual seu estado civil? R: Estado civil, casado. P: Casado? R: É.
Escolaridade	P: Certo. O sr estudou até que ano? R: Até a 3ª série. P: Primário? R: Aliás, até a... a 4ª série. P: Primário? R: É, primário.	P: A sra estudou até que ano? R: O 2º grau. P: 2º grau completo? R: Não completéi não. Não, não, não, incompleto. Não, não.	P: E o sr estudou até que ano. R: Eu estudei até o 3º colegial.	P: O sr estudou até que ano? R: Terminei o colegial	P: O sr estudou até que ano? R: Ah? P: O sr estudou até que ano? R: Até, até gñásio, né? Na China. P: Ah gñásio? R: É.
Bairro	P: É... O sr, o sr mora em que bairro? R: Eu moro no bairro da, no bairro da... da Vila Augusto, é... paralelo ao City Lapa.	P: A sra mora aonde? R: Eu moro aqui na Coriolano. P: Coriolano, certo	P: O sr mora em que bairro? R: Moro na Freguesia do Ó, na Rua Doraci, nu... Doraci... desculpa, isso é quando eu pagava aluguel, na Rua das Ameixas nº 95. P: Certo. R: Freguesia do Ó.	P: O sr mora em que bairro? R: Moro aqui no Piquet ou Pirituba.	P: Hahaha É verdade. O sr mora em que bairro? R: Eu mora Lapa. Rua Greenfox, nº 58. Casa comprou, né. P: Ah... Casa própria? R: É. Casa própria, né

Renda familiar	<p>P: Certo. O... Qual é a sua renda familiar?</p> <p>R: A minha renda familiar é... Aliás, tenho a minha aposentadoria que é...</p> <p>P: De quanto?</p> <p>R: Nada né... É um salário e um quarto.</p> <p>P: Um salário e um quarto. Hahaha</p> <p>R: Um salário e um quarto. Hehehe.</p> <p>E tem também os... Também faço os meus bicos. Eu estou na minha profissão ainda, né. Sou pintor lettrista. Não é?</p> <p>P: Pintor lettrista. Ah...</p> <p>R: Eu sou pintor lettrista. Faço letreiro, né? E faço bico em casa.</p> <p>P: E quanto isso gera para o sr de renda, mais ou menos?</p> <p>R: Ah... Isso varia muito sabe. Tem mês que dá mais ou menos uns 500, tem mês que dá menos. É assim, né? Porque... dá mais ou menos uns 400, 500 por aí, né? Fora a aposentadoria, né?</p> <p>P: Certo. E a sua esposa é aposentada?</p> <p>R: Ela é aposentada.</p> <p>P: E ela recebe quanto?</p> <p>R: Ela recebe um salário.</p> <p>P: Um salário. Igual ao sr?</p> <p>R: Igual a mim.</p> <p>P: O sr recebe um salário e um quarto...</p> <p>R: Um salário e um quarto e ela um salário.</p> <p>P: Um salário. Tá...certo.</p> <p>P2: Mais o que ele... mais o que ele faz de bico.</p> <p>P: É... o que ele faz de bico. Então...mas ele, mas ele é apostado, mas ele continua trabalhando.</p> <p>R: É.</p> <p>P2: É.</p> <p>R: Continuo trabalhando ainda, estou fazendo meus biquinhos, porque se não, não dá.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: hehehe</p>	SEM INFORMAÇÃO	<p>P: Qual a sua renda familiar?</p> <p>R: A ajuda da família... Ainda não aposentei. Estou esperando a resposta.</p> <p>P: De quanto é a ajuda?</p> <p>R: Dá uns R\$ 800,00</p>	<p>P: Ah sim, sim. O... a sua renda familiar, de quanto é?</p> <p>R: É...</p> <p>P: Quanto... quanto... quanto...o sr ganha, ou ganha a sua filha que ajuda em casa, quanto é... quanto...?</p> <p>R: Ganha?</p> <p>P: É.</p> <p>R: Eu não sei quanto ganha (hahahaha)</p> <p>P2: Ah tá.</p> <p>P: O sr é aposentado?</p> <p>R: É, aposentado. Aposentado, sabe que é? Eu ganha 2 salários.</p> <p>P: 2 salários?</p> <p>R: 2 salários e da minha esposa diminuiu, diminuiu.... Trabalha no Hospital de Saúde Matarazzo, é aposentado, primeiro ganhava 4 salários, agora 1 salário só.</p> <p>P2: A sua esposa ganha um salário?</p> <p>R: Primeiro, quando apostado ganha 4 salários, ela está no Hospital... Hospital Matarazzo, é apostado já, né. Ela assistente, depois... quando aposentado ganha 4 salários, agora diminuiu, diminuiu, agora 1 salário só. Puxa vida...</p> <p>P: Vocês vivem com 3 salários mínimos, é isso? R: É.</p> <p>P: Na sua casa são 3 salários mínimos para vocês viverem? R: É. P: A sua filha não ajuda? R: Ajuda ele ajuda também né. P: Certo. R: Mas ela... Meu filha... ela ajuda, ajuda também. Compra coisa assim também...</p> <p>P: Certo. Fernanda, está gravando?</p> <p>P2: Está. R: Ela ganha bem, meu filha... mas ele não... (hahaha) P: Ah tá. R: la trabalha... onde ela trabalha antes na HSBC, gerente lá né. Depois ela... trabalha melhor... depois passou exame, prova, ele ganhou Unibanco, Citibanco e Banespa. Ele entrou Banespa, né? Citibanco é melhor, não é verdade?</p> <p>P: Hahaha É verdade.</p>
----------------	--	----------------	--	---

Constituição familiar	<p>P: Certo. O sr mora com quem?</p> <p>R: Se eu moro com quem? Eu moro com a... com a minha esposa, né?</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Sou eu e... Nós somos em dois só.</p> <p>P: Só em dois?</p> <p>R: Os filhos estão tudo fora. Hehehe</p>	<p>P: A sra trabalhava? É aposentada?</p> <p>R: É só eu e o meu marido. Antes eu morava com a minha sogra também, mas agora é só eu e o meu marido.</p>	<p>P: Certo. E o sr. (ruído)</p> <p>R: Com a minha esposa. Com a minha mulher.</p> <p>P: E o sr mora...é... Tem mais alguém que mora na, na sua casa?</p> <p>R: Moram duas sobrinhas minhas. Minha não. Seriam sobrinhas de minha mulher. E moram conosco desde pequeninhas.</p> <p>P: Certo. Que idade têm essas sobrinhas?</p> <p>R: Uma tem 38 e a outra, se não me engano, deve ter 36.</p>	<p>P: O sr mora com quem?</p> <p>R: Com a minha esposa.</p> <p>P: Qual a idade da sua esposa?</p> <p>R: Ela tem 38 anos,</p>	<p>P: O sr mora com quem?</p> <p>R: Eu moro com a minha mulher e meu filho, né.</p> <p>P: Certo. Quantos anos tem a sua filha?</p> <p>R: Meu filho, meu filho já tem 34 anos. Ela, ela formado faculdade também né. Faz jornalista.</p> <p>P: Ah jornalista. Igual a mim...</p> <p>R: Agola ela trabalha Banco Banespa central, gerente de negócio aqui né.</p> <p>P: Ah certo.</p> <p>R: Meu esposa, brasileira.</p> <p>P2: A esposa dele é brasileira.</p> <p>P: O sr é aposentado?</p> <p>R: É, aposentado.</p>
Situação ocupacional	<p>Também faço os meu bicos. Eu estou na minha profissão ainda, né.</p> <p>Sou pintor lettrista. Não é?</p> <p>P: Pintor lettrista. Ah...</p> <p>R: Eu sou pintor lettrista. Faço letreiro, né? E faço bico em casa.</p>	<p>P: A sra trabalhava? É aposentada?</p> <p>R: Não ainda não cheguei a aposentar. Estou pagando ainda como autônoma, mas ainda não aposentei.</p>	SEM INFORMAÇÃO	<p>P: O sr trabalha?</p> <p>R: Não.</p>	
Conhece o guia	<p>P: Ah... Paralelo com a City Lapa. Ah tá. O sr conhece esse guia? Já viu alguma vez?</p> <p>P: É.</p> <p>R: Viver mais e melhor?</p> <p>P: É.</p> <p>R: Ah... é a primeira vez que estou vendo isso aqui. Primeira vez.</p> <p>P: É?</p> <p>R: É.</p>	<p>P: A sra conhece esse guia?</p> <p>R: Não.</p> <p>P: Não conhece?</p> <p>R: Não.</p> <p>P: Nunca viu?</p> <p>R: Nunca vi.</p>	<p>P: Certo. O sr conhece esse guia?</p> <p>R: Viver mais e melhor, ministério da saúde, não conheço não.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Eu pratico esporte, eu sou associado da ACM. ACM norte, localizada ali na Marginal.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Eu faço exercícios, 2^a, 3^a, 5^a, e 6^a. em torno de 2 horas. Pratico ciclismo, ou seja, bike,</p> <p>P: Certo</p> <p>R: Pratico natação e muitas vezes pratico alguma atividade com os instrumentos, os aparelho fazendo musculação.</p>	<p>P: O sr conhece este guia?</p> <p>R: Não.</p>	<p>P: O sr conhece esse guia?</p> <p>R: Ministério saúde. Vive mais e melhor. Meu mulher paga saúde de hospital Meu mulher paga saúde hospital Mooca.</p> <p>P: O sr já viu esse guia antes?</p> <p>R: Ah?</p> <p>P: O sr já viu esse guia antes?</p> <p>R: Não. Ministério saúde... Sabe o que é... Ministério saúde. Ministério... Você viu passou outro dia televisão? Tem gente rouba lá... é verdade. Hahahahaha</p>

Televisão	<p>P: Então... Agora eu vou perguntar para o sr o... É... Eu vou falar uns veículos de comunicação, televisão, rádio e tal, para o sr me dizer o que o sr acha desses veículos com relação à sua saúde, à saúde do idoso e a melhoria da, da qualidade de vida do idoso. R: hum hum. P: O que o sr acha da televisão? R: O que eu acho da televisão? P: É. Com relação... R: É um bom... P: Com relação à saúde... R: É. Aliás é um bom veículo. P: É um bom veículo? R: É. Para isso é. Porque eles se comunicam para respeitar a saúde. Falam muito bem da saúde, né P: É? R: Agora, são várias emissoras. Agora, não s... é... P: O sr costuma ouvir uma, uma em particular? R: Eu, eu ouço muito a Bandeirante... P: A Bandeirantes... R: ABandeirante... a... am... a TV...a TV Record... P: Sei... R: E o, e o canal 4 também, né... P: Certo. R: na televisão. P: E o que o s... R: Agora no rádio é a Bandeirante. P: E que programa o sr gosta da televisão? Que programa o sr gosta... da televisão? Assim, quais são os programas que o sr... costuma ver assim, sempre? R: Que programas que eu gosto de, de ver é...basi (riso), aliás eu acompanho a novela porque minha esposa assiste e eu tenho, eu sou obrigado a, a acompanhar, né...? Todos: hahahaha R: né? P: Todo mundo gosta, né? R: É... novela... Agora eu, é... eu gosto muito de... do jornalismo, né? P: Jornalismo? R: É. Jornalismo da Bandeirantes, jornalismo da Record. P: Certo R: E... e... e do canal 4. P: Canal 4. R: O jornalismo. P: Jornalismo. R: Agora a novela eu sou obrigado a assistir, como eu já te falei, né... hahaha P: Hahaha Faz companhia, né? R: Hahaha</p>	<p>P: Eu vou perguntar para a sr agora, então, assim, o que a sr acha desses veículos de comunicação para melhorar a vida do idoso e para melhorar a saúde do idoso. O que a sr acha da televisão? R: Da televisão assim, o que eles falam? P: É. Para o idoso. R: Ah... eles falam que vão fazer muita coisa pelo idoso mas ninguém faz nada. Por exemplo, esse posto aqui só atende pessoa do bairro. Acho que Posto devia atender outras pessoas também. Antes eu pegava remédio na rua Roma, mas agora só pode pegar nesse posto. Aqui nunca tem remédio. A gente não pode comprar os remédios que eles recomendam. P: A sr então acha que a televisão fala... mas não ajuda? Na televisão os políticos dizem que vão melhorar a saúde, o Serra mesmo fala que vai melhorar a saúde e não sei o que. Faço tratamento no Hospital das Clínicas também, você chega lá no HC, o médico marca para às 7 e você vai ser atendida ao meio-dia, 1h da tarde. Outro dia tinha uma mulher de Manaus, lá atende gente de tudo que é lugar. Não pode.</p>	<p>P: Certo. Eu vou perguntar para o sr quais, quais os veículos, o que o sr acha desses veículos de comunicação, para a promoção da saúde do idoso e para melhorar a qualidade de vida do idoso. O que o sr acha da televisão? R: Eu não posso entrar no detalhe sobre televisão porque eu não assisto televisão desde o ano 2000 porque eu cortei a televisão. Eu assisto apenas a televisão quando tem futebol ao domingo. P: Certo. R: Este mês de julho eu tenho assistido a televisão aos sábados porque os jogos são à tarde, às 4 hora. Agora, vi os últimos jogos que aconteceram, vi Brasil e Argentina e tudo, mas é tudo no domingo. Durante a semana eu não vejo televisão. É um outro detalhe: a partir do dia 5 desse mês corrido de julho eu não assi, eu não estou ouvindo nem rádio porque eu detesteo programa político, porque a gente está ouvindo o rádio e eles entram no meio do rádio com o programa político. Então eu P: Certo R: Descarto tudo isso. P: Porque o sr cortou a televisão? R: Eu cortei a televisão porque eu não consegui mais dormir por estar, muitas vezes até apavorado no Cidade Alerta e outros... São Paulo Urgente, no Brasil Urgente, programas justamente no horário depois da janta que eu costumava assistir. P: Certo. E para o idoso o sr acha que a televisão não tinha nada, tem alguma coisa, o que o sr acha? R: Eu acho que a televisão, atualmente do jeito que está, não tem condição de se assistir. P: Certo. R: Nem por idoso, nem por criança e nem por pessoas da meia idade. Não tem mais qualidade.</p>	<p>(...) P: Não só para a saúde, o idoso tem outra... tem qualidade de vida...tem... R: Esporte. P: Esporte. Tem diversão. Então eu vou perguntar. R: Cultura P: Isso. O que o sr acha da televisão? (ruído) P: Em benefício do idoso. O sr acha? Se é bom, se é ruim? O sr que vai falar. R: Ruim. Acho ruim. P: Por que? R: Porque não traz nada. O único canal de televisão que às vezes... que normalmente traz alguma coisa, mas nem bem para o idoso, especificamente para o idoso, é o canal 2 e o 5. P: Certo. R: É que a gente pode ver alguma coisa de ciência, de tecnologia, e tal. Mas não é especificamente para o idoso, eu pelo menos não acho... P: Certo. R: Que seja especificamente para o idoso.</p>	<p>P: Eu vou perguntar para o sr agora, o que o sr acha desses veículos de comunicação para melhorar a saúde do idoso e para melhorar a vida do idoso? R: Ah... eu não sei não esse coisa aí, né? hum P: O sr acha que tem alguma coisa boa para o idoso na televisão? R: Enquanto não melhorar a saúde... Brasil né... Brasil coisa difícil né? P: O Brasil está difícil. R: O Brasil está difícil, não é verdade? P: É verdade. Mas na televisão do Brasil, na televisão que o sr assiste... O sr assiste TV? R: Assiste. P: O sr acha que tem algum programa que ajuda na saúde do idoso, que ensina o idoso a comer melhor, fala da doença, fala de hospital, de saúde assim... O sr acha que fala? R: Mas sabe que é... Eles fala né, mas governo a mesma coisa... Lula tem farmácia popular, para ajuda povo. Eu fui lá viu, comprar o remédio, mas remédio um pouco mais caro não tem. Minha mulher, ela gasta muito dinheiro de remédio. P: Ela gasta muito dinheiro com remédio? R: Sempre vai comprar remédio na Farmácia Popular, na Rua Guaicurus, né, e entro lá... o remédio não tem, né. Eu pergunto por que você colocou Farmácia Popular se remédio não tem? Perde tempo você aqui, eu às vezes falo isso com ele, né. Eu tem direito de reclamar. O Lula, eu dei meu voto para ele, ele disse você está certo, eu tenho direito de reclamação, mas nós não tem o remédio, viu.</p>
-----------	--	--	---	---	--

Rádio	<p>P: Certo. E rádio? O que o sr acha que o sr acha do rádio? O sr acha que tem coisas boas para o idoso?</p> <p>R: É um bom veículo também. O rádio é bom. Um bom veículo.</p> <p>P: É? O sr...o sr falou que ouve a Bandeirantes...</p> <p>R: A Bandeirantes muito. Ouço muito a Bandeirantes.</p> <p>P: É jornalismo também?</p> <p>R: É jornalismo também e... muitos comentários... né...?</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Muitos, muitos programas, né...?</p>	<p>P: E rádio? O que a sr acha do rádio? Rádio ajuda o idoso, dá informação sobre o idoso?</p> <p>R: Assisto mais televisão do que rádio. No rádio nunca ouvi nada.</p>	<p>P: Certo. E rádio? O sr... ôôô, tem alguma coisa para o idoso? R: Não, o rádio eu parei por causa do programa político. Eu assistia aquele programa da CBN, assistia não, escutava, das 17 às 19 hora, se não me enganava, do Roberto Nonato, o noticiário cotidiana do dia, acontece que começava a falar de política, política para cá, política para lá e eu já detesto política e depois dos acontecimentos que tem acontecido dentro dessa terra, dentro desse país, eu já não pretendo voltar para nin-guém, seja para quem for. Agradeço muito, muito obrigado a todos, que vocês fizeram por mim, mas eu não quero mais saber de votar em mais ninguém, porque eu estou completa-mente decepcionado com os nossos homens públicos, principalmente políticos.</p>	<p>P: Certo. E rádio. O que o sr acha do rádio?</p> <p>R: Eu não sei porque não ouço rádio. É engraçado né?</p> <p>P: É.</p> <p>R: Mas a minha família toda não teve esse hábito de ouvir rádio.</p> <p>P: Ah é?</p> <p>R: Parte da minha família. Da minha esposa já... inclusive acho estranho, acho gozado ouvir rádio. Não sei porque.</p> <p>Todos: hahahahaha</p> <p>R: Também nunca entendi porque que eu acho engraçado.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Porque eu nunca me liquei em rádio.</p>	<p>P: E rádio, o sr acha que rádio tem algum programa bom com para o idoso? Pausa P: Rádio, rádio... o sr ouve rádio? P2: De música assim...</p> <p>R: Meu filho, quando ele formou, né, ela, agora... antes a gente usa essa também, né, entrevista, né? P2: O sr ouve rádio? R: Ouço. P: O que o sr ouve de programa de rádio, o sr acha que fala alguma coisa para o idoso que seja bom para a saúde, para ensinar as coisas de saúde, para melhorar a vida do idoso, o sr acha que o rádio fala alguma coisa de bom assim para o idoso, que ajuda?</p> <p>R: Mas ele fala, mas, não sei né, fala que vai melhorar, mas melhorar não...</p>	<p>P: E jornal e revista, o se lê jornal?</p> <p>R: Jornal. Na minha casa tem 2 jornais, né?</p> <p>P: Quais?</p> <p>R: Uma a Folha da Tarde, uma Valor.</p> <p>P: Valor...</p> <p>R: Meu filha encomenda tudo. Uma Valor, uma Folha da Tarde. Eu sempre leio jornal, mas Brasil, Brasil vai melhorar situação de povo é difícil. Todo dia tem assassino, todo dia tem. Aqui Brasil, Brasil não tem regra aqui, né? Você vê jornal, governo fala que ajuda povo, mas ajuda bolso deles, a roubar, não é verdade? Na China não tem isso não. Eu já fui na China também.</p> <p>P: Já foi?</p> <p>R: Já fui. Lá também não tem pichação que governo rouba, se governo rouba lá né? Pega e mata. Pega, mata. Já tem mais de 3, 4 vice-governador já fuzilado, viu.</p>
Jornal	<p>P: Certo. E, e jornal escrito, o sr lê algum jornal? Jornal...</p> <p>R: Eu leio o jornal do bairro. Hum... Jornal da Lapa.</p> <p>P: Ah! Chama Jornal da Lapa?</p> <p>R: Também compra a Folha da Tarde, a Folha da...a Folha da Tarde.</p> <p>P: Certo</p> <p>R: As vezes eu compro o Estado, o Estadão.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Leio, eu leio muito.</p>	<p>P: E jornal? A sr lê jornal?</p> <p>R: Leio.</p> <p>P: E a sr acha que tem informação para o idoso?</p> <p>R: Não tem muito não. O que fala de idoso mesmo é um jornal de bairro.</p> <p>P: Como é que chama, a sr sabe?</p> <p>R: É Jornal do Bairro. Tem mais informação.</p>	<p>P: E jornais? O sr lê jornal?</p> <p>Eu leio a Folha de São Paulo, sou assinante da Folha de São Paulo há muitos anos, tenho a revista da Editora Abril, Saúde, sou assinante. Sou assinante de Elerônica, que estudo eletrônica, sou estudante de mecatrônica, sou também assinante de tudo correspondente isso, a Revista Saber, sobre Elerônica. Eu tenho Elerônica, Eletrônica Total e tenho Mecatrônica, tudo da editora Saber. Tenho a Saúde, da editora Abril, tenho Informática, o Info Exame da Editora Abril também. Então, mais... minha esposa tem a Revista Manequim porque ela é costureira, então ela acompanha a costura pela revista Manequim, se eu não me engano também da Editora Abril.</p>	<p>P: Certo. E jornal. O sr lê jornal? R: Leio, todos os dias. P: Que jornal o sr lê? R: Geralmente a Folha de S. Paulo ou o Estado de São Paulo. P: Certo. O sr acha que tem informação para o idoso lá? R: Muito pouco. Na sessão ciências às vezes tem informações, mas não especificamente para o idoso. P: Certo R: Tem informações sobre ciência e tal, então você acaba lendo. Por exemplo, ah... eu estouv... ah... eu estava comentando com o médico sobre hipertensão, ah...sobre hipertensão. Lá nos Estados Unidos a ideia do hipertenso que passa a ser atendido, hipertenso é aquele que tem acima de... de 120 por 80, seria 12 por 8. P: Certo. R: E ontem eu fui... eu fui antes de ontem... estava falando sobre ham... gordura no san-gue, como é que chama.P2: Colesterol. R: Colesterol. Que é a idéia... que tem convencionado pelo menos no Brasil que até 240 está dentro da média. P: Aqui no Brasil. R: Aqui no Brasil. Também lá Estados Unidos. Mas agora eles também estão achando que está errado. Que está... que acima de 100, já está... já é... P: Eu já teria morrido R: Como? P: Eu já teria morrido... Eu. R: Eu estou com 246. Então eu estava comendo com o médico... Ele não gosta muito de que... tem pressa, né, de atender os... a pessoa. Falou: "Não! Cada um é cada um." Então, não sei... Apesar de que, ciência é assim, né. Tem tantos... ah... conceitos e de repente muda, então...</p>	<p>P: Certo. E jornal. O que o sr acha do rádio?</p> <p>R: Eu não sei porque não ouço rádio. É engraçado né?</p> <p>P: É.</p> <p>R: Mas a minha família toda não teve esse hábito de ouvir rádio.</p> <p>P: Ah é?</p> <p>R: Parte da minha família. Da minha esposa já... inclusive acho estranho, acho gozado ouvir rádio. Não sei porque.</p> <p>Todos: hahahahaha</p> <p>R: Também nunca entendi porque que eu acho engraçado.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Porque eu nunca me liquei em rádio.</p>	<p>P: E jornal e revista, o se lê jornal?</p> <p>R: Jornal. Na minha casa tem 2 jornais, né?</p> <p>P: Quais?</p> <p>R: Uma a Folha da Tarde, uma Valor.</p> <p>P: Valor...</p> <p>R: Meu filha encomenda tudo. Uma Valor, uma Folha da Tarde. Eu sempre leio jornal, mas Brasil, Brasil vai melhorar situação de povo é difícil. Todo dia tem assassino, todo dia tem. Aqui Brasil, Brasil não tem regra aqui, né? Você vê jornal, governo fala que ajuda povo, mas ajuda bolso deles, a roubar, não é verdade? Na China não tem isso não. Eu já fui na China também.</p> <p>P: Já foi?</p> <p>R: Já fui. Lá também não tem pichação que governo rouba, se governo rouba lá né? Pega e mata. Pega, mata. Já tem mais de 3, 4 vice-governador já fuzilado, viu.</p>

Revista	<p>P: E revista, o sr lê alguma revista?</p> <p>R: Revista?</p> <p>P: É.</p> <p>R: Revista. Às vezes eu compro a Caras, né?</p> <p>P: Certo</p> <p>R: É... Veja.</p> <p>P: Veja.</p> <p>R: Também, né. Leio muito também.</p>	<p>P: E revista? A sra lê revista? Tem informação para o idoso?</p> <p>R: Revista é difícil de eu ler.</p>	<p>P: E nessa revista Saúde tem alguma coisa sobre o idoso.</p> <p>R: Bastante, bastante mesmo. Muita coisa eu aprendi lendo. Muita coisa eu aprendi nessa revista Saúde.</p>	<p>P: É. E revista. O sr lê revista?</p> <p>R: Muito pouco.</p> <p>P: Tem alguma coisa para o idoso? O sr achou alguma revista que tem alguma coisa para o idoso?</p> <p>R: Não. Não porque também não posso dizer porque eu não... leio pouco, a não ser que seja um caso assim que chame muito a atenção, então eu me interessei.</p>	<p>P: E o sr lê revista? Lê alguma revista? O sr lê alguma revista?</p> <p>R: Leio. Minha casa sempre tem, meu filho compra muito, né.</p>
Cartilha	<p>P: Certo. E cartilha? O sr tem alguma cartilha? Teve alguma cartilha dessa médica? Tipo médica assim, o sr já teve alguma cartilha?</p> <p>R: Não, não, ainda não.</p> <p>P: Nunca teve?</p> <p>R: Não.</p>	<p>P: E cartilha igual a essa assim, a sra já viu alguma? Tem alguma?</p> <p>R: Não. Cartilha assim eu não conheço nenhuma, não conheço nenhuma.</p>	<p>P: E cartilha, o sr tem alguma cartilha?</p> <p>R: Não.</p> <p>P: Não tem cartilha?</p> <p>R: Não tenho cartilha.</p>	<p>P: Certo. E cartilha, o sr conhece outra cartilha? Alguma coisa... O sr já teve cartilha?</p> <p>R: Já. Já. Eu peguei outro dia sobre os direitos do idoso.</p> <p>P: Ah, certo. O que o sr achou?</p> <p>R: pfffff Acho que se for bem aplicado... o problema é ser aplicado, não é? Hehehe Se for bem apli... Como as leis em geral brasileiras são boas.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Você pega as leis brasileiras em relação a outros países, são ótimas. O problema é a aplicação, né?</p> <p>P2: É.</p>	<p>P: Certo. O sr conhece outra cartilha além dessa? Conhece outra cartilha?</p> <p>P2: Alguma cartilha médica, que pegue aqui no posto que vá falar de diabetes e pressão alta, essas coisas, guia assim? O sr conhece algum?</p> <p>R: Não.</p> <p>P2: Não conhece nenhum?</p> <p>R: Aqui uma vez aqui faz. Diabetes aqui.</p> <p>P2: Palestra, ou de papel?</p> <p>R: Esse de... para diabete, esse máquina, que sai na hora.</p> <p>P2: Ah. Exame.</p> <p>R: Exame, né?</p>

Recado	<p>P: Certo. Se o sr tivesse que pedir alguma coisa para a Secretaria Municipal de Saúde para melhorar a qualidade de vida do idoso, a saúde do idoso, o que o sr pediria?</p> <p>(pausa)</p> <p>R: Pediria, o seguinte... Pediria mais, mais atenção, né. Quer dizer, eles dão atenção para o idoso, mas é...</p> <p>P: Ainda é pouco?</p> <p>R: Ainda é pouco. Hehehe</p> <p>P: O que o sr acha que sente mais falta no posto? O que falta no posto?</p> <p>(pausa)</p> <p>R: Falta muita coisa... No momento assim, não, não</p> <p>P: Não vai lembrar...</p> <p>R: Não posso analisar, mas tem muitos idosos aí que estão precisando de muita coisa.</p> <p>(toca o telefone celular da pesquisadora)</p> <p>P: Certo. Desculpa.</p> <p>(A pesquisadora sai)</p> <p>R: Estão precisando de muita coisa.</p> <p>P2: Especificamente...</p> <p>R: Hum?</p> <p>P2: O sr... De alguma coisa especificamente, medicamento, alguma coisa assim, o sr...</p> <p>R: Ah sim... Justamente, é... Medicamento porque às vezes procura certos remédios e não encontra né?</p> <p>Pra... Principalmente a minha esposa, que ela já procurou certos remédios e não encontrou, né, o remédio que ela precisa...</p> <p>P: Era a Daisy.</p> <p>P2: Está certo.</p> <p>R: Ela sobre de pressão... tem pressão alta, tem problema de reumatismo, essas coisas né? Artrose.</p> <p>P2: Ham ham</p> <p>R: E às vezes é difícil.</p> <p>P: Está certo.</p>	<p>P: Se o sr tivesse que pedir alguma coisa para a Secretaria Municipal de Saúde em benefício do idoso, o que o sr pediria?</p> <p>R: A respeito da saúde?</p> <p>P: É.</p> <p>R: Acho que eles deveriam melhorar bem a saúde. Tudo é super demorado. Deviam cuidar mais das pessoas. Como eu digo, no HC você não pode reclamar dos médicos, são uns amores, mas os atendentes dali são grosseiros. Ontem fui fazer um exame lá, se fosse para mim pagar o exame, no particular custa R\$380,00. Se tivesse que pagar eu não conia. Endoscopia. Uma amiga minha que falou que precisava fazer o exame para a sobrinha dela.</p>	<p>P: Se o sr tivesse que mandar um recado para a Secretaria Municipal de Saúde, é... em benefício do idoso, o que o sr pediria?</p> <p>R: Eu, acho, penso, que o idoso, pelo tanto que já fez por esse país, deveria ser, ter muito mais regalia do que está tendo, porque nós samo muito, como se diria? proterido, né? em muitas coisas. Só... esse cartão que nós estamos recebendo agora, o... o cartão do idoso, tudo bem... Não fazem mais do que a obrigação do que fazer alguma coisa para o idoso, porque há muita coisa nesse país que não foi feito pelos que estão aí, e sim por aqueles que vieram desde pequeninho trabalhando e hoje não têm nada, nada, nada, a não ser pontapé e pouco caso.</p> <p>P: Muito obrigada.</p> <p>Agradeço, e peço desculpas se me excedi em alguma coisa. Agradeço a sr, e faço votos que a sr tenha sucesso na sua...é... pesquisa, para depois fazer o doutorado que a sr pretende. Muito obrigado e lhe desejo felicidades.</p>	<p>P: Certo. E se o sr tivesse que mandar um recado para a secretaria municipal de saúde pedindo alguma coisa o que o sr mandaria? O que o sr pediria?</p> <p>R: Bom... (pausa) (ruído) Eu pediria que dessem mais atenção a ??? essa atual. Não quero bajular não. Frequento aqui lá... Na verdade desde que eu era... bebê. Tinha 3, 4 anos de idade e frequentava isso aqui. Antes não tinha esse ambulatório. Mas depois que passou a ter...hum... Eu sou uma pessoa hiper-tensa, comecei a frequentar aqui. E é uma das... das poucas vezes que eu vejo interesse da prefeitura em... em melhorar aqui. E melhorou muito, mas muito mesmo, em relação a atendimento, em... ao horário de atendimento. Antes você precisava chegar aqui 3 horas da manhã. 4 horas, para pegar a fila. P: Certo. R: Agora, hoje cheguei 7:30. Já fui atendido e já estou conversando com a sr. P: Que bom, heim? R: Só que está faltando remédio aí. P: Essa é a grande reclamação de todo mundo. Dizem que só tem remédio mais barato. Isso é verdade? R: Eu não sei porque só uso felizmente, por enquanto só tenho usado re-médio para hipertensão. Não tenho outra doença a não ser o colesterol. P: Colesterol. R: Que está... P: O sr usa remédio para o colesterol? R: Não. Ele falou para não usar. Eu estrou no, no, no limite e ele quer evitar que eu tome mais remédio. Eu sou uma pessoa relativamente saudável. Eu sou hipertenso porque é hereditário. Minha mãe era hipertensa, e... P: O sr faz alguma atividade física? R: Eu caminho. Eu fui, eu fui esporti, eu fui... é... P: Esportista? R: É. Eu fui atleta amador durante muitos anos e, como eu parei... (caiu um objeto no chão). R: Minha barriga já não está deixando nem eu abaixar direito. Quando eu parci a ... eu continuei fazendo caminhada. Eu ando geralmente 12 km por dia. P: Ah...Então você está ótimo! R: Mesmo assim eu não emagreço. Ainda tenho muita massa muscular, esse é o problema. P: Isso é verdade. R: Então é... Isso não é bom porque cria... Eu sou que nem mulher grávida... P: Certo. R: Eu engordou a barriga e a bunda. Todos: hahahahaha R: É. Eu tenho 18 calças na minha casa que não servem para mim. Quer dizer, já dei uma porção e a parte de cima ficou igual. É... É aquele negócio aqui e atrás. Então eu não consigo emagrecer... P: Então era só isso. Muito obrigada. R: Só isso?</p>	<p>P: Não tem? Se o sr pudesse mandar um recado para a Secretaria Municipal de Saúde pedindo alguma coisa para o idoso, o que o sr pediria?</p> <p>R: Melhor né, pode quer pediu manda meu filha entregar coisa,... escreve carta para eles né?</p> <p>P: Casa?</p> <p>P2: Pediria melhora para os filhos?</p> <p>R: Meu filha, sabe, meu filha, ele trabalha no Banespa tem muito reconhecimento prefeitura. Prefeitura tem muita pessoa lá, autoridade, ele conhece muita gente. Sabe o que é? Prefeitura, um pátio, departamento da Banespa, banespa, né? Então meu filha conhece muita gente.</p> <p>P: E o sr pediria o que para o idoso, para o estado? O que o sr pediria para o município? O que o sr acha que falta no posto?</p> <p>R: Hum... Mas idoso, mas tem muito idoso, idoso aposentado. Ele cada vez mais abaixa salário de aposentado, viu?</p> <p>P: Cada vez abaixa mais o salário do aposentado?</p> <p>R: É. Cada vez abaixa mais né. Como minha esposa, ela ganha quatro salários para ... para aposentar ela ganha... e depois diminuiu, diminuiu então para um salário só. Foi reclamar, reclamação lá na revisão lá e eles falaram que não tem direito de reclamar. Mas ele tem direito. Brasil parece que não tem lei. Não é verdade? Ela mostrou tudo, mostrou na revisão na Av Francisco Matarazzo, no INPS, né, foi reclamar, depois papel, tudo “Ah. Espera chamada”, até hoje não chamou. Revisão né? Brasil não adianta coisa não. Brasil parece não tem governo não. Não tem. Não é verdade? Vou te falar. Brasil não tem governo. Brasil parece não tem homem lei, viu. Brasil bom Getúlio Vargas e Juscelino Kubistcheck, Juscelino e Getúlio Vargas.</p>
--------	---	---	---	---	--

TUCURUVI	Antonio João Oliveira da Silva P2: Pode falar R: Antônio João Oliveira da Silva, 72 anos.	Antonina dos Santos Siqueira Eu Antonina dos Santos Siqueira consinto em dar entrevista. P: Quantos anos a sra tem, D. Antonina? 61.	Ester Maria do Carmo Alves R: Ester Maria do Carmo Alves, 63 anos.	Maria José da Rocha R: Meu, meu nome é Maria José da Rocha. Tenho 68, 69 anos.	Maria Medeiros R: Pois não. Meu nome é Maria Medeiros. Minha idade, 80 anos.
Estrado Civil	P: O sr...qual o seu estado civil? R: Casado, aliás, bem casado.	P: Qual o seu estado civil? (pausa) P: A sra é casada? Só no civil.	P: Certo. Qual o seu estado civil, dona Ester? R: Eu sou divorciada.	P: 69? Qual o seu estado civil? R: Casada.	P: Certo. Qual é o seu estado civil? R: Eu sou viúva.
Escolaridade	P: Hum... que bom heim? O sr estudou até que ano? R: É... Eu fiz o primário. P: O primário todo? R: Completo P: Certo. R: Depois fiz cursos posteriores, mas...	P: Casada? Certo? A sra não estudou? Não. P: Nunca foi à escola? Fui, mas não aprendi. Nada!	P: Divorciada. Certo. A sra estudou até que ano? R: Eu fiz até a direção ao ginásio.	P: Casada? A sra estudou até que ano? R: Só o terceiro ano primário.	P: Viúva. A sra estudou até que ano? R: Até, na mi, na mi, na minha época, até a 4ª. série.
Bairro	Vila Paulicéia	P: Certo, e a sra... a sra mora em que bairro? R: Filhos da Terra P: Ham? R: Filhos da Terra. P: Filhos da Terra ? R: É. Jardim Filhos da Terra.	P: A sra mora sozinha. A sra mora aonde? Em que bairro? R: Eu moro aqui na no Horto Florestal. Pedra Branca.	P: 12 anos. A sra mora em que bairro? R: Jaçanã.	P: Um salário mínimo. Ah, tá bom. A sra mora em que bairro? R: Moro no Imirim. P: Imirim. R: É.

Renda familiar	<p>P: Certo. É... Qual a sua renda familiar?</p> <p>R: Eu sou aposentado.</p> <p>P: E o sr recebe quanto?</p> <p>R: 1745.</p>	<p>P: Qual a sua renda familiar? Quanto a sra ganha, 1 sm, 2sm?</p> <p>Vêja, para mim sobreviver, olha eu junto latinha para sobreviver, que eu não tenho salário de nada.</p> <p>P: Não tem salário nenhum?</p> <p>Nenhum, nenhum.</p> <p>P: A sra... Quer dizer, não chega a 1sm?</p> <p>Não chega?</p> <p>P: Vive com menos de 1sm? A sra e o marido da sra?</p> <p>É. Ele também é doente. Eles tratam no Incor.</p>	<p>P: É? Certo. Qual a sua renda familiar?</p> <p>R: Eu não tenho renda porque ah... não tenho... Eu trabalho em casa, sou costureira, não tenho uma renda certa.</p> <p>P: Mas o mínimo que a sra ganha seria quanto? Um salário mínimo...</p> <p>R: Um salário.</p> <p>P: No mínimo?</p> <p>R: No mínimo.</p>	<p>P: Até o terceiro ano do primário? E... Qual a sua renda familiar?</p> <p>Quanto a s... quanto...</p> <p>R: Quanto eu... Eu recebo de aposentadoria um, 1/3 do salário do meu marido.</p> <p>P: 1/3?</p> <p>R: É.</p> <p>P: 1/3? E quanto que...?</p> <p>R: Dá 170</p> <p>(Pausa)</p> <p>P: 170?</p> <p>R: 170. Porque eu sou casada, mas sou separada, né. Não moro com ele.</p> <p>P: Ah certo.</p> <p>R: Quer dizer, continuo casada no papel, mas não...</p>	<p>P: 4ª série? Tá bom. Qual a sua renda familiar?</p> <p>R: Ah minha filha. Renda familiar eu não posso explicar porque eu não ganho nada.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Eu sou... Eu moro com a minha neta e o, e o marido dela só. Agora a renda deles eu não sei.</p> <p>P: Não sabe?</p> <p>R: Não sei.</p> <p>P: A sra não tem a menor idéia?</p> <p>R: Não tenho a menor idéia. Porque essas coisas eu não entro em, não vou perguntar quanto ganha, o quanto não ganha, o que tem, o que não tem né? Eu moro lá. Me sustentam de tudo, mas eu não sei de nada.</p> <p>P2: Se é 1, 2, 3 salários mínimos, a sra não...</p> <p>R: Não, não sei. Não, sei que 1 salário mínimo, 2 não... Ele é farmacêutico.</p> <p>P: Farmacêutico.</p> <p>R: Eu não sei quanto que ele recebe. Disse que o salário mínimo... Não é farmacêutico. Ele trabalha dentro da farmácia. Mais balconista do que o farmacêutico, não é. Deve ser uns 600 reais.</p> <p>P: Deve ser mesmo em torno de 2 salários mínimos.</p> <p>R: Acho que uns 600 reais.</p>
Constituição familiar	<p>P: O sr mora com quem?</p> <p>R: É... com a minha esposa. Ela está em Portugal e eu estou aqui.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Porque eu vim aqui na (??), mas eu tenho que voltar porque estou fazendo um tratamento de câncer no intestino.</p> <p>P: Ah sei.</p> <p>R: Colostomia e etc. Fui operado em Portugal e tenho que voltar que possivelmente vou fazer reconstrução do intestino.</p>	<p>P: Certo. É... A sra mora com quem? Eu, meu marido e um neto.)</p> <p>P: A sra mora, a sra, o seu marido...</p> <p>R: É.</p> <p>P: E o...</p> <p>R: E o neto, que tem 7 ano.</p>	<p>P: Um salário mínimo. A sra mora sozinha?</p> <p>R: Moro.</p>	<p>P: Certo. A sra mora sozinha?</p> <p>R: Moro com uma netinha minha.</p> <p>P: Uma netinha. Quantos anos tem essa netinha?</p> <p>R: 12 anos.</p>	<p>R: A sra mora com quem?</p> <p>R: Eu moro com a minha neta e o marido dela.</p> <p>P: Quantos anos ela tem?</p> <p>R: Ela tem 42.</p> <p>P: Sua neta e o marido dela. Os dois...</p> <p>R: Não. Ela tem 42 anos.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Ele, acho que ele... Ele é mais novo do que ela um pouco. Acho que ele tem 38 ou 39.</p> <p>P: Mas os 2 trabalham?</p> <p>R: Ela, ela estuda. É enfermeira.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Mas está no começo da enfermagem.</p> <p>P: Ah tá. E ele que trabalha?</p> <p>R: E ela ainda paga a enfermagem.</p>

Situação Ocupacional	<p>P: Intestino. Certo.O sr então está aposentado?</p> <p>R: Sim.</p>	<p>P: E a sra junta latinha, que a sra disse?</p> <p>R: É.</p> <p>P: Para sobreviver?</p> <p>R: Sobreviver.</p> <p>P: É isso mesmo?</p> <p>R: É, que eu fui, é... que eu fui no INPS, tudo para ver se eu conseguia, mas só com 65 anos que consegue...</p> <p>P: Certo, e o seu marido...</p> <p>R: Para quem nunca pagou.</p> <p>P: O seu marido faz o que? Fernanda, abaixa um pouquinho o microfone. O seu marido faz o que?</p> <p>R: Ele trabalhava de raspador, agora não tem mais de raspador, mas é só piso assim, é difícil agora.</p> <p>P: Certo.</p> <p>P2: Quantos anos ele tem?</p> <p>R: 62</p> <p>P: Ele não está aposentado nem trabalha?</p> <p>(pausa)</p>	<p>P: Certo. Quer dizer que a sra trabalha?</p> <p>R: Eu trabalho em casa.</p> <p>P: A sra é aposentada?</p> <p>R: Não. Eu não tenho renda não.</p>	<p>P: A sra trabalha?</p> <p>R: Não.</p> <p>P: A sra é aposentada?</p> <p>R: Não. Só recebo esse, esse 1/3 do salário, né.</p> <p>P: E a sra tem...</p> <p>R: E tenho uma casa de aluguel.</p> <p>P: A sra... Quanto é essa casa de aluguel?</p> <p>R: 200.</p> <p>P: 200. E a sra...</p> <p>R: Eu vivo com esses 370 real.</p>	<p>P: Ah! Tá bom. E a sra, a sra trabalha?</p> <p>R: Não. Que número é? (corre)</p> <p>P: A sra, a sra, a sra é aposentada? Trabalha?</p> <p>R: Não. Eu sou aposentada e não trabalho.</p> <p>P: Sei. E a sra não recebe a sua aposentadoria?</p> <p>R: Recebo. Um salário mínimo.</p>
Conhece o guia	<p>P: O sr conhece esse guia?</p> <p>R: Não.</p> <p>P: Nunca viu.</p> <p>R: Nunca vi.</p>	<p>P: Certo. A sra conhece esse guia? Já viu alguma vez esse guia? Nunca viu?</p> <p>R: Não...</p>	<p>P: A sra conhece esse guia? Já viu alguma vez?</p> <p>R: Não.</p>	<p>P: Jáçanã. A sra conhece esse guia? Já viu alguma vez.</p> <p>R: Hum hum.</p>	<p>P: A sra conhece esse guia?</p> <p>R: Se eu conheço quem?</p> <p>P: Esse guia. A sra já viu esse guia alguma vez?</p> <p>R: Não. Não. Nunca vi isto aqui. Não. Viver mais e melhor. Não.</p> <p>P: Não conhece?</p> <p>R: Não conheço.</p>

Televisão	<p>P: Agora vou perguntar para o sr o que o sr acha desses veículos de comunicação para melhorar a saúde do idoso, a qualidade de vida do idoso. O que o sr acha da televisão?</p> <p>R: Olha, eu acho que ela se identifica com a aquele filme brasileiro “Promessas”. Só promessas, cumprimentos, nada. Verdades a cumprir não se nota nenhuma na minha opinião e na minha vivência.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: É muito falha nesse aspecto.</p> <p>P: Certo.</p> <p>Para completar, eu...eu uso cateter.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Devido a uma cirurgia que eu fiz.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Eu fiz quimioterapia.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: E eu precisei fazer uma manutenção do cateter para ele...</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Não entupit.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Eu fui na Santa Casa, que eu também me tratei muito tempo, na Santa Casa.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Não havia agulha para mim fazer limpeza no cateter. Que eu... não foi mal atendimento.</p> <p>P: Eu sei.</p> <p>R: O pessoal foi muito atencioso. Se eu arrumasse essa... a agulha, que voltasse lá que fariam o serviço.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Eu, depois de muitas e muitas voltas, que não se encontra essa agulha, que ela é uma agulha especial...</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Consegui, fui lá, e... a pessoa que me atendeu, a enfermeira, disse: “O sr trouxe a agulha, fez muito bem, mas muito obrigado. As nossas chegaram...”</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: “Vamos usar a nossa.”</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: “O sr guarda a sua, para na 1ª que o sr voltar, traz, se precisar usa, se não precisar, guarda para uma próxima. Então é nesse (??), por exemplo, eu também tenho problemas de hipertensão. Uso captopril, AES. AES não encontra em posto nenhum.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Então está realmente muito abandonado...</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Esta questão. Há propagandas na televisão...</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Na rádio, mas não há cumprimento das coisas.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Essa é a minha opinião.</p>	<p>P: Não? Eu vou perguntar agora para a sra o que a sra acha desses veículos de comunicação para ajudar na saúde do idoso e na qualidade de vida do idoso. O que a sra acha da televisão? (pausa) acha da televisão?</p> <p>R: Eu não acho nada importante em televisão. Eu quase não ligo a televisão.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Eu, eu ouço mais é rádio. Televisão eu quase não assisto.</p> <p>P: Certo. E na televisão a sra já viu alguma vez alguma vez algum... alertando o idoso para isso...?</p> <p>R: Ah sim... não. Eu ouço no rádio.</p>	<p>P: Agora eu vou perguntar para a sra o que a sra acha desses veículos para melhorar a qualidade de vida do idoso e a saúde do idoso. O que a sra acha da televisão?</p> <p>R: Eles fazem um trabalho assim... de pesquisar as pessoas idosas em, em ponto de ônibus, que as vezes são.. não são bem tratadas. Também sobre saúde... que as pessoas ficam em asilo. Humm Não são bem tratadas.</p>	<p>R: Não...</p> <p>P: O que a sra acha desses veículos de comunicação... é... para ajudar a vida do idoso, a saúde, a qualidade de vida. O que a sra acha da televisão?</p> <p>R: Ai... eu nem assisto nada, não gosto nada de televisão.</p> <p>P: Não gosta?</p> <p>R: Não.</p>	<p>P: Então tá bom. Agora eu vou perguntar para a sra o que a sra acha desses veículos de comunicação para melhorar a vida do idoso e a saúde do idoso. O que a sra acha da televisão? (pausa) acha da televisão?</p> <p>R: A televisão eu acho ótima porque ela esclarece a gente de muita coisa, tem dentro da casa da gente. Agora, a pessoa que entende, acha que é bem esclarecida pela televisão. Eu acho. Porque não tem outro meio... a não ser a televisão, dentro da casa né. Agora fora...</p>
-----------	---	--	--	--	---

Rádio	<p>P: Certo. E a rádio, o que o sr acha da rádio?</p> <p>R: Eu ouço pouco a rádio.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Eu escuto pouco a rádio.</p>	<p>P: E rádio?</p> <p>R: Rádio, às vezes... às vezes também que nem, Tessa (estalo com a língua)...também não...</p> <p>P: Não?</p> <p>R: Não.</p> <p>P: E aí... mas a sra tem rádio?</p> <p>R: Tenho.</p> <p>P: A sra ouve, mas não...</p> <p>R: Ah... não....</p>	<p>P: E rádio. O que a sra acha de rádio?</p> <p>R: Rádio eu ouço muito pouco.</p> <p>P: A sra acha que dá informação para o idoso, o rádio?</p> <p>R: Acho que não. Pelo pouco que eu ouço, não vejo nada.</p>	<p>P: No rádio? O que... A sra acha que o rádio ajuda o idoso?</p> <p>R: Ajuda.</p> <p>P: Ele, ele fala sobre os... as coisas...</p> <p>R: Fala, fala, fala.</p> <p>P: Para ajudar a saúde do idoso.</p> <p>R: Do idoso. É.</p>	<p>P: E rádio? O que a sra acha de rádio?</p> <p>R: Rádio eu não ouço nunca.</p> <p>P: A sra tem rádio?</p> <p>R: Tenho.</p> <p>P: Mas não ouve?</p> <p>R: Não ouço.</p>
Jornal	<p>P: Escuta pouco a rádio. E o... jornal, o sr lê jornal?</p> <p>R: Leio.</p> <p>P: O que o sr acha, o jornal informa o idoso da... da...?</p> <p>R: O jornal...</p> <p>P: O jornal escrito que eu estou falando.</p> <p>R: Eu, eu sei. O jornal você lê o que escrevem lá.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Claro. Há cheio de boas intenções, cheio de boas críticas, mas as críticas são muito pelo não cumprimento das promessas.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Embora que eles... aliás eles fazem até mais críticas porque eles não tem em que enaltecer os cumprimentos das coisas.</p>	<p>P: Jornal a sra não lê porque a...</p> <p>R: Ah...</p> <p>P: sra disse que não... não estudou.</p> <p>R: Hum. É.</p>	<p>P: A sra lê jornal? Lê? Jornal escrito?</p> <p>R: Não, não, não.</p>	<p>P: Certo. E jornal. A sra lê jornal? Jornal escrito. A sra lê jornal?</p> <p>R: Não, não leio jornal. Não, não... não sou adaptada muito em leitura.</p>	<p>P: Tá. A sra, e jornal, a sra lê jornal.</p> <p>R: Leio tudo o que aparece. Até folhetinho de religião. Tudo o que aparece, eu leio. As orações que eles mandam, aquelas coisas que eles escrevem... tudo eu leio.</p> <p>P2: E jornal escrito a sra lê? Notícia para o idoso... tem alguma coisa?</p> <p>R: Não isso não. Quanto a isso não tenho nada nessa, nesse ritmo aí, não tenho nada.</p> <p>P: Não tem.</p> <p>R: Leio jornal, que eles trazem o jornal em casa, leio o jornal, leio revista. Tudo o que aparece.</p> <p>P: Mas a sra viu alguma coisa sobre o idoso?</p> <p>R: Não vi. Só vi o INPS que não pagam até, só vai pagar daqui a não sei quantos anos e a gente então morre antes de receber. Isso eu sei.</p> <p>P: Isso é verdade.</p> <p>R: A gente não vai receber nada né?</p>
Revista	<p>P: E revista. O sr vê revista?</p> <p>R: Muito pouca.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: O poder aquisitivo (???) não pode comprar jornal e revistas.</p>	<p>P: Revista também a sra não lê porque não estudou.</p> <p>R: Eu não conheço nem o nome duma casa.</p>	<p>P: E revista? A sra lê revista?</p> <p>R: Não.</p>	<p>P: E revista?</p> <p>R: Nem revista. Plorou... hehehe</p>	<p>P: E revista, a sra lê revista?</p> <p>R: É como eu estou dizendo. Tudo o que aparece em casa, eu leio, mas eu não compro nada.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Não tenho condição para estar comprando.</p>

Cartilha	<p>P: Certo. E cartilha, o sr tem alguma cartilha? Desse tipo?</p> <p>R: Não tenho desse tipo assim, mas eu sou muito atento às coisas. Eu por exemplo, tenho deste posto aqui uma reclamação gravíssima a fazer. Eu fui... estava sendo tratado por um urologista.</p> <p>P: Certo.</p> <p>Que pediu uma ressonância abdominal completa.</p> <p>P: Certo.</p> <p>Acusou vários problemas... E o doutor urologista disse: “o sr não tem nada”. Falei: “Doutor, tenho alguma coisa”.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: “O sr se julga muito esperto, mas o sr não é esperto. O sr não tem nada.” E a minha carteirinha está aí, mas ele assinou, deu alta no mesmo dia. Da Urologia. E eu com problemas. A prova de que eu tinha problemas é que estou usando colostomia.</p> <p>P: Certo.</p> <p>Aí eu precisei viajar com a minha esposa a Portugal. Cheguei lá tive uma crise.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Fui internado as pressas pelas, pela emergência, fiquei numa cirurgia morto 3 dias, porque o câncer estava muito avançado, o estômago começou a inchar. E lá, graças a Deus fui muito bem atendido, e obtive uma autorização de vir ao Brasil resolver algumas coisas...</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: E, mas eu acredito que a viagem assim me enfraqueceu bastante.</p> <p>P: Sei.</p> <p>R: Eu canso muito agora.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Mas, quer dizer, eu me tratava aqui, que eu sempre acompanhei.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: E o médico disse que eu não tinha nada e que eu me julgava muito inteligente, esperto... então essa é uma reclamação grave. Poderia ter sido o fim do meu ciclo de vida, porque quando cheguei com o estômago inchado assim, já fui na emergência final.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: E o médico já disse ó, à minha família lá: “48 horas, se ele não reagir,...”</p> <p>(Silêncio)</p>	<p>P: Não? A sta... a sta... a sta... já teve alguma cartilha, já teve alguma cartilha?</p> <p>R: Tcsu Tcsu</p>	<p>P: Certo. A sta tem, já teve ou tem alguma cartilha assim, que ensine o idoso isso e aquilo?</p> <p>R: Não, não.</p>	<p>P: Certo. E cartilha, a sta tem alguma cartilha? Já teve?</p> <p>R: Eu tenho... Eu tenho a cartilha do idoso que eu recebi do Tripoli agora, que eu sou da, da, da... faço parte da terceira idade do Tripoli. O vereador Tripoli.</p> <p>P: Eu conheço ele.</p> <p>R: Lá na água branca. Então eu tenho o livro porque eles deram, né. Os direito do idoso.</p> <p>P: Eles deram lá?</p> <p>R: Deram para a gente ler, só que eu ainda... não li. hihh</p> <p>P: Ainda não leu?</p> <p>R: Ainda não.</p>	<p>P: Certo. E cartilha. A sta tem alguma cartilha, já teve alguma cartilha parecida com essa?</p> <p>R: Não, nem conheço essa cartilha, viver mais e melhor. Hum</p>
----------	--	---	---	--	---

Palestra	<p>P: E palestra, o sr já foi em alguma palestra? Gosta de palestra?</p> <p>R: Não, eu não fui, mas eu leio muito.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: E quando vejo artigos em jornais, ou na televisão que eu escuto, assunto médico assim, eu acompanho muito.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Mesmo por orientação da minha família, também.</p> <p>P: Certo.</p> <p>R: Não sou nenhum expert, mas eu acompanho, de acordo com a minha capacidade.</p>	<p>P: E palestra, a sra vai à palestra, já foi... já foi à alguma palestra?</p> <p>R: Não. Também não.</p> <p>P: Nunca foi?</p> <p>(pausa)</p>	<p>P: É... E palestra? A sra gosta de palestra, vai a palestra...?</p> <p>R: Não. Sabe por quê?</p> <p>Eu tenho casa aqui na Pedra Branca, mas eu fico mais no sítio. Eu tenho sítio em Atibaia, então eu vivo mais lá. Então sou meio isolada do meio assim.</p>	<p>P: Certo. E palestra, a sra gosta de palestra, já foi em alguma palestra?</p> <p>R: Não.</p> <p>P: Nunca foi?</p> <p>R: Nunca fui.</p> <p>P: Aqui no posto tem palestra para idoso?</p> <p>R: Não sei.</p> <p>P: Não sabe.</p> <p>R: Não sei.</p>	<p>P: E palestra?</p> <p>R: Muito menos, que eu não saio de casa. Se eu tiver que assistir palestra, esse tipo de coisa, não conta comigo porque eu não posso, que eu tenho os meus netos que eu tomo conta para eles trabalharem.</p> <p>P: Quantos netos a sra tem?</p> <p>R: Bom... Tem netos...</p> <p>P: Que está com a sra agora?</p> <p>R: Comigo eu só tenho uma agora.</p> <p>P: Tá. Que mora com a sra também.</p> <p>R: A neta mora e a bisneta.</p> <p>P: Ah. A neta e a bisneta.</p> <p>R: É. A mãe e a filha da mãe. Hahaha</p>
Recado	<p>P: Além dessas coisas que o sr já falou, é da... se o sr tivesse que mandar um recado para a secretaria municipal de saúde, pedindo alguma coisa, é... o que o sr pediria? Para o idoso.</p> <p>R: Eu pediria que ele atendesse o idoso porque ele é, todo ele é muito necessitado e nem sempre, bem tratado. Não adianta dizer que “sente, que eu já vou chamar”, “eu já lhe disse para o sr esperar”, “o sr se julga muito esperto”. Atenção. Acho que a falha está tão grave no atendimento médico quanto no atendimento social e pessoal, que eu acho o pior. Às vezes você sai de um consultório ou de um posto médico com vontade de chorar, com vontade de não continuar.</p> <p>P: Certo.</p> <p>Este é...</p> <p>P: Certo.</p> <p>Eu tenho passado...</p> <p>P: Eu sei, eu sei.</p> <p>R: O que eu sofri por causa disso eu não desejo a nenhum médico, nem aquele que disse que eu não tinha nada. Nem a ele eu desejo isso, porque eu sofri muito, muito, muito.</p> <p>P: Sei.</p> <p>R: Então é gravíssimo na minha opinião, claro que não é tudo, mas o atendimento está muito falho, muito falho. Não se dá a chance de ele dizer. Ele não tem expressões igual ao jovem que estudou, que se formou, mas ele tem seu vocabulário e há de ser entendido.</p> <p>P: Muito obrigado.</p>	<p>P: Ah certol! Se a sra tivesse que mandar um recado para a SMS pedindo alguma coisa para o idoso o que a sra pediria?</p> <p>(pausa)</p> <p>P: Para ajudar o idoso.</p> <p>R: Difícil. Difícil pq o idoso precisa de muita coisa, né?</p> <p>P: Mas a sra? O que a sra acha...?</p> <p>R: É, mais, mais assim sobre ah, ... para atender mais na área da saúde mesmo, que acho que é o que mais ele precisa. A saúde... Ele tendo saúde, tendo um acompanhamento assim, ele pode ver as outras coisas. E a saúde é muito precária.</p>	<p>P: Certo. Se a sra tivesse que mandar um recado para a Secretaria Municipal de Saúde pedindo alguma coisa para o idoso, o que a sra pediria? Para a saúde... do idoso. O que a sra pediria?</p> <p>R: Para a saúde, para a saúde assim... mais médico, né... que nós estamos com falta de médico, né. Você vai no posto não...hum...você vai para uma coisa não tem, vai para outra não tem. Marca, demora tanto. Olha, eu estou há um mês com essa consulta marcada! Um mês! Precisa mais médico, né?</p>	<p>P: Certo. Se a sra pudesse pedir alguma coisa para a Secretaria Municipal de Saúde para o idoso, o que a sra pediria? R: Para o idoso? P: É. R: Ai meu Deus. P: O que a sra acha que está faltando? R: Para o idoso falta tudo, né? Mas eu estou dizendo o seguinte, se o idoso é um idoso como eu, eu não preciso me preocupar. Mas eu me preocupando com os outros, eu não sei o que eles precisam. De alimentação, eles precisam de orientação, eles precisam de tanta coisa, que tem de ser bem orientada numa doença, tem que ser bem orientado pela família, não é? E ter muita paciência com o idoso, porque o idoso é idoso, não é porque quer. Ninguém é idoso porque quer. É idoso porque a idade chegou lá, não é? Então, agora tem uma coisa, eu não preciso dizer que eu preciso, que graças a Deus a minha neta me sustenta, o marido dela me ajuda e eu com o meu INPS eu compro os meus remédios e vou nos postos onde eu adquiro os remédios. O posto me ajuda muito. Eu fui operada, não faz muito tempo da vesícula, de repente, me deu a vesícula supurada.</p> <p>P: Certo.R: Fui muito bem tratada nos hospitais do governo, que ponho o governo nas alturas. E onde estou aqui também. Todo o lugar que sou bem tratada, porque eles me dão remédio, me dão tudo, já sou muito feliz com isso. Então para mim, não me falta muito, agora tem idosos que falta eu não sei né. A maneira que eles vivem, de que jeito que eles são tratados, né. Acho que a família tem que ter muita paciência com o idoso. Porque sem paciência ninguém chega lá, viu. E a gente que é idoso, paciência com os novos viu.</p>	

7.3 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a

colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
 - II - participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
 - III - definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária;
 - IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
 - V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
 - VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
 - VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
 - VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
 - IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
 - X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
 - XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
 - XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
 - XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
 - XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
 - XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
 - XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
 - XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
 - XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
 - XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.
- Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. A direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador;
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. A direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão

financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao

Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alcení Guerra

7.4 Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994 - Política Nacional do Idoso/Conselho Nacional do Idoso

IDOSO

LEI N. 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994*

Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

Da Finalidade

Artigo 1º - A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Artigo 2º - Considera-se idoso, para os efeitos desta Lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e das Diretrizes

SEÇÃO I

Dos Princípios

Artigo 3º - A política nacional do idoso rege-se-á pelos seguintes princípios:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

SEÇÃO II

Das Diretrizes

Artigo 4º - Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

IV - descentralização político-administrativa;

V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;

IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Parágrafo único - É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.

CAPÍTULO III

Da Organização e Gestão

Artigo 5º - Competirá ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social a coordenação geral da política nacional do idoso, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso.

Artigo 6º - Os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área.

Artigo 7º - Compete aos conselhos de que trata o artigo anterior a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.

Artigo 8º - À União, por intermédio do ministério responsável pela assistência e promoção social, compete:

I - coordenar as ações relativas à política nacional do idoso;

II - participar na formulação, acompanhamento e avaliação da política nacional do idoso;

III - promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à implementação da política nacional do idoso;

IV - vetado;

V - elaborar a proposta orçamentária no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao Conselho Nacional do Idoso.

Parágrafo único. 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.

Artigo 9º - Vetado.

Parágrafo único - Vetado.

CAPÍTULO IV

Das Ações Governamentais

Artigo 10 - Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

I - na área de promoção e assistência social:

- a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais;
- b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros;
- c) promover simpósios, seminários e encontros específicos;
- d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;
- e) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso;

II - na área de saúde:

- a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
- c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e
- h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso;

III - na área de educação:

- a) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso;
- b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;
- c) incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores;
- d) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;
- e) desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso;
- f) apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber;

IV - na área de trabalho e previdência social:

- a) garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado;

- b) priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários;

- c) criar e estimular a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento;

V - na área de habitação e urbanismo:

- a) destinar, nos programas habitacionais, unidades em regime de comodato ao idoso, na modalidade de casas-lares;
- b) incluir nos programas de assistência ao idoso formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradia, considerando seu estado físico e sua independência de locomoção;
- c) elaborar critérios que garantam o acesso da pessoa idosa à habitação popular;
- d) diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas;

VI - na área de justiça:

- a) promover e defender os direitos da pessoa idosa;
- b) zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos;

VII - na área de cultura, esporte e lazer:

- a) garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;
- b) propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, em âmbito nacional;
- c) incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais;
- d) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;
- e) incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.

idoso e estimulem sua participação na comunidade.

§ 1º - É assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada.

§ 2º - Nos casos de comprovada incapacidade do idoso para gerir seus bens, ser-lhe-á nomeado Curador especial em juízo.

§ 3º - Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

CAPÍTULO V

Do Conselho Nacional

Artigo 11 - Vetado.

Artigo 12 - Vetado.

Artigo 13 - Vetado.

Artigo 14 - Vetado.

Artigo 15 - Vetado.

Artigo 16 - Vetado.

Artigo 17 - Vetado.

Artigo 18 - Vetado.

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais

Artigo 19 - Os recursos financeiros necessários à implantação das ações afetas às áreas de competência dos governos federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais serão consignados em seus respectivos orçamentos.

Artigo 20 - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de sessenta dias, a partir da data de sua publicação.

Artigo 21 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 22 - Revogam-se as disposições em contrário.

* Ver regulamentação desta Lei no Decreto n. 1.948, de 3.7.1996.

7.5 Decreto Nº 1948, de 3de Julho de 1996

DECRETO Nº 1948 QUE REGULAMENTA A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

Presidência da República

Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 1.948, DE 3 DE JULHO DE 1996.

Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, inciso IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994,

DECRETA:

Art. 1º Na implementação da Política Nacional do Idoso, as competências dos órgãos e entidades públicas são as estabelecidas neste Decreto.

Art. 2º Ao Ministério da Previdência e Assistência Social, pelos seus órgãos, compete:

I - coordenar as ações relativas à Política Nacional do Idoso;

II - promover a capacitação de recursos humanos para atendimento ao idoso;

III - participar em conjunto com os demais ministérios envolvidos, da formulação, acompanhamento e avaliação da Política Nacional do Idoso;

IV - estimular a criação de formas alternativas de atendimento não-asilar;

V - promover eventos específicos para discussão das questões relativas à velhice e ao envelhecimento;

VI - promover articulações inter e intraministeriais necessárias à implementação da Política Nacional do Idoso;

VII - coordenar, financiar e apoiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso, diretamente ou em parceria com outros órgãos;

VIII - fomentar junto aos Estados, Distrito Federal, Municípios e organizações não-governamentais a prestação da assistência social aos idosos nas modalidades asilar e não-asilar.

Art. 3º Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

Parágrafo único. A assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família.

Art. 4º Entende-se por modalidade não-asilar de atendimento:

I - Centro de Convivência: local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania;

II - Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia - local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional;

III - Casa-Lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família;

IV - Oficina Abrigada de Trabalho: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas;

V - atendimento domiciliar: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades da vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade;

VI - outras formas de atendimento: iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade.

Art. 5º Ao Instituto Nacional do Seguro Social-INSS compete:

I - dar atendimento preferencial ao idoso, especificamente nas áreas do Seguro Social, visando à habilitação e à manutenção dos benefícios, exame médico pericial, inscrição de beneficiários, serviço social e setores de informações;

II - prestar atendimento, preferencialmente, nas áreas da arrecadação e fiscalização, visando à restrição de informações e ao cálculo de contribuições individuais;

III - estabelecer critérios para viabilizar o atendimento preferencial ao idoso.

Art. 6º Compete ao INSS esclarecer o idoso sobre os seus direitos previdenciários e os meios de exercê-los.

§ 1º O serviço social atenderá, prioritariamente, nos Postos do Seguro Social, os beneficiários idosos em via de aposentadoria.

§ 2º O serviço social, em parceria com os órgãos governamentais e não-governamentais, estimulará a criação e a manutenção de programas de preparação para aposentadorias, por meio de assessoramento às entidades de classes, instituições de natureza social, empresas e órgãos públicos, por intermédio das suas respectivas unidades de recursos humanos.

Art. 7º Ao idoso aposentado, exceto por invalidez, que retornar ao trabalho nas atividades abrangidas pelo Regime Geral de Previdência Social, quando acidentado no trabalho, será encaminhado ao Programa de Reabilitação do INSS, não fazendo jus a outras prestações de serviço, salvo às decorrentes de sua condição de aposentado.

Art. 8º Ao Ministério do Planejamento e Orçamento, por intermédio da Secretaria de Política Urbana, compete:

I - buscar, nos programas habitacionais com recursos da União ou por ela geridos, a observância dos seguintes critérios:

a) identificação, dentro da população alvo destes programas, da população idosa e suas necessidades habitacionais;

b) alternativas habitacionais adequadas para a população idosa identificada;

c) previsão de equipamentos urbanos de uso público que também atendam as necessidades da população idosa;

d) estabelecimento de diretrizes para que os projetos eliminem barreiras arquitetônicas e urbanas, que utilizam tipologias habitacionais adequadas para a população idosa identificada;

II - promover gestões para viabilizar linhas de crédito visando ao acesso a moradias para o idoso, junto:

a) às entidades de crédito habitacional;

b) aos Governos Estaduais e do Distrito Federal;

c) a outras entidades, públicas ou privadas, relacionadas com os investimentos habitacionais;

III - incentivar e promover, em articulação com os Ministérios da Educação e do Desporto, da Ciência e Tecnologia, da Saúde e junto às instituições de ensino e pesquisa, estudos para aprimorar as condições de habitabilidade para os idosos, bem como sua divulgação e aplicação aos padrões habitacionais vigentes;

IV - estimular a inclusão na legislação de:

a) mecanismos que induzam a eliminação de barreiras arquitetônicas para o idoso, em equipamentos urbanos de uso público;

b) adaptação, em programas habitacionais no seu âmbito de atuação, dos critérios estabelecidos no inciso I deste artigo. Art. 9º Ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, compete:

I - garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema único de Saúde - SUS;

II - hierarquizar o atendimento ao idoso a partir das Unidades Básicas e da implantação da Unidade de Referência, com equipe multiprofissional e interdisciplinar de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde;

III - estruturar Centros de Referência de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde com características de assistência à saúde, de pesquisa, de avaliação e de treinamento;

IV - garantir o acesso à assistência hospitalar;

V - fornecer medicamentos, órteses e próteses, necessários à recuperação e reabilitação da saúde do idoso;

VI - estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde;

VII - desenvolver política de prevenção para que a população envelheça mantendo um bom estado de saúde;

VIII - desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso de forma a:

a) estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com a autonomia e independência que lhe for própria;

b) estimular o auto-cuidado e o cuidado informal;

c) envolver a população nas ações de promoção da saúde do idoso;

d) estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de grupos de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social;

e) produzir e difundir material educativo sobre a saúde do idoso;

IX - adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;

X - elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares e acompanhar a sua implementação;

XI - desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, as organizações não-governamentais e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia, para treinamento dos profissionais de saúde;

XII - incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais;

XIII - realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico visando a ampliação do conhecimento sobre o idoso e subsidiar as ações de prevenção, tratamento e reabilitação;

XIV - estimular a criação, na rede de serviços do Sistema Único de Saúde, de Unidades de Cuidados Diurnos (Hospital-Dia, Centro-Dia), de atendimento domiciliar e outros serviços alternativos para o idoso.

Art. 10. Ao Ministério da Educação e do Desporto, em articulação com órgãos federais, estaduais e municipais de educação, compete:

I - viabilizar a implantação de programa educacional voltado para o idoso, de modo a atender o inciso III do Art. 10 da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

II - incentivar a inclusão nos programas educacionais de conteúdos sobre o processo de envelhecimento;

III - estimular e apoiar a admissão do idoso na universidade, propiciando a integração intergeracional;

IV - incentivar o desenvolvimento de programas educativos voltados para a comunidade, ao idoso e sua família, mediante os meios de comunicação de massa;

V - incentivar a inclusão de disciplinas de Gerontologia e Geriatria nos currículos dos cursos superiores.

Art. 11. Ao Ministério do Trabalho, por meio de seus órgãos, compete garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto à sua participação no mercado de trabalho.

Art. 12. Ao Ministério da Cultura compete, em conjunto com seus órgãos e entidades vinculadas, criar programa de âmbito nacional, visando à:

I - garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;

II - propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos;

III - valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;

IV - incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais.

Parágrafo único. As entidades vinculadas do Ministério da Cultura, no âmbito de suas respectivas áreas afins, compete a implementação de atividades específicas, conjugadas à Política Nacional do Idoso.

Art. 13. Ao Ministério da Justiça, por intermédio da Secretaria dos Direitos da Cidadania, compete:

I - encaminhar as denúncias ao órgão competente do Poder Executivo ou do Ministério Público para defender os direitos da pessoa idosa junto ao Poder Judiciário;

II - zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos.

Parágrafo único. Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

Art. 14. Os Ministérios que atuam nas áreas de habitação e urbanismo, de saúde, de educação e desporto, de trabalho, de previdência e assistência social, de cultura e da justiça deverão elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas compatíveis com a Política Nacional do Idoso.

Art. 15. Compete aos Ministérios envolvidos na Política Nacional do Idoso, dentro das suas competências, promover a capacitação de recursos humanos voltados ao atendimento do idoso.

Parágrafo único. Para viabilizar a capacitação de recursos humanos, os Ministérios poderão firmar convênios com instituições governamentais e não-governamentais, nacionais, estrangeiras ou internacionais.

Art. 16. Compete ao Conselho Nacional da Seguridade Social e aos conselhos setoriais, no âmbito da seguridade, a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da Política Nacional do Idoso, respeitadas as respectivas esferas de atribuições administrativas.

Art. 17. O idoso terá atendimento preferencial nos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população.

Parágrafo único. O idoso que não tenha meios de prover à sua própria subsistência, que não tenha família ou cuja família não tenha condições de prover à sua manutenção, terá assegurada a assistência asilar, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, na forma da lei.

Art. 18. Fica proibida a permanência em instituições asilares, de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou por em risco sua vida ou a vida de terceiros.

Parágrafo único. A permanência ou não do idoso doente em instituições asilares, de caráter social, dependerá de avaliação médica prestada pelo serviço de saúde local.

Art. 19. Para implementar as condições estabelecidas no artigo anterior, as instituições asilares poderão firmar contratos ou convênios com o Sistema de Saúde local. Art. 20. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 3 de Julho de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Nelson A. Jobim

Paulo Renato Souza

Francisco Weffort

Paulo Paiva

Reinhold Stephanes

7.6 Portaria N° 1395/GM de 10 de dezembro de 1999 - Política de saúde do idoso

Portaria 1395/GM – POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO

Portaria n.º 1.395/GM Em 10 de dezembro de 1999.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso; a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema; e a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

1. INTRODUÇÃO

Parte essencial da Política Nacional de Saúde, a presente Política fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, na conformidade do que determinam a Lei Orgânica da Saúde – N.º 8.080/90 – e a Lei 8.842/94, que assegura os direitos deste segmento populacional.

No conjunto dos princípios definidos pela Lei Orgânica, destaca-se o relativo à "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral", que constitui uma das questões essenciais enfocadas nesta Política, ao lado daqueles inerentes à integralidade da assistência e ao uso da epidemiologia para a fixação de prioridades (Art. 7º, incisos III, II e VII, respectivamente).

Por sua vez, a Lei N.º 8.842 – regulamentada pelo Decreto N.º 1.948, de 3 de julho de 1996 –, ao definir a atuação do Governo, indicando as ações específicas das áreas envolvidas, busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade, assim consideradas as pessoas com 60 anos de idade ou mais.

Segundo essa Lei, cabe ao setor saúde, em síntese, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área (inciso II do Art. 10).

Ao lado das determinações legais, há que se considerar, por outro lado, que a população idosa brasileira tem se ampliado rapidamente. Em termos proporcionais, a faixa etária a partir de 60 anos de idade é a que mais cresce. No período de 1950 a 2025, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS –, o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total em cinco. O País ocupará, assim, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

O processo de transição demográfica no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa modificaram a pirâmide populacional. Até os anos 60, todos os grupos etários registravam um crescimento quase igual; a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento.

Nos países desenvolvidos, essa transição ocorreu lentamente, realizando-se ao longo de mais de cem anos. Alguns desses países, hoje, apresentam um crescimento negativo da sua população, com a taxa de nascimentos mais baixa que a de mortalidade. A transição acompanhou a elevação da qualidade de vida das populações urbanas e rurais, graças à adequada inserção das pessoas no mercado de trabalho e de oportunidades educacionais mais favoráveis, além de melhores condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia.

À semelhança de outros países latino-americanos, o envelhecimento no Brasil é um fenômeno predominantemente urbano, resultando sobretudo do intenso movimento migratório iniciado na década de 60, motivado pela industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas. Esse processo de urbanização propiciou um maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, o que colaborou para a queda verificada na mortalidade. Possibilitou, também, um maior acesso a programas de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais, levando a uma significativa redução da fecundidade. A persistir a tendência de o envelhecimento como fenômeno urbano, as projeções para o início do século XXI indicam que 82% dos idosos brasileiros estarão morando nas cidades. As regiões mais urbanizadas, como a Sudeste e o Sul, ainda oferecem melhores possibilidades de emprego, disponibilidade de serviços públicos e oportunidades de melhor alimentação, moradia e assistência médica e social.

Embora grande parte das populações ainda viva na pobreza, nos países menos desenvolvidos, certas conquistas tecnológicas da medicina moderna, verificadas nos últimos 60 anos – assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, entre outros –, favoreceram a adoção de meios capazes de prevenir ou curar muitas doenças que eram fatais até então. O conjunto dessas medidas provocou uma queda da mortalidade infantil e, conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida ao nascer.

No Brasil, em 1900, a expectativa de vida ao nascer era de 33,7 anos; nos anos 40, de 39 anos; em 50, aumentou para 43,2 anos e, em 60, era de 55,9 anos. De 1960 para 1980, essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos, isto é, foram acrescidos vinte anos em três décadas, segundo revela o Anuário Estatístico do Brasil de 1982 (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Fundação IBGE). De 1980 para 2000, o aumento deverá ser em torno de cinco anos, ocasião em que cada brasileiro, ao nascer, esperará viver 68 anos e meio. As projeções para o período de 2000 a 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos (Kalache et al., 1987).

Paralelamente a esse aumento na expectativa de vida, tem sido observado, a partir da década de 60, um declínio acentuado da fecundidade, levando a um aumento importante da proporção de idosos na população brasileira. De 1980 a 2000, o grupo etário com 60 anos e mais de idade deverá crescer 105%; as projeções apontam para um crescimento de 130% no período de 2000 a 2025.

Mesmo que se leve em conta que uma parcela do contingente de idosos participe da atividade econômica, o crescimento deste grupo populacional afeta diretamente a razão de dependência, usualmente definida como a soma das populações jovem e idosa em relação à população economicamente ativa total. Esse coeficiente é calculado tomando por base a população de menos de 15 anos e a de 60 e mais anos de idade em relação àquela considerada em idade produtiva (situada na faixa etária dos 15 aos 59 anos de idade).

O processo de urbanização e a conseqüente modificação do mercado de trabalho aceleraram a redistribuição da população entre as zonas rural e urbana do País. Em 1930, dois terços da população brasileira viviam na zona rural; hoje, mais de três quartos estão em zona urbana. O emprego nas fábricas e as mais diferenciadas possibilidades de trabalho nas cidades

modificaram a estrutura familiar brasileira, transformando a família extensa do campo na família nuclear urbana. Com o aumento da expectativa de vida, as famílias passaram a ser constituídas por várias gerações, exigindo os necessários mecanismos de apoio mútuo entre as que compartilham o mesmo domicílio.

A família, tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos, está passando por alterações decorrentes dessas mudanças conjunturais e culturais. O número crescente de divórcios e segundo ou terceiro casamento, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores e o aumento no número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe são situações que precisam ser levadas em conta na avaliação do suporte informal aos idosos na sociedade brasileira. Essas situações geram o que se convencionou chamar de intimidade à distância, em que diferentes gerações ou mesmo pessoas de uma mesma família ocupam residências separadas.

Tem sido observada uma feminização do envelhecimento no Brasil. O número de mulheres idosas, confrontado com o de homens de mais de 60 anos de idade, já é superior há muito tempo. Da mesma forma, a proporção de idosas em relação à população total de mulheres supera aquela correspondente aos homens idosos. No Brasil, desde 1950, as mulheres têm maior esperança de vida ao nascer, sendo que a diferença está ao redor de sete anos e meio.

De outra parte, o apoio aos idosos praticado no Brasil ainda é bastante precário. Por se tratar de uma atividade predominantemente restrita ao âmbito familiar, o cuidado ao idoso tem sido ocultado da opinião pública, carecendo de visibilidade maior.

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deixa de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional.

Além das transformações demográficas descritas anteriormente, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no País, hoje são responsáveis por menos de 10% (RADIS: "Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980"). O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram responsáveis por 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados.

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas.

Tomando-se por base os dados relativos à internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde – SUS –, em 1997, e a população estimada pelo IBGE para este mesmo ano, pode-se concluir que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos de saúde. Naquele ano, o Sistema arcou com um total de 12.715.568 de AIHs (autorizações de internações hospitalares), assim distribuídas:

- 2.471.984 AIHs (19,4%) foram de atendimentos na faixa etária de 0-14 anos de idade, que representava 33,9% da população total (aqui também estão incluídas as AIHs dos recém-nascidos em ambiente hospitalar, bem como as devidas a parto normal);

- 7.325.525 AIHs (57,6%) foram na faixa etária de 15-59 anos de idade (58,2% da população total);

- 2.073.915 AIHs (16,3%) foram na faixa etária de 60 anos ou mais de idade (7,9% da população total);

- 480.040 AIHs (3,8%) foram destinadas ao atendimento de indivíduos de idade ignorada; essas hospitalizações, em sua grande maioria, corresponderam a tratamento de enfermidades mentais de longa permanência, geralmente em pessoas acima de 50 anos de idade (essa parcela de AIHs foi excluída dos estudos em que se diferencia o impacto de cada faixa etária no sistema hospitalar); a taxa de hospitalização, em um ano, alcançou um total de 46 por 1.000 indivíduos na faixa etária de 0 a 14 anos de idade, 79 no segmento de 15 a 59 anos de idade e 165 no grupo de 60 anos ou mais de idade;
- o tempo médio de permanência hospitalar foi de 5,1 dias para o grupo de 0-14 anos de idade, 5,1 dias no de 15-59 e 6,8 dias no grupo mais idoso;

- o índice de hospitalização (número de dias de hospitalização consumidos, por habitante, a cada ano) correspondeu a 0,23 dias na faixa de 0-14 anos de idade; a 0,40 dias na faixa de 15-59; e a 1,12 dias na faixa de 60 anos ou mais de idade;

- do custo total de R\$ 2.997.402.581,29 com despesas de internações hospitalares, 19,7% foram com pacientes da faixa etária de 0-14 anos de idade, 57,1% da faixa de 15-59 anos de idade e 23,9% foram de idosos;

- o custo médio, por hospitalização, foi de R\$ 238,67 em relação à faixa etária de 0-14 anos de idade, R\$ 233,87 à de 15-59 anos e R\$ 334,73 ao grupo de mais de 60 anos de idade; e

- o índice de custo (custo de hospitalização por habitante/ano) foi de R\$ 10,93 no segmento de 0-14 anos de idade, de R\$ 18,48 no de 15-59 anos de idade e de R\$ 55,25 no de mais de 60 anos de idade.

Estudos têm demonstrado que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde e que este maior custo não reverte em seu benefício. O idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, não sendo submetido também a uma triagem rotineira para fins de reabilitação.

A abordagem médica tradicional do adulto hospitalizado – focada em uma queixa principal e o hábito médico de tentar explicar todas as queixas e os sinais por um único diagnóstico, que é adequada no adulto jovem – não se aplica em relação ao idoso. Estudos populacionais demonstram que a maioria dos idosos – 85% – apresenta pelo menos uma doença crônica e que uma significativa minoria – 10% – possui, no mínimo, cinco destas patologias (Ramos, LR e cols, 1993). A falta de difusão do conhecimento geriátrico junto aos profissionais de saúde tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem médica do paciente idoso.

A maioria das instituições de ensino superior brasileiras ainda não está sintonizada com o atual processo de transição demográfica e suas consequências médico-sociais. Há uma escassez de recursos técnicos e humanos para enfrentar a explosão desse grupo populacional no terceiro milênio.

O crescimento demográfico brasileiro tem características particulares, que precisam ser apreendidas mediante estudos e desenhos de investigação que deem conta dessa especificidade. O cuidado de saúde destinado ao idoso é bastante caro, e a pesquisa corretamente orientada pode propiciar os instrumentos mais adequados para uma maior eficiência na adoção de prioridades e na alocação de recursos, além de subsidiar a implantação de medidas apropriadas à realidade brasileira. A transição demográfica no Brasil exige, na verdade, novas estratégias para fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, com baixo nível socioeconômico, capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos da saúde destinada ao financiamento de leitos de longa permanência.

A internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares está sendo questionada até nos países desenvolvidos, onde estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados em termos de conforto e eficiência. O custo desse modelo e as dificuldades de sua manutenção estão requerendo medidas mais resolutivas e menos onerosas. O retorno ao modelo de cuidados domiciliares, já bastante discutido, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de especialistas.

A maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção do que regra. No entanto, a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente. A maior parte dos idosos é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem

nenhuma necessidade de ajuda de quem quer que seja. Consoante aos mais modernos conceitos gerontológicos, esse idoso que mantém sua autodeterminação e prescindir de qualquer ajuda ou supervisão para realizar-se no seu cotidiano deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais de uma doença crônica.

Decorre daí o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade que foi perdida pelo idoso. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível – foco central desta Política –, significa a valorização da autonomia ou autodeterminação e a preservação da independência física e mental do idoso. Tanto as doenças físicas quanto as mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional.

Na análise da questão relativa à reabilitação da capacidade funcional, é importante reiterar que a grande maioria dos idosos desenvolve, ao longo da vida, algum tipo de doença crônica decorrente da perda continuada da função de órgãos e aparelhos biológicos. Essa perda de função pode ou não levar a limitações funcionais que, por sua vez, podem gerar incapacidades, conduzindo, em última instância, à dependência da ajuda de outrem ou de equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais à sobrevivência no dia a dia.

Estudos populacionais revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa do tipo fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor, mas significativa – 10% –, requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas (Ramos, L. R. e cols., 1993). É imprescindível que, na prestação dos cuidados aos idosos, as famílias estejam devidamente orientadas em relação às atividades de vida diária (AVDs).

Tanto a dependência física quanto a mental constituem fatores de risco significativos para mortalidade, mais relevantes até que as próprias doenças que levaram à dependência, visto que nem todo doente torna-se dependente, conforme revelam estudos populacionais de segmentos de idosos residentes em diferentes comunidades (Ramos, L. R. e cols., 1993). No entanto, nem todo dependente perde sua autonomia e, neste sentido, a dependência mental deve ser objeto de atenção especial, na medida em que leva, com muito mais frequência, à perda de autonomia. Doenças como depressão e demência já estão, em todo mundo, entre as principais causas de anos vividos com incapacidade, exatamente por conduzirem à perda da independência e, quase que necessariamente, à perda da autonomia.

Os custos gerados por essa dependência são tão grandes quanto o investimento de dedicar um membro da família ou um cuidador para ajudar continuamente uma pessoa que, muitas vezes, irá viver mais 10 ou 20 anos, requerendo uma atenção que, não raro, envolve leitos hospitalares e institucionais, procedimentos diagnósticos caros e sofisticados, bem como o consenso freqüente de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, capaz de fazer frente à problemática multifacetada do idoso.

Dentro desse contexto é que são estabelecidas novas prioridades dirigidas a esse grupo populacional, que deverão nortear as ações em saúde nesta virada de século.

2. PROPÓSITO

Como se pode depreender da análise apresentada no capítulo anterior, o crescimento demográfico da população idosa brasileira exige a preparação adequada do País para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade. Essa preparação envolve diferentes aspectos que dizem respeito desde a adequação ambiental e o provimento de recursos materiais e humanos capacitados, até a definição e a implementação de ações de saúde específicas.

Acresce-se, por outro lado, a necessidade de a sociedade entender que o envelhecimento de sua população é uma questão que extrapola a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público, neste compreendido o Estado, as organizações não-governamentais e os diferentes segmentos sociais.

Nesse sentido, a presente Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Para tanto, nesta Política estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance do propósito acima explicitado. Além disso, orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Idoso, mediante o qual deverá ser possível os eventuais redimensionamentos que venham a ser ditados pela prática.

A implementação desta Política compreende a definição e o readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, que direta ou indiretamente se relacionem com o seu objeto. O esforço conjunto de toda a sociedade, aqui preconizado, implica o estabelecimento de uma articulação permanente que, no âmbito do SUS, envolve a construção de contínua cooperação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

3. DIRETRIZES

Para o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde do Idoso, são definidas como diretrizes essenciais :

- a promoção do envelhecimento saudável;
- a manutenção da capacidade funcional;
- a assistência às necessidades de saúde do idoso;
- a reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- a capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais ; e
- o apoio a estudos e pesquisas.

3.1. Promoção do envelhecimento saudável

O cumprimento dessa diretriz compreenderá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

Entre os hábitos saudáveis, deverão ser destacados, por exemplo, a alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse . Em relação aos hábitos nocivos, merecerão destaque o tabagismo, o alcoolismo e a automedicação.

Tais temas serão objeto de processos educativos e informativos continuados, em todos os níveis de atuação do SUS, com a utilização dos diversos recursos e meios disponíveis, tais como: distribuição de cartilhas e folhetos, bem como o desenvolvimento de campanhas em programas populares de rádio; veiculação de filmes na televisão; treinamento de agentes comunitários de saúde e profissionais integrantes da estratégia de saúde da família para, no trabalho domiciliar, estimular os cidadãos na adoção de comportamentos saudáveis.

Ênfase especial será dada às orientações dos idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais, que favorecem quedas e que podem comprometer a capacidade funcional destas pessoas. Deverão ser garantidas aos idosos, assim como aos portadores de deficiência, condições adequadas de acesso aos espaços públicos, tais como rampas, corrimões e outros equipamentos facilitadores.

3.2. Manutenção da capacidade funcional

Alado das medidas voltadas à promoção de hábitos saudáveis, serão promovidas ações que visem a prevenção de perdas funcionais, em dois níveis específicos:

- prevenção de agravos à saúde;
- detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos idosos.

As ações de prevenção envolvidas no primeiro nível estarão centradas na aplicação de vacinas, medida já consolidada para a infância, mas com prática ainda limitada e recente entre idosos. Deverão ser aplicadas as vacinas contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e a influenza, que representam problemas sérios entre os idosos no Brasil e que são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS – para este grupo populacional.

A grande maioria das hospitalizações para o tratamento do tétano ocorre em indivíduos acima dos 60 anos de idade. Nesse sentido, essa população será estimulada a fazer doses de reforço da vacina antitetânica a cada dez anos, tendo em vista a sua comprovada efetividade, a qual alcança quase os 100%.

As pneumonias, em especial a de origem pneumocócica, estão entre as patologias infecciosas que mais trazem riscos à saúde dos idosos, com altas taxas de internação, além de alta letalidade nesta faixa etária. São apontadas como fatores de descompensação funcional de piora dos quadros de insuficiência cardíaca, desencadeadoras de edema agudo de pulmão e fonte de deterioração nos quadros de doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Levando em conta as recomendações técnicas atuais, a vacina antipneumocócica deverá ser administrada em dose única nos indivíduos idosos.

Embora vista como enfermidade trivial, a influenza – ou gripe –, no grupo dos idosos, pode trazer consequências graves, levando a processos pneumônicos ou, ainda, à quebra do equilíbrio, já instável, destes indivíduos, portadores de patologias crônicas não transmissíveis. A vacina antigripal deverá ser aplicada em todos os idosos, pelo menos duas semanas antes do início do inverno ou do período das chuvas nas regiões mais tropicais.

No segundo nível da manutenção da capacidade funcional, além do reforço das ações dirigidas à detecção precoce de enfermidades não transmissíveis – como a hipertensão arterial, a diabetes melito e a osteoporose –, deverão ser introduzidas as novas medidas, de que são exemplos aquelas dirigidas ao hipotireoidismo subclínico – ainda pouco usuais e carentes de sistematização –, mediante o desenvolvimento de atividades específicas, entre as quais destacam-se:

- antecipação de danos sensoriais, com o rastreio precoce de danos auditivos, visuais e proprioceptivos;
- utilização dos protocolos próprios para situações comuns entre os idosos, tais como riscos de queda, alterações do humor e perdas cognitivas;
- prevenção de perdas dentárias e de outras afecções da cavidade bucal;
- prevenção de deficiências nutricionais;
- avaliação das capacidades e habilidades funcionais no ambiente domiciliar, com vistas à prevenção de perda de independência e autonomia;
- prevenção do isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais, como clubes, grupos de convivência, associação de aposentados etc.

A operacionalização da maioria dessas medidas dar-se-á nas próprias unidades de saúde, com suas equipes mínimas tradicionais, às quais deverão ser incorporados os agentes de saúde ou visitantes, além do estabelecimento de parcerias nas ações integrantes da estratégia de saúde da família e outras congêneres. Além disso, na implementação dessa diretriz, buscar-se-á o engajamento efetivo dos grupos de convivência, com possibilidades tanto terapêuticas e preventivas, quanto de lazer.

3.3. Assistência às necessidades de saúde do idoso

A prestação dessa assistência basear-se-á nas orientações abaixo descritas, as quais compreendem os âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

No âmbito ambulatorial, a consulta geriátrica constituirá a base dessa assistência. Para tal, deverá ser estabelecido um modelo específico, de modo a alcançar-se um impacto expressivo na assistência, em particular na redução das taxas de internação hospitalar e em clínicas de repouso – e mesmo asilos –, bem como a diminuição da demanda aos serviços de emergência e aos ambulatorios de especialidades.

A consulta geriátrica deverá ser fundamentada na coleta e no registro de informações que possam orientar o diagnóstico a partir da caracterização de problemas e o tratamento adequado, com a utilização rotineira de escalas de rastreamento para depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o correto encaminhamento para a equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Considerando que a qualidade da coleta de dados apresenta dificuldades peculiares a esse grupo etário, em decorrência de elevado índice de morbidade, apresentações atípicas de doenças e pela chance aumentada de iatrogenia, o modelo de consulta a ser estabelecido pautar-se-á pela abrangência, sensibilidade diagnóstica e orientação terapêutica, nesta incluídas ações não farmacológicas.

A abrangência do modelo de consulta geriátrica compreenderá a incorporação de informações que permitam a identificação de problemas não apenas relacionados aos sistemas cardiorrespiratório, digestivo, hematológico e endócrino-metabólico, como, também, aos transtornos neuropsiquiátricos, nos aparelhos locomotor e geniturinário.

Essa forma de consulta deverá possibilitar a sensibilização do profissional para questões sociais eventualmente envolvidas no bem-estar do paciente.

Por sua vez, a sensibilidade diagnóstica deverá implicar a capacidade de motivar a equipe para a busca de problemas de elevada prevalência, que não são comumente diagnosticados, como por exemplo: doenças tireoideanas, doença de Parkinson, hipotensão ortostática, incontinência urinária, demências e depressões. É importante que informações relacionadas a glaucoma, catarata e hipoacusia sejam coletadas. A possibilidade de iatrogenia sempre deverá ser considerada.

Finalmente, a orientação terapêutica, incluindo mudanças de estilo de vida, deverá possibilitar que a consulta geriátrica enfrente os problemas identificados, levando a alguma forma de alívio e atenuação do impacto funcional. Ao mesmo tempo, o médico deverá evitar excessos na prescrição e uso de fármacos com elevado potencial iatrogênico.

A orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessário, informações aos pacientes e seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação precoce – ou “preventiva” – e corretiva, levando em conta, da melhor maneira possível, o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

Já no âmbito hospitalar, a assistência a esse grupo populacional deverá considerar que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do idoso enfermo hospitalizado. Nesse sentido, o estado funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento.

Assim, os pacientes classificados como totalmente dependentes constituirão o grupo mais sujeito a internações prolongadas, reinternações sucessivas e de pior prognóstico e que, por isso, se enquadram no conceito de vulnerabilidade. Os serviços de saúde deverão estar preparados para identificar esses pacientes, provendo-lhes uma assistência diferenciada.

Essa assistência será pautada na participação de outros profissionais, além de médicos e enfermeiros, tais como fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas e nutricionistas. Dessa forma, a disponibilidade de equipe mínima, que deve incluir obrigatoriamente um médico com formação em geriatria, de equipamentos e de serviços adequados, será pré-requisito para as instituições públicas estatais ou privadas – conveniadas ou contratadas pelo SUS –, que prestarem assistência a idosos dependentes internados.

Idosos com graves problemas de saúde, sem possibilidade de recuperação ou de recuperação prolongada, poderão demandar internação hospitalar de longa permanência; forma esta definida na Portaria N.º 2.413, editada em 23 de março de 1998. No entanto, esses pacientes deverão ser submetidos a tentativa de reabilitação antes e durante a hospitalização, evitando-se que as enfermarias sejam transformadas em locais de acomodação para pacientes idosos com problemas de saúde não resolvidos e, por conseguinte, aumentando a carga de sofrimento do próprio idoso, bem como o aumento dos custos dos serviços de saúde.

Entre os serviços alternativos à internação prolongada, deverá estar incluída, obrigatoriamente, a assistência domiciliar. A adoção de tal medida constituirá estratégia importante para diminuir o custo da internação, uma vez que assistência domiciliar é menos onerosa do que a internação hospitalar. O atendimento ao idoso enfermo, residente em instituições – como, por exemplo, asilos –, terá as mesmas características da assistência domiciliar.

Deverá ser estimulada, por outro lado, a implantação do hospital-dia geriátrico, uma forma intermediária de atendimento entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar. Esse serviço terá como objetivo viabilizar a assistência técnica adequada para pacientes cuja necessidade terapêutica – hidratação, uso de medicação endovenosa, quimioterapia e reabilitação – e de orientação para cuidadores não justifiquem a permanência em hospital.

Tal medida não poderá ser encarada como justificativa para o simples aumento do tempo de internação. Contudo, a internação de idosos em UTI, em especial daqueles com idade igual ou superior a 75 anos, deverá obedecer rigorosamente os critérios adotados em todas as faixas etárias, de potencial de reversibilidade do estado clínico e não a sua gravidade, quando reconhecidamente irrecuperável.

A implantação de forma diferenciada de assistência ao idoso dependente será gradual, priorizando-se hospitais universitários e públicos estaduais.

Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde (ambulatorios, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros), na conformidade do que estabelece a Lei N.º 8.842/94, em seu Art. 4º, inciso VIII, e o Art. 17, do Decreto N.º 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados – conveniados ou contratados – pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que deverá sempre ser observado diz respeito à possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco neles envolvidos. Esses maus-tratos podem ser por negligência – física, psicológica ou financeira –, por abuso – físico, psicológico ou financeiro – ou por violação dos direitos pessoais. O profissional de saúde, o idoso e a família, quando houver indícios de maus-tratos, deverá denunciar a sua suspeita às autoridades competentes.

Considerando que a vulnerabilidade à perda de capacidade está ligada a aspectos socioeconômicos, atenção especial deverá ser concedida aos grupos de idosos que estão envelhecendo em condições mais desfavoráveis, de que são exemplos aqueles residentes na periferia dos grandes centros urbanos e os que vivem nas zonas rurais desprovidas de recursos de saúde e assistência social, onde também se observa uma intensa migração da população jovem.

3.4. Reabilitação da capacidade funcional comprometida

As ações nesse contexto terão como foco especial a reabilitação precoce, mediante a qual buscar-se-á prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente, de modo a evitar-se que as limitações da capacidade funcional possam avançar e que aquelas limitações já avançadas possam ser amenizadas. Esse trabalho envolverá as práticas de um trabalho multiprofissional de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e serviço social.

Na definição e na implementação das ações, será levado em conta que, na realidade, as causas de dependência são, em sua maioria, evitáveis e, em muitos casos, reversíveis por intermédio de técnicas de reabilitação física e mental, tão mais efetivas quanto mais precocemente forem instituídas.

Além da necessidade de prevenir as doenças crônicas que acometem aos que envelhecem, procurar-se-á, acima de tudo, evitar que estas enfermidades alijem o idoso do convívio social, comprometendo sua autonomia.

No conjunto de ações que devem ser implementadas nesse âmbito, estão aquelas relacionadas à reabilitação mediante a prescrição adequada e o uso de órteses e próteses como, por exemplo, óculos, aparelhos auditivos, próteses dentárias e tecnologias assistivas (como andador, bengala etc.).

Essas e as outras ações que vierem a ser definidas deverão estar disponíveis em todos os níveis de atenção ao idoso, principalmente nos postos e centros de saúde, com vistas à detecção precoce e o tratamento de pequenas limitações funcionais capazes de levar a uma grave dependência.

A detecção precoce e o tratamento de pequenas limitações funcionais, potenciais causas de formas graves de dependência, integrarão as atribuições dos profissionais e técnicos que atuam nesses níveis de atenção, e deverão ser alvo de orientação aos cuidadores dos idosos para que possam colaborar com os profissionais da saúde, sobretudo na condição de agentes facilitadores, tanto na observação de novas limitações, quanto no auxílio ao tratamento prescrito.

3.5. Capacitação de recursos humanos especializados

O desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos constituem diretriz que perpassará todas as demais definidas nesta Política, configurando mecanismo privilegiado de articulação intersetorial, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade adequadas, e cujo provimento é de responsabilidade das três esferas de governo.

Esse componente deverá merecer atenção especial, sobretudo no tocante ao que define a Lei N.º 8.080/90, em seu Art. 14 e parágrafo único, nos quais está estabelecido que a formação e a educação continuada contemplarão ação intersetorial articulada. A lei estabelece, como mecanismo fundamental, a criação de comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de “propor prioridades, métodos e estratégias”.

O trabalho articulado com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior deverá ser viabilizado por intermédio dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia tendo em vista a capacitação de recursos humanos em saúde de acordo com as diretrizes aqui fixadas.

Os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia serão, preferencialmente, localizados em instituições de ensino superior e terão atribuições específicas, conforme as características de cada instituição. A indicação desses Centros deverá ser estabelecida pelo Ministério da Saúde, de acordo com as necessidades identificadas no processo de implantação desta Política Nacional.

No âmbito da execução de ações, de forma mais específica, a capacitação buscará preparar os recursos humanos para a operacionalização de um elenco básico de atividades, que incluirá, entre outras, a prevenção de perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da população idosa e o controle dos fatores que interferem no estado de saúde desta população.

A capacitação de pessoal para o planejamento, coordenação e avaliação de ações deverá constituir as bases para o desenvolvimento do processo contínuo de articulação com os demais setores, cujas ações estão diretamente relacionadas com o idoso no âmbito do setor saúde.

Essa capacitação será promovida pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, os quais terão a função específica de capacitar os profissionais para prestar a devida cooperação técnica demandada pelas demais esferas de gestão, no sentido de uniformizar conceitos e procedimentos que se tornarão indispensáveis para a efetivação desta Política Nacional de Saúde do Idoso, bem como para o seu processo contínuo de avaliação e acompanhamento.

3.6. Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais

Nesse âmbito, buscar-se-á desenvolver uma parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades da vida diária e pelo seguimento das orientações emitidas pelos profissionais. Tal parceria, como mostram estudos e pesquisas sobre o envelhecimento em dependência, configura a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontram neste processo.

Nos países onde o envelhecimento da população vem ocorrendo há mais tempo, convencionou-se que há cuidados formais e informais na atenção às pessoas que envelheceram e que, de alguma forma, perderam a sua capacidade funcional. Os sistemas formais de cuidados são integrados por profissionais e instituições, que realizam este atendimento

sob a forma de prestação de serviço. Dessa forma, os cuidados são prestados por pessoa ou agências comunitárias contratadas para tal. Já os sistemas informais são constituídos por pessoas da família, amigos próximos e vizinhos, freqüentemente mulheres, que exercem tarefas de apoio e cuidados voluntários para suprir a incapacidade funcional do seu idoso.

Na cultura brasileira, são essas pessoas que assumem para si as funções de provedoras de cuidados diretos e pessoais. O papel de mulher cuidadora na família é normativo, sendo quase sempre esperado que ela assuma tal papel. Os responsáveis pelos cuidados diretos aos seus idosos doentes ou dependentes geralmente residem na mesma casa e se incumbem de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias destes idosos, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano, por exemplo ida a bancos ou farmácias.

O modelo de cuidados domiciliares, antes restrito à esfera privada e à intimidade das famílias, não poderá ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos cuja capacidade funcional está comprometida demanda orientação, informação e assessoria de especialistas.

Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito.

Essas pessoas deverão, também, receber atenção médica pessoal, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador. Por conseguinte, a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador.

Assim, a parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento.

Dessa parceria, deverão resultar formas mais efetivas e eficazes de manutenção e de recuperação da capacidade funcional, assim como a participação mais adequada das pessoas envolvidas com alguém em processo de envelhecimento com dependência. O estabelecimento dessa ação integrada será realizado por meio de orientações a serem prestadas pelos profissionais de saúde, do intercâmbio de informações claras e precisas sobre diagnósticos e tratamentos, bem como relatos de experiências entre pessoas que estão exercitando o papel de cuidar de idoso dependente.

3.7. Apoio a estudos e pesquisas

Esse apoio deverá ser levado a efeito pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, resguardadas, nas áreas de conhecimento de suas especialidades, as particularidades de cada um.

Esses Centros deverão se equipar, com o apoio financeiro das agências de ciência e tecnologia regionais e ou federais, para organizar o seu corpo de pesquisadores e atuar em uma ou mais de uma linha de pesquisa. Tais grupos incumbir-se-ão de gerar informações com o intuito de subsidiar as ações de saúde dirigidas à população de mais de 60 anos de idade, em conformidade com esta Política. Caberá ao Ministério da Saúde e ao Ministério Ciência Tecnologia, em especial, o papel de articuladores, com vistas a garantir a efetividade de ações programadas de estudos e pesquisas desta Política Nacional de Saúde do Idoso.

As linhas de pesquisa deverão concentrar-se em quatro grandes tópicos de produção de conhecimentos sobre o envelhecimento no Brasil, contemplando as particularidades de gênero e extratos sociais nas zonas urbanas e rurais.

O primeiro tópico refere-se a estudos de perfil do idoso, nas diferentes regiões do País, e prevalência de problemas de saúde, incluindo dados sociais, nas formas de assistência e seguridade, situação financeira e apoios formais e informais. Nesse contexto, será estimulada a sistematização das informações produzidas pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, em articulação com os dados das agências governamentais, particularmente aquelas que lidam com estudos demográficos e populacionais.

No segundo tópico, deverão estar concentrados estudos visando a avaliação da capacidade funcional; prevenção de doenças, vacinações; estudos de seguimento; e desenvolvimento de instrumentos de rastreamento.

O terceiro tópico diz respeito aos estudos de modelos de cuidado, na assessoria para a implementação e no acompanhamento e na avaliação das intervenções.

O quarto tópico concentrar-se-á em estudos sobre a hospitalização e alternativas de assistência hospitalar, com vistas à maior eficiência e à redução dos custos no ambiente hospitalar. Para tal, a padronização de protocolos para procedimentos clínicos, exames complementares mais sofisticados e medicamentos deverão constituir pontos prioritários.

Comporão, ainda, esse último tópico estudos sobre orientação e cuidados aos idosos, alta hospitalar e diferentes alternativas de assistência – como assistência domiciliar, centro-dia, já utilizados em outros países –, bem como investigações acerca de formas de articulação de informações básicas em geriatria e gerontologia para os profissionais de todas as especialidades.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Caberá aos gestores do SUS, de forma articulada e na conformidade de suas atribuições comuns e específicas, prover os meios e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde do Idoso, que é a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida.

Considerando, por outro lado, as diretrizes aqui definidas para a consecução do propósito fixado, cuja observância implica o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, entre as quais figurarão aquelas compreendidas no processo de promoção da saúde e que, por isso mesmo, irão requerer o compartilhamento de responsabilidades específicas tanto no âmbito interno do setor saúde, quanto no contexto de outros setores.

Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando o estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscado, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política.

4.1. Articulação intersetorial

No âmbito federal, o Ministério da Saúde buscará estabelecer, em especial, articulação com as instâncias a seguir apresentadas, para as quais estão identificadas as medidas essenciais, segundo as suas respectivas competências.

A) Ministério da Educação

A parceria com esse Ministério buscará sobretudo:

- a difusão, junto às instituições de ensino e seus alunos, de informações relacionadas à promoção da saúde dos idosos e à prevenção ou recuperação de suas incapacidades;
- a adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando o atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;
- o incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que deverão atuar de forma integrada com o SUS e os órgãos estaduais e municipais de assistência social, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando a qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência ao idoso;
- o estímulo e apoio à realização de estudos que contemplem as quatro linhas de pesquisa definidas como prioritárias por esta Política, visando o desenvolvimento de um sistema de informação sobre esta população, que subsidie o planejamento, execução e avaliação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação;
- a discussão e a readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a

terceira idade, consoantes às diretrizes fixadas nesta Política.

B) Ministério da Previdência e Assistência Social

A parceria buscará principalmente:

- a realização de estudos e pesquisas epidemiológicas, junto aos seus segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde;

- a elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

· Secretaria de Estado da Assistência Social

· A parceria com essa Secretaria terá por finalidade principalmente:

- a difusão, junto aos seus serviços e àqueles sob a sua supervisão, de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;

- a adequação, na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas, de seus cursos de treinamento ou capacitação de profissionais que atuam nas unidades próprias, conveniadas ou sob a sua supervisão;

- a promoção da formação e o acompanhamento de grupos de auto-ajuda aos idosos, referentes às doenças e agravos mais comuns nesta faixa etária;

- o apoio à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que devem atuar de forma integrada com o SUS e os órgãos estaduais e municipais de assistência social, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral de idosos e o treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando a capacitação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência ao idoso;

- o apoio à realização de estudos epidemiológicos para detecção dos agravos à saúde da população idosa, visando o desenvolvimento de sistema de informação sobre esta população, destinado a subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação;

- a promoção da observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições gerontológicas e similares, nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão.

C) Ministério do Trabalho e Emprego

· Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida visará, em especial:

- a elaboração e a implementação de programas de preparo para futuros aposentados nos setores públicos e privados;

- a melhoria das condições de emprego do idoso, compreendendo: a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção do idoso na vida socioeconômica das comunidades.

D) Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Será estabelecida a parceria com essa Secretaria visando, entre outras:

- a melhoria das condições de habitação e moradia, além da diminuição das barreiras arquitetônicas e urbanas que dificultam ou impedem a manutenção e apoio à independência funcional do idoso;

- a promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos idosos.

- o estabelecimento de previsão e a instalação de equipamentos comunitários públicos voltados ao atendimento da população idosa previamente identificada, residentes na área de abrangência dos empreendimentos habitacionais respectivos;

- a promoção de ações na área de transportes urbanos que permitam e ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus.

E) Ministério da Justiça

Com esse Ministério, a parceria terá por finalidade a promoção e a defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei N.º 8.842/94 e seu regulamento (Decreto N.º 1.948/96).

F) Ministério do Esporte e Turismo

Essa parceria buscará, em especial, a elaboração, a implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de exercícios físicos destinados às pessoas idosas, bem como de turismo que propiciem a saúde física e mental deste grupo populacional.

G) Ministério da Ciência e Tecnologia

Buscar-se-á, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq –, o fomento à pesquisa na área de geriatria e gerontologia contemplando, preferencialmente, as linhas de estudo definidas nesta Política.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal – Ministério da Saúde

- Implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política Nacional de Saúde do Idoso, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.

- Promover a revisão e o aprimoramento das normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares (Portaria 810/89).

- Elaborar e acompanhar o cumprimento de normas relativas aos serviços geriátricos hospitalares.

- Designar e apoiar os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior envolvidos na capacitação de recursos humanos em saúde do idoso e ou na produção de material científico, bem como em pesquisa nas áreas prioritárias do envelhecimento e da atenção a este grupo populacional.

- Apoiar estudos e pesquisas definidos como prioritários nesta Política visando a ampliar o conhecimento sobre o idoso e a subsidiar o desenvolvimento das ações decorrentes desta Política.

- Promover a cooperação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas à capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

- Promover a inclusão da geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos.

- Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde do idoso.

- Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política.

- Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à saúde do idoso.

- Promover a capacitação de recursos humanos para a implementação desta Política.

- Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte dos idosos, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

- Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

- Promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação do idoso.

- Estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS.

- Estimular a formação de grupos de auto-ajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.

- Estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso.

4.3. Responsabilidades do Gestor Estadual – Secretaria Estadual de Saúde

- Elaborar, coordenar e executar a política estadual de saúde do idoso, consoante a esta Política Nacional.

- Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta Política.

- Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando a implementação da respectiva política

de saúde do idoso.

- Acompanhar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços hospitalares geriátricos.

- Estabelecer cooperação com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas ao treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, e promover esta cooperação com as Secretarias Municipais de Saúde, de modo a capacitar recursos humanos necessários à consecução da política estadual de saúde do idoso.

- Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução da política estadual de saúde do idoso.

- Adequar os serviços de saúde com a finalidade do atendimento às necessidades específicas da população idosa.

- Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes.

- Apoiar propostas de estudos e pesquisas estrategicamente importantes para a implementação, avaliação ou reorientação das questões relativas à saúde do idoso.

- Promover a adoção de práticas e hábitos saudáveis, por parte dos idosos, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas de comunicação.

- Promover o fornecimento de medicamentos, próteses e órteses necessários à recuperação e à reabilitação de idosos.

- Estimular e viabilizar a participação de idosos nas instâncias de participação social.

- Estimular a formação de grupos de auto ajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.

- Criar e estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso.

- Prover o Sistema Nacional de Informação em Saúde com dados respectivos e análises relacionadas à situação de saúde e às ações dirigidas aos idosos.

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal – Secretaria Municipal de Saúde ou organismos correspondentes

- Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.

- Promover as medidas necessárias para integrar a programação municipal à adotada pelo Estado, submetendo-as à Comissão Intergestores Bipartite.

- Promover articulação necessária com as demais instâncias do SUS visando o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar, de forma produtiva e eficaz, o elenco de atividades específicas na área de saúde do idoso.

- Manter o provimento do Sistema Nacional de Informação em Saúde com dados e análises relacionadas à situação de saúde e às ações dirigidas aos idosos.

- Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos de vida saudáveis, junto à população de idosos, valendo-se, inclusive, da mobilização da comunidade.

- Criar e estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar.

- Estimular e apoiar a formação de grupos de auto-ajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.

- Realizar articulação com outros setores visando a promoção a qualidade de vida dos idosos.

- Promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação do idoso.

- Aplicar, acompanhar e avaliar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços geriátricos da rede local.

- Estimular e viabilizar a participação social de idosos nas diversas instâncias.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito – e, conseqüentemente, o seu impacto sobre a saúde dos idosos –, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política e que estão explicitadas no capítulo anterior deste documento, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção aos idosos.

É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde do Idoso tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do Art. 7º, da Lei N.º 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

- potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados junto à população de idosos;

- os planos, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e

- a participação dos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

6. TERMINOLOGIA

Ação terapêutica: processo de tratamento de um agravo à saúde por intermédio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, tais como: mudanças no estilo de vida, abandono de hábitos nocivos, psicoterapia, entre outros.

AIH (Autorização de Internação Hospitalar): documento de autorização e fatura de serviços hospitalares do SUS, que engloba o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação.

Assistência domiciliar: essa assistência engloba a visita domiciliar e cuidados domiciliares que vão desde o fornecimento de equipamentos, até ações terapêuticas mais complexas.

Atividades de vida diária (AVDs): termo utilizado para descrever os cuidados essenciais e elementares à manutenção do bem-estar do indivíduo, que compreende aspectos pessoais como : banho, vestimenta, higiene e alimentação, e aspectos instrumentais como: realização de compras e cuidados com finanças.

Autodeterminação: capacidade do indivíduo poder exercer sua autonomia.

Autonomia: é o exercício da autodeterminação; indivíduo autônomo é aquele que mantém o poder decisório e o controle sobre sua vida.

Capacidade funcional: capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; a avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia: centros localizados de preferência em instituições de ensino superior, que colaboram com o setor saúde, fundamentalmente na capacitação de recursos humanos em saúde do idoso e ou na produção de material científico para tal finalidade, bem como em pesquisas nas áreas prioritárias do envelhecimento e da atenção a este grupo populacional.

Centro-dia: ambiente destinado ao idoso, que tem como característica básica o incentivo à socialização e o desenvolvimento

de ações de promoção e proteção da saúde .

Cuidador: é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano – por exemplo, ida a bancos ou farmácias –, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem.

Deficiência: expressão de um processo patológico, na forma de uma alteração de função de sistemas, órgãos e membros do corpo, que podem ou não gerar uma incapacidade.

Demência: conceitua-se demência como uma síndrome progressiva e irreversível, composta de múltiplas perdas cognitivas adquiridas, que ocorrem na ausência de um estado de confusão mental aguda (ou seja, de uma desorganização súbita do pensamento). As funções cognitivas que podem ser afetadas pela demência incluem a memória, a orientação, a linguagem, a práxis, a agnosia, as construções, a prosódia e o controle executivo.

Envelhecimento: a maioria dos autores o conceituam como "uma etapa da vida em que há um comprometimento da homeostase, isto é, o equilíbrio do meio interno, o que fragilizaria o indivíduo, causando uma progressiva vulnerabilidade do indivíduo perante a uma sobrecarga fisiológica".

Envelhecimento saudável: é o processo de envelhecimento com preservação da capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida.

Geriatria: é o ramo da ciência médica voltado à promoção da saúde e o tratamento de doenças e incapacidades na velhice. **Gerontologia:** área do conhecimento científico voltado para o estudo do envelhecimento em sua perspectiva mais ampla, em que são levados em conta não somente os aspectos clínicos e biológicos, mas também as condições psicológicas, sociais, econômicas e históricas.

Dependência: é a condição que requer o auxílio de pessoas para a realização de atividades do dia a dia

Centros de convivência: locais destinados à permanência do idoso, em um ou dois turnos, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania.

Habilidade física: refere-se à aptidão ou capacidade para realizar algo que exija uma resposta motora, tal como caminhar, fazer um trabalho manual, entre outros.

Hospital-dia geriátrico: refere-se ao ambiente hospitalar, no qual atua equipe multiprofissional e interdisciplinar, destinado a pacientes que dele necessitam em regime de um ou dois turnos, para complementar tratamentos e promover reabilitação. **Idoso:** a Organização das Nações Unidas, desde 1982 considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos; o Brasil, na Lei Nº 8.842/94, adota essa mesma faixa etária (Art. 2º do capítulo I).

Incapacidade: quantificação da deficiência; refere-se à falta de capacidade para realizar determinada função na extensão, amplitude e intensidade consideradas normais; em gerontologia, diz respeito à incapacidade funcional, isto é, à perda da capacidade de realizar pelo menos um ou mais de um ato de vida diária.

Incontinência urinária: refere-se à perda involuntária de urina.

latrogenia: qualquer agravamento à saúde, causado por uma intervenção médica

Psicoterapia: terapêutica que, por métodos psicológicos, busca a restauração do equilíbrio emocional do indivíduo.

Reabilitação física: conjunto de procedimentos terapêuticos físicos que visam adaptar ou compensar deficiências motoras (quando aplicadas a limitações insipientes pode ser considerada reabilitação precoce ou "preventiva").

Rastreamento: um protocolo de aplicação rápida e sistemática para detecção de problemas de saúde em uma determinada população.

Síndrome: conjunto de sinais e sintomas comuns a diversas enfermidades.

7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BARROS, MBA. "Considerações sobre a Mortalidade no Brasil em 1980", Rev. Saúde públ., São Paulo, 18: 122-37, 1984.

BLAY, S., Ramos, LR., Mari JJ, "Validity of a Brazilian Version of the Older American Resources and Services (OARS)

Mental Health Screening Questionnaire", Journal of the American Geriatrics Society 36:687-692, 1988.

BOURLIERE F, Vallery-Masson J. "Epidemiology and Ecology of Aging", in Brocklehurst JC(ed.), Textbook of Geriatric

Medicine and Gerontology, 3rd ed., Churchill Livingstone, Edinburgh, 1985 (1):3-8.

CALDAS CP (org.), A Saúde do Idoso: a arte de cuidar, Editora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UnATI, Rio de

Janeiro, 1998

CAMPBELL LJ, Cole KD, "Geriatric Assessment Teams", Clin Geriatr Med, 4(1): 99-100, 1987.

CENEPI/DATASUS, Movimento de Autorização de Internação Hospitalar - Arquivos Reduzidos-1997.CENEPI/DATASUS/

Fundação Nacional da Saúde/Ministério da Saúde, Brasília, 1998 (CD-ROM).

COMFORT A, "Theories of Ageing", in Brocklehurst JC (ed) Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, London,

Churchil Livingstone, 1975 (3):56-68.

CUNHA UGV, Costa IL. "Depressão maior em idosos hospitalizados em enfermarias gerais". Bol CBPTD - Supl Arq Bras

Med, 64,(4): 239-42, 1990.

CUNHA UGV, Leduc Mms, Lanna CCD. "Incontinência Urinária no Idoso Hospitalizado: Um problema médico esquecido".

Geriatria em Síntese, 1: 7-9, 1988.

DECRETO n.º 1.948, editado em 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a

qual "dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências".

DOTY P, Liu K, Wiener J: An overview of long-term care. Health Care Finan Ver 6(3):69, 1985.

DUKE UNIVERSITY CENTER FOR THE STUDY OF AGING AND HUMAN DEVELOPMENT, Multidimensional Functional

Assessment: The OARS Methodology, Durhan, N.C.: Duke University, 1978.

FILLENBAUN GG, "Screening the Elderly: A Brief Instrumental ADL Measure", Journal of the American Geriatrics Society,

33:698-706, 1985.

FOLSTEIN MF, Folstein SE, "Neuropsychiatric Assessment of Syndromes of Altered Mental Status", in Hazzard WR,

Bierman el, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB (eds.), Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, McGraw-Hill (19):221-

28, 1994.

GUIMARÃES RM et alii, "Depressão e Morbidade Oculta em Pacientes Idosos Cirúrgicos, Brasília Médica, 34 (1/2): 5-14,

1997.

GUIMARÃES RM, "Programa de Saúde do Idoso - Planejamento 88/92", Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas,

Ministério da Saúde, Brasília, 1988.

GUIMARÃES RM, "O Que é Geriatria", in Guimarães RM, Cunha UGV(eds.), Sinais e Sintomas em Geriatria, Revinter, 1-

5, Rio de Janeiro, 1989.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Anuário Estatístico do Brasil 1981, Rio de Janeiro, 1981.

IBGE. Anuário Estatístico do Brasil 1986, Rio de Janeiro, 1986.

IBGE. Anuário Estatístico do Brasil 1991, Rio de Janeiro, 1991.

IBGE. Anuário Estatístico do Brasil 1997, Rio de Janeiro, 1997.

IMHOF AE, "Mortality Problems in Brazil and in Germany: Past-Present-Future. Learning from each other", Rev. Saúde

públ., São Paulo, 19:233-50, 1985.

JACOB Fº W et alii, "Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Internado e Ambulatorial do Serviço de Geriatria do Hospital de

Clínicas da FMUSP", Geriatria em Síntese, (2):15-23, 1985.

JACOB Fº W (ed), "Relatório da Prática em Evolução do Grupo de Assistência ao Idoso Ambulatorial", Hospital das Clínicas

da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1991.

KALACHE A, Veras RP, Ramos LR. "Envelhecimento da População Mundial: Um Desafio Novo". Ver. Saúde Publ. 1987;

21 (3):200-10, São Paulo-SP.

KANE RA, "Assessing Social Function in the Elderly", Clin. Geriatric Med., 3(1):87-98, 1987.

- KARSCH UM (ed.): "Envelhecimento com Dependência: revelando cuidadores", São Paulo, EDUC, 1998.
- KATZ S, Ford A, Moskowitz R et al, "The index of ADL: A Standardized measure of biological and psychosocial function", JAMA, 185:914-919, 1963.
- LEME LEG (ed.): Treinamento de Cuidadores Informais de Idosos, Programa de Atenção à Saúde do Idoso, SMS/COAS, Prefeitura Municipal de São Paulo, São Paulo, 1994.
- LIU K, Manton K, Liu B: Home care expenses for disabled elderly. Health Care Finan. Ver. 7(2):51, 1985.
- MILLER RA, "The Biology of Aging and Longevity", in Hazzard WB, Bierman EL, Blass JP, Ettinger Jr. WH, Halter JB (eds.) Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, New York, McGraw-Hill, 1994 (1):3-18.
- MITTELMARK MB, "The Epidemiology of Aging", in Hazzard WR, Bierman el, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB (eds.), Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, McGraw-Hill (11):135-51, 1994.
- MITCHEL J, Kafetz K, Rossiter B, "Benefits of effective hospital services for elderly people", British Medical Journal, 295:980-983, 1987.
- MUSSE SN, "Tratamento Intensivo Gerontológico", Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1997.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. National Hospital Discharges Survey: Annual Summary, 1987. Vital Health Statistics. USA Series 13, nº 99, 1989.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE(OPAS): Resolução CE122.R9, 1998. Saúde das pessoas idosas.
- PORTARIA MS n.º 2.413/98, "Internação domiciliar a pacientes crônicos".
- PORTARIA MS n.º 2.414/98. "Credenciamento e critérios para realização de internação em hospital-dia geriátrico".
- PORTARIA MS n.º 2416/98. "Hospitalizações de longa permanência".
- RADIS. "Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980". Dados (7): 1-8, 1984.
- RAMOS LR, "Growing Old in São Paulo", Thesis submitted for the Degree of Doctor of Philosophy at the London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, London, 1987.
- RAMOS LR, Veras RP, Kalache A., "Envelhecimento Populacional: Uma Realidade Brasileira". Ver. Saúde públ., São Paulo, 21 (3): 221-24, 1987.
- RAMOS LR, "A Explosão Demográfica da Terceira Idade no Brasil: Uma Questão de Saúde Pública", Gerontologia, São Paulo, 1(1):3-8, 1993.
- RAMOS LR, Perracini M, Rosa TE, Kalache A, "Significance and Management of Disability among Urban Elderly Residents in Brazil", Journal of Cross-Cultural Gerontology, 8:313-323, 1993.
- RODRIGUES RAP, Diogo MJ (eds.): Como Cuidar dos Idosos, Campinas - SP, Papirus, 1996.
- RUBENSTEIN LZ, "Geriatric Assessment: An Overview of its Impacts", Clin Geriatric Med, 3(1):1-15, 1987.
- RUBENSTEIN LZ et alii, "Comprehensive Geriatric Assessment: a meta-analysis of controlled trials", Lancet, 342: 1032-6, 1993.
- SCHWARTZ WB, "The Regulatory Strategy for Controlling Hospital Costs", N Engl J Med, 305: 21, 1981.
- SENATE SPECIAL COMMITTEE ON AGING (1985). "America in Transition: An Aging Society". 1984-85 edition: 76-80, Washington, DC, U.S. Government Printing Office, 1985.
- SHORT P, Leon J: Use of home and community services by persons aged 65 and older with functional difficulties. National Medical Expenditure Survey Research Findings 5, Agency for Health Care Policy and Research. DHHS Publ No (PHS) 90-3466. Rockville, Public Health Service, 1990.
- SILVESTRE JA, Ramos LR, "Dynamic Analysis of Health Services", Anais do Congresso Mundial de Gerontologia, Budapeste, Hungria, 1993.
- SILVESTRE JA, Ramos LR, Torres R, "The Elderly at Hospital and the Brazilian Health System", Anais do Congresso Mundial de Gerontologia, Budapeste, Hungria, 1993.
- SILVESTRE JA, "Relação Custo-Benefício da Assistência Médica ao Idoso: Importância e Avaliação" nos Anais do "Work-Shop" Desafios Atuais na Cardiologia Geriátrica, Ribeirão Preto-SP, 06/94, promovido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.
- SILVESTRE JA, Kalache A, Ramos LR, Veras RP, "O Envelhecimento Populacional Brasileiro e o Setor Saúde". Arq.geriatri. gerontol. 1996; 0(1):81-89, Rio de Janeiro-RJ.
- SILVESTRE JA, "Como anda a saúde do idoso no Brasil?". Ciência Hoje. 1998; 23(137):22-29, Rio de Janeiro-RJ.
- SOLDO B.J. Supply of informal care services: Variations and effects on service utilization patterns. In Scanlon W (ed): Project to Analyze Existing Long-Term Care Data, Vol 3. Washington, The Urban Institute, 1984, p 56.
- STEWART JE: Home Health Care. St. Louis, CV Mosby, 1979, 4.
- UNITED NATIONS. Periodical on Aging 84. United Nations, New York 1 (1) 1985.
- VERAS RP, Ramos LR, Kalache A, "Crescimento da População Idosa no Brasil: Transformações e Consequências na Sociedade", Rev. Saúde públ., São Paulo, 21(3): 225-33, 1987.
- VERAS RP, Relatório Final GT/Saúde do Idoso, I Congresso Rede IDA/Brasil, Rio de Janeiro, 1989.
- VERAS RP, País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil, Relume-Dumará/Uerj, Rio de Janeiro, 1994.
- VERAS RP (org.), Terceira Idade - Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro, Relume-Dumará/UnATI, Rio de Janeiro, (2ª. ed.)1995.
- VERAS RP (org.), Terceira Idade - Desafios para o terceiro milênio, Relume-Dumará/UnATI, Rio de Janeiro, 1997.
- VIEIRA EB, Manual de Gerontologia - Um Guia Teórico-Prático para profissionais, Cuidadores e Familiares, Revinter, Rio de Janeiro, 1996.
- WHO. World Health Organization. World Health Statistics Annual 1979. Geneva, 1979.
- WHO. Workshop-Munich (1980), Guidelines for Health Care Practice in Relation to Cost-effectiveness, WHO, Copenhagen, 1981.
- WHO. World Health Statistics Annual 1982, WHO, Geneva, 1982.
- WHO. World Health Statistics Annual 1987, WHO, Geneva, 1987.
- WHO. The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly. Technical Report Series 706, WHO, Geneva, 1984.
- WHO. "Growth of the Elderly Population of the World" in Health of the Elderly. Technical Report Series 779: 8-31, WHO, Geneva, 1989.

7.7 Lei Nº10.741d e 1º de Outubro de 2003 - Estatuto do Idoso

LEGISLAÇÃO

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003 Publicada no DOU de 03.10.2003 *Regulamento*

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

Serviço de Jurisprudência e Divulgação Última atualização em 06/10/2003 **OPRESIDENTEDAREPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei: **TÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES** Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: I - atendimento preferencial

imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; II - preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas; III - destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso; IV - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações; V - priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência; VI - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos; VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento; VIII - garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais. Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. § 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso. § 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados. Art. 5º A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei. Art. 6º Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento. Art. 7º Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei. TÍTULO II DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS CAPÍTULO I DO DIREITO À VIDA Art. 8º O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente. Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. CAPÍTULO II DO DIREITO À LIBERDADE, AO RESPEITO E À DIGNIDADE Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis. § 1º O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos: I - faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais; II - opinião e expressão; III - crença e culto religioso; IV - prática de esportes e de diversões; V - participação na vida familiar e comunitária; VI - participação na vida política, na forma da lei; VII - faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação. § 2º O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais. § 3º É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. CAPÍTULO III DOS ALIMENTOS Art. 11. Os alimentos serão prestados ao idoso na forma da lei civil. Art. 12. A obrigação alimentar é solidária, podendo o idoso optar entre os prestadores. Art. 13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil. Art. 14. Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social. CAPÍTULO IV DO DIREITO À SAÚDE Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. § 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: I - cadastramento da população idosa em base territorial; II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural; V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde. § 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso contínuo, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. § 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. § 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei. Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito. Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita: I - pelo curador, quando o idoso for interditado; II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil; III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar; IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público. Art. 18. 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 auto-ajuda. Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos: I - autoridade policial; II - Ministério Público; III - Conselho Municipal do Idoso; IV - Conselho Estadual do Idoso; V - Conselho Nacional do Idoso. CAPÍTULO V DA EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE E LAZER Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade. Art. 21. O Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados. § 1º Os cursos especiais para idosos incluirão conteúdo relativo às técnicas de comunicação, computação e demais avanços tecnológicos, para sua integração à vida moderna. § 2º Os idosos participarão das comemorações de caráter cívico ou cultural, para transmissão de conhecimentos e vivências às demais gerações, no sentido da preservação da memória e da identidade culturais. Art. 22. Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria. Art. 23. A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais. Art. 24. Os meios de comunicação manterão espaços ou horários especiais voltados aos idosos, com finalidade informativa, educativa, artística e cultural, e ao público sobre o processo de envelhecimento. Art. 25. O Poder Público apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade visual. CAPÍTULO VI DA PROFISSIONALIZAÇÃO E DO TRABALHO Art. 26. O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas. Art. 27. Na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego, é vedada a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir. Parágrafo único. O primeiro critério de desempate em concurso público será a idade, dando-se preferência ao de idade mais elevada. Art. 28. O Poder Público criará e estimulará programas de: I - profissionalização especializada para os idosos, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas; II - preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, com antecedência mínima de 1 (um) ano, por meio de estímulo a novos projetos sociais, conforme seus interesses, e de esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania; III - estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho. CAPÍTULO VII DA PREVIDÊNCIA SOCIAL Art. 29. Os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição, nos termos da legislação vigente. Parágrafo único. Os valores dos benefícios em manutenção serão reajustados na mesma data de reajuste do salário-mínimo, pro rata, de acordo com suas respectivas datas de início ou do seu último reajustamento, com base em percentual definido em regulamento, observados os critérios estabelecidos pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Art. 30. A perda da condição de segurado não será considerada para a concessão da aposentadoria por idade, desde que a pessoa conte com, no mínimo, o tempo de contribuição correspondente ao exigido para efeito de carência na

data de requerimento do benefício. Parágrafo único. O cálculo do valor do benefício previsto no caput observará o disposto no caput e § 2º do art. 3º da *Lei nº 9.876*, de 26 de novembro de 1999, ou, não havendo salários-de-contribuição recolhidos a partir da competência de julho de 1994, o disposto no art. 35 da *Lei nº 8.213*, de 1991. Art. 31. O pagamento de parcelas relativas a benefícios, efetuado com atraso por responsabilidade da Previdência Social, será atualizado pelo mesmo índice utilizado para os reajustamentos dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social, verificado no período compreendido entre o mês que deveria ter sido pago e o mês do efetivo pagamento. Art. 32. O Dia Mundial do Trabalho, 1º de Maio, é a data-base dos aposentados e pensionistas. CAPÍTULO VIII DA ASSISTÊNCIA SOCIAL Art. 33. A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes. Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social - Loas. Parágrafo único. O benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do caput não será computado para os fins do cálculo da renda familiar per capita a que se refere a Loas. Art. 35. Todas as entidades de longa permanência, ou casalar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada. § 1º No caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade. § 2º O Conselho Municipal do Idoso ou o Conselho Municipal da Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista no § 1º, que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso. § 3º Se a pessoa idosa for incapaz, caberá a seu representante legal firmar o contrato a que se refere o caput deste artigo. Art. 36. O acolhimento de idosos em situação de risco social, por adulto ou núcleo familiar, caracteriza a dependência econômica, para os efeitos legais. CAPÍTULO IX DA HABITAÇÃO Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada. § 1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família. § 2º Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente. § 3º As instituições que abriguem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei. Art. 38. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte: I - reserva de 3% (três por cento) das unidades residenciais para atendimento aos idosos; II - implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso; III - eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso; IV - critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão. CAPÍTULO X DO TRANSPORTE Art. 39. Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares. § 1º Para ter acesso à gratuidade, basta que o idoso apresente qualquer documento pessoal que faça prova de sua idade. § 2º Nos veículos de transporte coletivo de que trata este artigo, serão reservados 10% (dez por cento) dos assentos para os idosos, devidamente identificados com a placa de reservado preferencialmente para idosos. § 3º No caso das pessoas compreendidas na faixa etária entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos, ficará a critério da legislação local dispor sobre as condições para exercício da gratuidade nos meios de transporte previstos no caput deste artigo. Art. 40. No sistema de transporte coletivo interestadual observar-se-á, nos termos da legislação específica: (*Vide Decreto nº 5.130/2004 - DOU de 08/07/2004*) I - a reserva de 2 (duas) vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos; II - desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens, para os idosos que excederem as vagas gratuitas, com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos. Parágrafo único. Caberá aos órgãos competentes definir os mecanismos e os critérios para o exercício dos direitos previstos nos incisos I e II. Art. 41. É assegurada a reserva, para os idosos, nos termos da lei local, de 5% (cinco por cento) das vagas nos estacionamentos públicos e privados, as quais deverão ser posicionadas de forma a garantir a melhor comodidade ao idoso. Art. 42. É assegurada a prioridade do idoso no embarque no sistema de transporte coletivo. TÍTULO III DAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS Art. 43. As medidas de proteção ao idoso são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados: I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II - por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento; III - em razão de sua condição pessoal. CAPÍTULO II DAS MEDIDAS ESPECÍFICAS DE PROTEÇÃO Art. 44. As medidas de proteção ao idoso previstas nesta Lei poderão ser aplicadas, isolada ou cumulativamente, e levarão em conta os fins sociais a que se destinam e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Art. 45. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 43, o Ministério Público ou o Poder Judiciário, a requerimento daquele, poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas: I - encaminhamento à família ou curador, mediante termo de responsabilidade; II - orientação, apoio e acompanhamento temporários; III - requisição para tratamento de sua saúde, em regime ambulatorial, hospitalar ou domiciliar; IV - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a usuários dependentes de drogas lícitas ou ilícitas, ao próprio idoso ou à pessoa de sua convivência que lhe cause perturbação; V - abrigo em entidade; VI - abrigo temporário. TÍTULO IV DA POLÍTICA DE ATENDIMENTO AO IDOSO CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS Art. 46. A política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Art. 47. São linhas de ação da política de atendimento: I - políticas sociais básicas, previstas na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994; II - políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que necessitarem; III - serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão; IV - serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência; V - proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos dos idosos; VI - mobilização da opinião pública no sentido da participação dos diversos segmentos da sociedade no atendimento do idoso. CAPÍTULO II DAS ENTIDADES DE ATENDIMENTO AO IDOSO Art. 48. As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da Política Nacional do Idoso, conforme a Lei nº 8.842, de 1994. Parágrafo único. As entidades governamentais e não-governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas, junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos: I - oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança; II - apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios desta Lei; III - estar regularmente constituída; IV - demonstrar a idoneidade de seus dirigentes. Art. 49. As entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios: I - preservação dos vínculos familiares; II - atendimento personalizado e em pequenos grupos; III - manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior; IV - participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo; V - observância dos direitos e garantias dos idosos; VI - preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade. Parágrafo único. O dirigente de instituição prestadora de atendimento ao idoso responderá civil e criminalmente pelos atos que praticar em detrimento do idoso, sem prejuízo das sanções administrativas. Art. 50. Constituem obrigações das entidades de atendimento: I - celebrar contrato escrito de prestação de serviço com o idoso, especificando o tipo de atendimento, as condições de prestação da entidade e prestações decorrentes do contrato, com os respectivos preços, se for o caso; II - observar os direitos e interesses de que são titulares os idosos, e, quando necessário, fornecer vestuário adequado, se for pública, e alimentação suficiente; III - oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade; IV - oferecer atendimento personalizado; V - diligenciar no sentido de preservação dos vínculos familiares; VI - oferecer acomodações apropriadas para recebimento de visitas; VII - proporcionar cuidados à saúde, conforme necessidade do idoso; VIII - promover atividades educacionais, culturais, esportivas e recreativas; IX - proporcionar assistência jurídica aos idosos que desejarem, de acordo com suas crenças; X - proceder a estudo social de cada caso; XI - comunicar à autoridade competente de saúde toda ocorrência de idoso portador de doenças contagiosas; XII - providenciar que o Ministério Público requirite os documentos necessários ao exercício da assistência àqueles que não os possuem; XIII - fornecer comprovante de depósito dos

bens móveis que receberem dos idosos; XV - manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento; XVI - comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares; XVII - manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica. Art. 51. As instituições filantrópicas ou sem fins lucrativos prestadoras de serviço ao idoso terão direito à assistência judiciária gratuita. CAPÍTULO III DA FISCALIZAÇÃO DAS ENTIDADES DE ATENDIMENTO Art. 52. As entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei. Art. 53. O art. 7º da Lei nº 8.842, de 1994, passa a vigorar com a seguinte redação: "Art. 7º Compete aos Conselhos de que trata o art. 6º desta Lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas." (NR) Art. 54. Será dada publicidade das prestações de contas dos recursos públicos e privados recebidos pelas entidades de atendimento. Art. 55. As entidades de atendimento que descumprirem as determinações desta Lei ficarão sujeitas, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal de seus dirigentes ou prepostos, às seguintes penalidades, observado o devido processo legal: I - as entidades governamentais: a) advertência; b) afastamento provisório de seus dirigentes; c) afastamento definitivo de seus dirigentes; d) fechamento de unidade ou interdição de programa; II - as entidades não-governamentais: a) advertência; b) multa; c) suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas; d) interdição de unidade ou suspensão de programa; e) proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público. § 1º Havendo danos aos idosos abrigados ou qualquer tipo de fraude em relação ao programa, caberá o afastamento provisório dos dirigentes ou a interdição da unidade e a suspensão do programa. § 2º A suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas ocorrerá quando verificada a má aplicação ou desvio de finalidade dos recursos. § 3º Na ocorrência de infração por entidade de atendimento, que coloque em risco os direitos assegurados nesta Lei, será o fato comunicado ao Ministério Público, para as providências cabíveis, inclusive para promover a suspensão das atividades ou dissolução da entidade, com a proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público, sem prejuízo das providências a serem tomadas pela Vigilância Sanitária. § 4º Na aplicação das penalidades, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para o idoso, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os antecedentes da entidade. CAPÍTULO IV DAS INFRAÇÕES ADMINISTRATIVAS Art. 56. Deixar a entidade de atendimento de cumprir as determinações do art. 50 desta Lei: Pena - multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), se o fato não for caracterizado como crime, podendo haver a interdição do estabelecimento até que sejam cumpridas as exigências legais. Parágrafo único. No caso de interdição do estabelecimento de longa permanência, os idosos abrigados serão transferidos para outra instituição, a expensas do estabelecimento interditado, enquanto durar a interdição. Art. 57. Deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento: Pena - multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), aplicada em dobro no caso de reincidência. Art. 58. Deixar de cumprir as determinações desta Lei sobre a prioridade no atendimento ao idoso: Pena - multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 1.000,00 (um mil reais) e multa civil a ser estipulada pelo juiz, conforme o dano sofrido pelo idoso. CAPÍTULO V DA APURAÇÃO ADMINISTRATIVA DE INFRAÇÃO ÀS NORMAS DE PROTEÇÃO AO IDOSO Art. 59. Os valores monetários expressos no Capítulo IV serão atualizados anualmente, na forma da lei. Art. 60. O procedimento para a imposição de penalidade administrativa por infração às normas de proteção ao idoso terá início com requisição do Ministério Público ou auto de infração elaborado por servidor efetivo e assinado, se possível, por duas testemunhas. § 1º No procedimento iniciado com o auto de infração poderão ser usadas fórmulas impressas, especificando-se a natureza e as circunstâncias da infração. § 2º Sempre que possível, à verificação da infração seguir-se-á a lavratura do auto, ou este será lavrado dentro de 24 (vinte e quatro) horas, por motivo justificado. Art. 61. O autuado terá prazo de 10 (dez) dias para a apresentação da defesa, contado da data da intimação, que será feita: I - pelo autuante, no instrumento de autuação, quando for lavrado na presença do infrator; II - por via postal, com aviso de recebimento. Art. 62. Havendo risco para a vida ou à saúde do idoso, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização. Art. 63. Nos casos em que não houver risco para a vida ou a saúde da pessoa idosa abrigada, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização. CAPÍTULO VI DA APURAÇÃO JUDICIAL DE IRREGULARIDADES EM ENTIDADE DE ATENDIMENTO Art. 64. Aplicam-se, subsidiariamente, ao procedimento administrativo de que trata este Capítulo as disposições das Leis nºs 6.437, de 20 de agosto de 1977, e 9.784, de 29 de janeiro de 1999. Art. 65. O procedimento de apuração de irregularidade em entidade governamental e não-governamental de atendimento ao idoso terá início mediante petição fundamentada de pessoa interessada ou iniciativa do Ministério Público. Art. 66. Havendo motivo grave, poderá a autoridade judiciária, ouvido o Ministério Público, decretar liminarmente o afastamento provisório do dirigente da entidade ou outras medidas que julgar adequadas, para evitar lesão aos direitos do idoso, mediante decisão fundamentada. Art. 67. O dirigente da entidade será citado para, no prazo de 10 (dez) dias, oferecer resposta escrita, podendo juntar documentos e indicar as provas a produzir. Art. 68. Apresentada a defesa, o juiz procederá na conformidade do art. 69 ou, se necessário, designará audiência de instrução e julgamento, deliberando sobre a necessidade de produção de outras provas. § 1º Salvo manifestação em audiência, as partes e o Ministério Público terão 5 (cinco) dias para oferecer alegações finais, decidindo a autoridade judiciária em igual prazo. § 2º Em se tratando de afastamento provisório ou definitivo de dirigente de entidade governamental, a autoridade judiciária oficiará a autoridade administrativa imediatamente superior ao afastado, fixando-lhe prazo de 24 (vinte e quatro) horas para proceder à substituição. § 3º Antes de aplicar qualquer das medidas, a autoridade judiciária poderá fixar prazo para a remoção das irregularidades verificadas. Satisfeitas as exigências, o processo será extinto, sem julgamento do mérito. § 4º A multa e a advertência serão impostas ao dirigente da entidade ou ao responsável pelo programa de atendimento. TÍTULO V DO ACESSO À JUSTIÇA CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS Art. 69. Aplica-se, subsidiariamente, às disposições deste Capítulo, o procedimento sumário previsto no Código de Processo Civil, naquilo que não contrarie os prazos previstos nesta Lei. Art. 70. O Poder Público poderá criar varas especializadas e exclusivas do idoso. Art. 71. É assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância. § 1º O interessado na obtenção da prioridade a que alude este artigo, fazendo prova de sua idade, requererá o benefício à autoridade judiciária competente para decidir o feito, que determinará as providências a serem cumpridas, anotando-se essa circunstância em local visível nos autos do processo. § 2º A prioridade não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, com união estável, maior de 60 (sessenta) anos. § 3º A prioridade se estende aos processos e procedimentos na Administração Pública, empresas prestadoras de serviços públicos e instituições financeiras, ao atendimento preferencial junto à Defensoria Pública da União, dos Estados e do Distrito Federal em relação aos Serviços de Assistência Judiciária. § 4º Para o atendimento prioritário será garantido ao idoso o fácil acesso aos assentos e caixas, identificados com a destinação a idosos em local visível e caracteres legíveis. CAPÍTULO II DO MINISTÉRIO PÚBLICO Art. 72. (VETADO) Art. 73. As funções do Ministério Público, previstas nesta Lei, serão exercidas nos termos da respectiva Lei Orgânica. Art. 74. Compete ao Ministério Público: I - instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso; II - promover e acompanhar as ações de alimentos, de interdição total ou parcial, de designação de curador especial, em circunstâncias que justifiquem a medida e oficiar em todos os feitos em que se discutam os direitos de idosos em condições de risco; III - atuar como substituto processual do idoso em situação de risco, conforme o disposto no art. 43 desta Lei; IV - promover a revogação de instrumento procuratório do idoso, nas hipóteses previstas no art. 43 desta Lei, quando necessário ou o interesse público justificar; V - instaurar procedimento administrativo e, para instruí-lo: a) expedir notificações, colher depoimentos ou esclarecimentos e, em caso de não comparecimento injustificado da pessoa notificada, requisitar condução coercitiva, inclusive pela Polícia Civil ou Militar; b) requisitar informações, exames, perícias e documentos de autoridades municipais, estaduais e federais, da administração direta e indireta, bem como promover inspeções e diligências investigatórias; c) requisitar informações e documentos particulares de instituições privadas; VI - instaurar sindicâncias, requisitar

diligências investigatórias e a instauração de inquérito policial, para a apuração de ilícitos ou infrações às normas de proteção ao idoso; VII - zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados ao idoso, promovendo as medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis; VIII - inspecionar as entidades públicas e particulares de atendimento e os programas de que trata esta Lei, adotando de pronto as medidas administrativas ou judiciais necessárias à remoção de irregularidades porventura verificadas; IX - requisitar força policial, bem como a colaboração dos serviços de saúde, educacionais e de assistência social, públicos, para o desempenho de suas atribuições; X - referendar transações envolvendo interesses e direitos dos idosos previstos nesta Lei. § 1º A legitimação do Ministério Público para as ações cíveis previstas neste artigo não impede a de terceiros, nas mesmas hipóteses, segundo dispuser a lei. § 2º As atribuições constantes deste artigo não excluem outras, desde que compatíveis com a finalidade e atribuições do Ministério Público. § 3º O representante do Ministério Público, no exercício de suas funções, terá livre acesso a toda entidade de atendimento ao idoso. Art. 75. Nos processos e procedimentos em que não for parte, atuará obrigatoriamente o Ministério Público na defesa dos direitos e interesses de que cuida esta Lei, hipóteses em que terá vista dos autos depois das partes, podendo juntar documentos, requerer diligências e produção de outras provas, usando os recursos cabíveis. Art. 76. A intimação do Ministério Público, em qualquer caso, será feita pessoalmente. Art. 77. A falta de intervenção do Ministério Público acarreta a nulidade do feito, que será declarada de ofício pelo juiz ou a requerimento de qualquer interessado. **CAPÍTULO III DA PROTEÇÃO JUDICIAL DOS INTERESSES DIFUSOS, COLETIVOS E INDIVIDUAIS INDISPONÍVEIS OU HOMOGÊNEOS** Art. 78. As manifestações processuais do representante do Ministério Público deverão ser fundamentadas. Art. 79. Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados ao idoso, referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de: I - acesso às ações e serviços de saúde; II - atendimento especializado ao idoso portador de deficiência ou com limitação incapacitante; III - atendimento especializado ao idoso portador de doença infecto-contagiosa; IV - serviço de assistência social visando ao amparo do idoso. Parágrafo único. As hipóteses previstas neste artigo não excluem da proteção judicial outros interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, próprios do idoso, protegidos em lei. Art. 80. As ações previstas neste Capítulo serão propostas no foro do domicílio do idoso, cujo juízo terá competência absoluta para processar a causa, ressalvadas as competências da Justiça Federal e a competência originária dos Tribunais Superiores. Art. 81. Para as ações cíveis fundadas em interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, consideram-se legitimados, concorrentemente: I - o Ministério Público; II - a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; III - a Ordem dos Advogados do Brasil; IV - as associações legalmente constituídas há pelo menos 1 (um) ano e que incluam entre os fins institucionais a defesa dos interesses e direitos da pessoa idosa, dispensada a autorização da assembleia, se houver prévia autorização estatutária. § 1º Admitir-se-á litisconsórcio facultativo entre os Ministérios Públicos da União e dos Estados na defesa dos interesses e direitos de que cuida esta Lei. § 2º Em caso de desistência ou abandono da ação por associação legitimada, o Ministério Público ou outro legitimado deverá assumir a titularidade ativa. Art. 82. Para defesa dos interesses e direitos protegidos por esta Lei, são admissíveis todas as espécies de ação pertinentes. Parágrafo único. Contra atos ilegais ou abusivos de autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições de Poder Público, que lesem direito líquido e certo previsto nesta Lei, caberá ação mandamental, que se regerá pelas normas da lei do mandado de segurança. Art. 83. Na ação que tenha por objeto o cumprimento de obrigação de fazer ou não-fazer, o juiz concederá a tutela específica da obrigação ou determinará providências que assegurem o resultado prático equivalente ao adimplemento. § 1º Sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio de ineficácia do provimento final, é lícito ao juiz conceder a tutela liminarmente ou após justificação prévia, na forma do art. 273 do Código de Processo Civil. § 2º O juiz poderá, na hipótese do § 1º ou na sentença, impor multa diária ao réu, independentemente do pedido do autor, se for suficiente ou compatível com a obrigação, fixando prazo razoável para o cumprimento do preceito. § 3º A multa só será exigível do réu após o trânsito em julgado da sentença favorável ao autor, mas será devida desde o dia em que se houver configurado. Art. 84. Os valores das multas previstas nesta Lei reverterão ao Fundo do Idoso, onde houver, ou na falta deste, ao Fundo Municipal de Assistência Social, ficando vinculados ao atendimento ao idoso. Parágrafo único. As multas não recolhidas até 30 (trinta) dias após o trânsito em julgado da decisão serão exigidas por meio de execução promovida pelo Ministério Público, nos mesmos autos, facultada igual iniciativa aos demais legitimados em caso de inércia daquele. Art. 85. O juiz poderá conferir efeito suspensivo aos recursos, para evitar dano irreparável à parte. Art. 86. Transitada em julgado a sentença que impuser condenação ao Poder Público, o juiz determinará a remessa de peças à autoridade competente, para apuração da responsabilidade civil e administrativa do agente a que se atribua a ação ou omissão. Art. 87. Decorridos 60 (sessenta) dias do trânsito em julgado da sentença condenatória favorável ao idoso sem que o autor lhe promova a execução, deverá fazê-lo o Ministério Público, facultada, igual iniciativa aos demais legitimados, como assistentes ou assumindo o pólo ativo, em caso de inércia desse órgão. Art. 88. Nas ações de que trata este Capítulo, não haverá adiantamento de custas, emolumentos, honorários periciais e quaisquer outras despesas. Parágrafo único. Não se imporá sucumbência ao Ministério Público. Art. 89. Qualquer pessoa poderá, e o servidor deverá, provocar a iniciativa do Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os fatos que constituam objeto de ação civil e indicando-lhe os elementos de convicção. Art. 90. Os agentes públicos em geral, os juizes e tribunais, no exercício de suas funções, quando tiverem conhecimento de fatos que possam configurar crime de ação pública contra idoso ou ensejar a propositura de ação para sua defesa, devem encaminhar as peças pertinentes ao Ministério Público, para as providências cabíveis. Art. 91. Para instruir a petição inicial, o interessado poderá requerer às autoridades competentes as certidões e informações que julgar necessárias, que serão fornecidas no prazo de 10 (dez) dias. Art. 92. O Ministério Público poderá instaurar sob sua presidência, inquérito civil, ou requisitar, de qualquer pessoa, organismo público ou particular, certidões, informações, exames ou perícias, no prazo que assinalar, o qual não poderá ser inferior a 10 (dez) dias. § 1º Se o órgão do Ministério Público, esgotadas todas as diligências, se convencer da inexistência de fundamento para a propositura da ação civil ou de peças informativas, determinará o seu arquivamento, fazendo-o fundamentadamente. § 2º Os autos do inquérito civil ou as peças de informação arquivadas serão remetidos, sob pena de se incorrer em falta grave, no prazo de 3 (três) dias, ao Conselho Superior do Ministério Público ou à Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público. § 3º Até que seja homologado ou rejeitado o arquivamento, pelo Conselho Superior do Ministério Público ou por Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público, as associações legitimadas poderão apresentar razões escritas ou documentos, que serão juntados ou anexados às peças de informação. § 4º Deixando o Conselho Superior ou a Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público de homologar a promoção de arquivamento, será designado outro membro do Ministério Público para o ajuizamento da ação. **TÍTULO VI DOS CRIMES CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS** Art. 93. Aplicam-se subsidiariamente, no que couber, as disposições da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. Art. 94. Aos crimes previstos nesta Lei, cuja pena máxima privativa de liberdade não ultrapasse 4 (quatro) anos, aplica-se o procedimento previsto na Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995, e, subsidiariamente, no que couber, as disposições do Código Penal e do Código de Processo Penal. **CAPÍTULO II DOS CRIMES EM ESPÉCIE** Art. 95. Os crimes definidos nesta Lei são de ação penal pública incondicionada, não se lhes aplicando os arts. 181 e 182 do Código Penal. Art. 96. Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade: Pena - reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa. § 1º Na mesma pena incorre quem desdenhar, humilhar, menosprezar ou discriminar pessoa idosa, por qualquer motivo. § 2º A pena será aumentada de 1/3 (um terço) se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agente. Art. 97. Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública: Pena - detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa. Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte. Art. 98. Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado: Pena - detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa. Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado: Pena - detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa. § 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave: Pena - reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos. § 2º Se resulta a morte: Pena - reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos. Art. 100. Constitui crime punível com reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa: I - obstar o acesso de alguém a

qualquer cargo público por motivo de idade; II - negar a alguém, por motivo de idade, emprego ou trabalho; III - recusar, retardar ou dificultar atendimento ou deixar de prestar assistência à saúde, sem justa causa, a pessoa idosa; IV - deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida na ação civil a que alude esta Lei; V - recusar, retardar ou omitir dados técnicos indispensáveis à propositura da ação civil objeto desta Lei, quando requisitados pelo Ministério Público. Art. 101. Deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida nas ações em que for parte ou interveniente o idoso: Pena - detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa. Art. 102. Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, dando-lhes aplicação diversa da de sua finalidade: Pena - reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa. Art. 103. Negar o acolhimento ou a permanência do idoso, como abrigado, por recusa deste em outorgar procuração à entidade de atendimento: Pena - detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa. Art. 104. Reter o cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso, bem como qualquer outro documento com objetivo de assegurar recebimento ou ressarcimento de dívida: Pena - detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos e multa. Art. 105. Exibir ou veicular, por qualquer meio de comunicação, informações ou imagens depreciativas ou injuriosas à pessoa do idoso: Pena - detenção de 1 (um) a 3 (três) anos e multa. Art. 106. Induzir pessoa idosa sem discernimento de seus atos a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente: Pena - reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos. Art. 107. Coagir, de qualquer modo, o idoso a doar, contratar, testar ou outorgar procuração: Pena - reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos. Art. 108. Lavrar ato notarial que envolva pessoa idosa sem discernimento de seus atos, sem a devida representação legal: Pena - reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos. TÍTULO VII DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS Art. 109. Impedir ou embarçar ato do representante do Ministério Público ou de qualquer outro agente fiscalizador: Pena - reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa. Art. 110. O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 61.

II -
h) contra criança, maior de 60 (sessenta) anos, enfermo ou mulher grávida;
....." (NR) "Art. 121.

..... § 4º No homicídio culposo, a pena é aumentada de 1/3 (um terço), se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as consequências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante. Sendo doloso o homicídio, a pena é aumentada de 1/3 (um terço) se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (quatorze) ou maior de 60 (sessenta) anos." (NR) "Art. 133.
..... § 3º

..... III - se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos." (NR) "Art. 140.
..... § 3º Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência:
....." (NR) "Art. 141.

..... IV - contra pessoa maior de 60 (sessenta) anos ou portadora de deficiência, exceto no caso de injúria." (NR) "Art. 148.
..... § 1º

..... I - se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge do agente ou maior de 60 (sessenta) anos." (NR) "Art. 159.

§ 1º Se o seqüestro dura mais de 24 (vinte e quatro) horas, se o seqüestrado é menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, ou se o crime é cometido por bando ou quadrilha." (NR) "Art. 183.

III - se o crime é praticado contra pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos." (NR) "Art. 244. Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada; deixar, sem justa causa, de socorrer descendente ou ascendente, gravemente enfermo:
....." (NR) Art. 111. O art. 21 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, Lei das Contravenções Penais, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único: "Art. 21.

Parágrafo único. Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) até a metade se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos." (NR) Art. 112. O inciso II do § 4º do art. 1º da Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997, passa a vigorar com a seguinte redação: "Art. 1º

..... § 4º
..... II - se o crime é cometido contra criança, gestante, portador de deficiência, adolescente ou maior de 60 (sessenta) anos;
....." (NR) Art. 113. O inciso III do art. 18 da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, passa a vigorar com a seguinte redação: "Art. 18.

III - se qualquer deles decorrer de associação ou visar a menores de 21 (vinte e um) anos ou a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou a quem tenha, por qualquer causa, diminuída ou suprimida a capacidade de discernimento ou de autodeterminação:
....." (NR) Art. 114. O art. 1º da Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação: "Art. 1º As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei." (NR) Art. 115. O Orçamento da Seguridade Social destinará ao Fundo Nacional de Assistência Social, até que o Fundo Nacional do Idoso seja criado, os recursos necessários, em cada exercício financeiro, para aplicação em programas e ações relativos ao idoso. Art. 116. Serão incluídos nos censos demográficos dados relativos à população idosa do País. Art. 117. O Poder Executivo encaminhará ao Congresso Nacional projeto de lei revendo os critérios de concessão do Benefício de Prestação Continuada previsto na Lei Orgânica da Assistência Social, de forma a garantir que o acesso ao direito seja condizente com o estágio de desenvolvimento sócio-econômico alcançado pelo País. Art. 118. Esta Lei entra em vigor decorridos 90 (noventa) dias da sua publicação, ressalvado o disposto no caput do art. 36, que vigorará a partir de 1º de janeiro de 2004. Brasília, 1º de outubro de 2003; 182º da Independência e 115º da República. LUIZ INACIO LULA DA SILVA

Márcio Thomaz Bastos Antonio Palocci Filho Rubem Fonseca Filho Humberto Sérgio Costa Lima Guido Mantega Ricardo José Ribeiro Berzoini Benedita Souza da Silva Sampaio Álvaro Augusto Ribeiro Costa

8. Referências Bibliográficas

- AGÊNCIA Notisa, **Hipertensão arterial: são 30 milhões com ela só no Brasil**. Disponível em <<http://www.notisa.com.br>>. Acesso em 04/10/04.
- ALBUQUERQUE, Sandra Márcia. R.L. **Qualidade de vida do idoso: A assistência domiciliar faz a diferença?** 1ª. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo: 2003.
- ALTHEIDE, D.L. **Qualitative Media Analysis**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 1996.
- ANAYO, V. Mía; CERQUEIRA, M.T. **La promoción de la salud en América Latina**. Un análisis sectorial. San Juan: Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 1997.
- ANDRADE, Cândido Teobaldo de Souza. **Administração de Relações Públicas no Governo**. São Paulo: Loyola, 1982.
- ANZIEU, D.; MARTIN, J. Y. **La dinámica de los grupos pequeños**. Buenos Aires, Kapelusz, 1971.
- ÁRIES, P. **Une histoire de la vieillesse?** Communications n. 37. [S.i], [s.n], 1983.
- AUGRAS, Monique. **Opinião pública**, teoria e pesquisa. Petrópolis: Ed. Vozes, 1970.
- BAKHTIN, Mikhail. **Estética da Criação Verbal: Os gêneros do Discurso**. São Paulo: Martins Fontes. 1992.
- BARATA L., TANAKA O., MENDES J. **O Papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Secretaria da Saúde. 2003.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BARLUND, Dean C. Comunicação: o contexto da mudança. In: MORTENSEN, C. David. **Teoria da Comunicação**. Wisconsin, Mosaico, 1980.
- BARRACCO, Helda B.; CAVALLI, Francesca. Formas e Linguagem Estética em Livros e Jornais: Problemas de Legibilidade e Leiturabilidade. In SILVA, Rafael Souza. **Diagramação: O Planejamento Gráfico na Comunicação Impressa**, São Paulo, Summus Editorial, 1985, p.32.
- BARRON, M. L. **The aging American**. Nova Iorque: Thomas e Crowell, 1961.

BARTHES, Roland. A mensagem fotográfica. In: LIMA, Luiz Costa (Org.). **Teoria da cultura de massa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

_____. A Câmara Clara, Lisboa: Edições 70, 1980.

BAUER, Martin W.; GASKELL George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003

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

BENVENISTE, Émile. **Problemas de linguística Geral I**. Campinas, SP: Pontes, 1995, 4a. ed.

_____. **Problemas de linguística Geral II**. Campinas, SP: Pontes, 1989.

BERTACHINI, Luciana; GONÇALVES, Maria de Jesus. **Comunicação na terceira idade** in: O mundo da saúde, São Paulo: Centro Universitário São Camilo, ano 26, v. 26, nº 4 out/dez 2002, p. 483-489.

BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: **Terceira Idade, um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Unati, Relume-Dumêná. 1995.

BLUMER, Herbert. **The Methodological Position of Symbolic Interactionism**. In: Symbolic Interactionism. Perspective and method. Berkely: University of California Press, 1969, p. 1-60.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar. Ética do Humano**: Compaixão pela Terra. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1999.

BORNHEIM, Gerd. O sujeito e a norma. In: NOVAES, Adauto (Org.). **Ética, Cole tâneas**; 4ª ed., São Paulo, Companhia das Letras, 1992.

BRANDÃO, Elizabeth. Comunicação Pública. In: **XXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. Recife: 1998.

BRANDÃO, Helena H. Nagamine. **Subjetividade, argumentação, polifonia: A propaganda da Petrobrás**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.

BROMLEY, D. B. **Human Ageing. An introduction to geontology**. 3rd. Edition. Bungay: Penguin. 1988.

BUENO, Wilson da C. **Comunicação para a saúde: uma experiência brasileira**. São

- Paulo: Plêiade, 1996.
- BURGUESS, E. W. "Introduction". In: BURGESS, E.W. (org.). **Aging in western societies**. Chicago: The University of Chicago Press, 1960.
- CAPISTRANO Fº, David. **Da saúde e das cidades**. São Paulo, Hucitec, 1995.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 20ª. Ed. São Paulo: Cultrix, 1997.
- CARNICEL, Amarildo. O projeto gráfico do jornal elementos para a preservação da identidade visual sem prescindir das inovações tecnológicas. In: **Anais do XXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. Rio de Janeiro: INTERCOM, set. 1999 [cd-rom].
- CARVALHO, Eurico Thomaz Filho. Geriatria não faz milagre. **CT. Revista Brasileira de Clínica Terapêutica**. Ano XIII. São Paulo, jul. 1984
- CARVALHO, Regina Ribeiro Parizi. Ética e equidade em saúde. In: **Boletim SBN, ética & medicina**. 9 out. 2001.
- CASSEL, C.; SIMON, G. **Qualitative Methods in Organizational Research: A Practical Guide**. London: Sage Publications, 1998.
- CAVAN, R. Family tensions between the old and middle aged. In: VEDDER, C. (org.) **The problems of the middle aged**. Springfield: Thomas Publishing Co, 1965.
- CESCA, Cleuza G. Gimenes. **Comunicação dirigida escrita na empresa**: Teoria e prática. SP: Summus, 1995.
- CHARÃO, Cristina. USP abre inscrições para a terceira idade. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 14 fev., 2001.
- CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Ed. Moderna, 1981.
- CHENITZ, W.C.; SWANSON, J.M. **From Practice to Grounded Theory**. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, 1986.
- CHIATTONE, Heloisa B. de Carvalho; SEBASTIANI, W. Ricardo. Ética em Saúde: Algumas reflexões sobre nossos desafios para o século XXI. In: ANGERAMI – CAMON, Valdemar Augusto (Org.). **A Ética na Saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997. p. 173-182.

- CHIORO, Arthur; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; ZIONI, Fabiola. **Políticas públicas e organização do sistema de saúde:** Antecedentes, reforma sanitária e o SUS. Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo; Secretárias de Estado de Saúde/S.P; Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo, 1997.
- CITELLI, Adilson. **Linguagem e persuasão.** São Paulo: Ática, 2003, 15ª. Ed.
- COLLIER JR, John; COLLIER, Malcon. **Visual Anthropology:** Photography as a Research Method. Albuquerque: University of New Mexico Press, 1986.
- COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 1999.
- COSTA, Z. S, FIGUEIREDO N.M.A. **(Re)nascer da Terceira Idade:** Um Programa para Idosos no HUGG - A Construção de um Espaço. Rev Alternativa de Enfermagem, jan. 1998
- CUMMING, E.; HENRY, W. **Growing old.** Nova York: Basic Books, 1961.
- CUNHA, Antônio Geraldo da. **Dicionário Etimológico.** Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1982.
- CUTAIT, Raul; JATENE, Fábio. Qualidade de atendimento médico. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 1 nov. 2001.
- DAGOGNET, F. Prescribe, Psychiatrie Française, agosto de 1994, pp. 10-17, In: PIGNARE, Philippe. **O que é medicamento?** Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo: Editora 34, 1999.
- DEBERT, Guita Grin. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In **Velhice e Sociedade.** São Paulo, Papirus, 1999.
- DENZIN, Norman K. **Interpretative Biography.** Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 1989.
- _____. **The Research Act.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1989.
- DIAMOND, Jared. Por que alimentar a boca que pode nos morder. **O Estado de S. Paulo**, 20 jan. 2002.
- DONFUT, Claudine Attias. Seminários de estudos sobre a terceira idade. **Cadernos da Terceira Idade** – Sesc, nº 3. São Paulo, 1979,
- DUENWALD, Mary. Genes e vida regrada, a receita da longevidade. **O Estado de S.**

Paulo, São Paulo, 30/12/2001.

DUNKIN, M.J. **The International Encyclopedia of Teaching and Teacher Education**. Oxford: Pergamon Press, 1995.

ENEIDA, G. Macedo Haddad. **O direto à velhice: os aposentados e a previdência social**. São Paulo, Cortez, 2a. ed., 2001.

EUROLINK Age, Promozione della salute per gli anziani, apêndice I. In **Adding Life to Years: Taking the Necessary Steps to Promote Healthy Ageing**. Seminário europeu. Londres: Eurolink Age, 1986.

FARINA, Modesto. **Psicodinâmica das cores em comunicação**. São Paulo: Ed. Edgard Blücher, 1990.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**, Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1988

FOLHA de S. Paulo. Sistema de Saúde do país é o 125º do mundo. 21 jun. 2000, Caderno Cotidiano p. C6.

_____. Pesquisa revela perfil de médico dependente, São Paulo, 18 set. 2001, Caderno Cotidiano p. C3.

_____. A morte é mais uma das mudanças da vida, São Paulo, 8 nov.2001, Caderno Equilíbrio p. 8-9.

_____. Expectativa de vida sobe 2,6 anos na década, São Paulo, 4 dez. 2001, Caderno Cotidiano p. C1.

FORMENTI, Lígia. Negro tem menos acesso a serviço médico, diz estudo. **O Estado de S. Paulo**, 19 set. 2004. Cad. Geral, Saúde. p. A-17.

_____. Cremesp ajudará médico dependente de drogas. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 18 set. 2001.

FRAIMAN, Ana Perwin. **Nós e nossos velhos: forças que falam e forças que se calam**. Tese de mestrado, Psicologia, v.1/2, USP, 1990.

FRANÇA, Lucia. Terceira Idade, Alternativas para uma sociedade em transição. In: VERAS, Renato. (Org.) **Terceira Idade: alternativa para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: EURJ: UnATI, 1999.

FUNDAÇÃO Getúlio Vargas. Gerenciando a saúde na esfera pública. In: **III Seminário Nacional de Saúde, Previdência e Assistência social**. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo: Secretaria da Saúde. Ago. 2003.

GLÉSNE, C.; PESHKIN, A. **Becoming Qualitative Researchers**. White Plains, NY: Longman, 1992.

GRUNIG, J. E.; GRUNIG, Larissa A. **Excellence in public relations and communication management**. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associated Publisher, EUA, 1992.

GUILLEMARD, A.M. **Le decline du social**: Formation et crise des politiques de la veillesse. Paris: PUF, 1986.

HARRISON, Roger. Defenses and the need to know. In LAWRENCE, Paul; SEILER, George V. **Organization Behavior and administration**. Homewood, Irwin and Dorsey, 1997.

HARVEY, D.A. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Ed. Loyola, 1992.

HASTORF, Albert; CANTRIL, Hadley. **They Saw a Game**: a Case Study. Journal of Abnormal and Social Psychology n. 49. [S.i], 1954.

HERBST, K. G. Social attitudes to hearing loss in elderly. In E Glendenning (ed) **Acquired Hearing Loss and Elderly People**. Keele: Beth Johnson Foundation Publications, 1982.

HOFFMAN, R. **Eight Questions about qualitative and quantitative research**. Disponível em (http://www.coe.uga.edu/quig/archives/QUIG95_Proceedings/index.html). Acesso em 16/02/1999.

JOLY, Martine. **Introdução à Análise da Imagem**. São Paulo: Papirus, 1996.

JUNGERMAN, F. S.; LARANJEIRA, R. (1999). Entrevista motivacional: Bases teóricas e práticas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 48, 197-207.

KEITH, J. The best is yet to be: Toward an anthropology of age. **Annual Review of Anthropology**, n.º 9. [S.i], 1980.

KING, N. The Qualitative research interview. In: CASSEL, C. SYMON, G. (eds.). **Qualitative Methods in Organizational Research**: a practical guide. London: Sage Publications, 1995.

- KORSCH, Barbara M.; HARDING, Caroline. **The intelligent patient's guide to the doctor-patient relationship: learning how to talk so your doctor will listen**. New York: Oxford University, 1997.
- KOTLER, Philip. **Marketing para organizações que não visam lucro**. 4ª ed, São Paulo: Atlas S.A., 1994.
- KUBRUSLY, Cláudio Araújo. **O que é fotografia?**. Coleção Primeiros Passos. 4a. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- LAKATOS, Eva Maria. **Sociologia Geral**. São Paulo: Atlas, 1992. 6ª. Ed. rev.
- LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LAPORTA, Marcia Zorello; ZAMPIERI, Marilim Fogo. **Manual de elaboração de trabalhos acadêmicos**. Santo André: Centro Universitário Fundação Santo André, 2003.
- LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. Preventive Medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach. 3th ed. New York: MacGraw-Hill, 1965, 684 p., In: LESER, Walter et al (Orgs.). **Elementos da epidemiologia geral**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- LEFÈVRE, Fernando. A Saúde como fato coletivo. In: **Saúde e Sociedade**, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública. v.1, n. 1, São Paulo: FSP – USP/ APSP, 1992.
- LESER, Valter; BARBOSA, Victorio; BARUZZI, Roberto G.; RIBEIRO, Myriam; FRANCO, Laércio J. **Elementos de epidemiologia geral**. São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte: Atheneu, 2000.
- LIMA, Luiz Costa: (Comp.); **Teoria da Cultura de Massa**. São Paulo: Paz e Terra, 1990, 5ª. ed. rev.
- LINDENBERGER, U.; BALTES, P. Sensory functioning and intelligence in old age: A strong connection. **Psychology and Aging**, nº 9, p. 339-355, 1994.
- LOIZOS, Peter. Vídeo, filme e fotografias como documento de pesquisa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto imagem e som**. 2ª. ed. São Paulo, Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2003.
- LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. **Saúde na velhice**: as interpretações sociais e os

- reflexos no uso do medicamento. São Paulo: EDUC, 2000.
- MAIBACH, E.; COTTON, D. Moving people to behavior Change. In: MAIBACH, Edward; PARROT, Roxanne. **Designing Health Messages**. Califórnia: Edward Maibach, Roxanne Loiselle Parrot, (Eds), 1995.
- MAIBACH, Edward; PARROT, Roxanne. **Designing health messages: approaches from communication theory and public health practice**. California: Sage, 1995.
- MAINGUENEAU, Dominique. **Termos da Análise do Discurso**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2000.
- MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. Humanização na saúde. In: **Ser Médico**, nº 18. São Paulo: Órgão do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2002.
- MARTINS DE SÁ, Jeanete Liasch. Gerontologia e Interdisciplinaridade: Fundamentos Epistemológicos. In: NÉRI, A. L; DEBERT, G. G (orgs). **Velhice e Sociedade**. São Paulo: Papirus; 1999.
- MATOS, Heloiza. Das relações públicas ao marketing público: (des)caminhos da comunicação governamental. In: CORRÊA, Tupã Gomes; FREITAS, Sidinéia Gomes (orgs.). **Comunicação, Marketing, Cultura**. São Paulo: Centro Lusitano de Cultura, 1999, p. 58-66.
- MEIRELLES B.H.S; ERDMANN, A.L. A Questão das Disciplinas e da Interdisciplinaridade como Processo Educativo na Área da Saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, jan/abr de 1999; 8(1) Florianópolis..
- MELLO. Celso Antonio B. de. Elementos de direito administrativo. **Revista dos Tribunais**, 2ª. ed., São Paulo, 1988.
- MERCADANTE, Aluizio. Metas sociais: um direito cidadão. **Folha de S. Paulo**. 09 jul 2000, Caderno Dinheiro p. B2.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2003
- MICHAELIS — **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**, São Paulo: Ed. Melhoramentos, 1998.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR., Carlos, E.A. (org.). **Antropologia, Saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, 1ª. Reimpressão.

- MOREIRA, Daniel A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Thomson Pioneira, 2002.
- MOSCOVICI, Serge, **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- NÈRI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo, Atheneu, 2000.
- NICHOLAS, Perricone. **O fim das rugas, um método natural e definitivo para evitar o envelhecimento da pele**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.
- NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Ursula S.; COHN, Amélia. **A Saúde como direito e como serviço**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- NUNOMURA, Eduardo. Quando a medicina é apenas negócio. **O Estado de S. Paulo**, 21 out. 2001.
- OLIVEIRA, Maria José da Costa. **Comunicação Pública**. Campinas-SP: Alínea, 2004.
- PARROT, Roxanne L. Motivation to Attend to Health Messages. In: MAIBACH, Edward; PARROT, Roxanne. **Designing Health Messages**. Califórnia: Edward Maibach, Roxanne Loiselle Parrot, (Eds), 1995.
- PASCHOAL S.M.P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO, Neto M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 1996.
- PERRICONE, Nicholas. **O fim das rugas**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.
- PESSINI, Léo. **Envelhecimento e saúde**: Ecos das II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento in O mundo da saúde, São Paulo: Centro Universitário São Camilo, ano 26, v. 26, nº 4 out/dez 2002, p. 457-463.
- _____. **Relatório mundial da saúde**. Prevenir riscos, promover vida saudável (sinopse). in O mundo da saúde, São Paulo: Centro Universitário São Camilo, ano 26, v. 26, nº 4 out/dez 2002, p. 525-538.
- PIGNARRE, Philippe. **O que é medicamento?** Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo: Ed. 34, 1999.
- PIGNATARI, Décio. **Informação, linguagem, comunicação**. São Paulo: Cultrix, 1997, 11ª ed.

- PIMENTEL, Bárbara dos Santos; SOUZA, Andréa Leite Lisboa de. **O sistema social e o idoso**. 1997. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Universidade Católica de Salvador, Salvador.
- PIVETTA, Marcos. Retratos do entardecer. **Pesquisa Fapesp** n° 87, São Paulo, maio/2003.
- PREFEITURA Municipal de São Paulo. **Relatório Final**, Conferências municipais de São Paulo. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2003.
- PRUS, Robert. **Symbolic Interaction and Ethnographic Research**. Albany, NY: State University of New York Press, 1996.
- QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. Histórias de vida e depoimentos pessoais (anexo III). In: **Sociologia**, Vol. XV. n°1, mar 1953, São Paulo.
- QUILLAN, D.A. Common causes of vision loss in elderly patients. **American Family Physician**, n° 60, 1999, p. 99-108.
- RAIA, Silvano. O papel do médico na medicina moderna. **Folha de S. Paulo**. 18 abr. 2001, Opinião p. A3.
- READ, Ross et. al. **The effective health care executive - a guide to winning management style**. Michigan: Terence F. Moore, 1986.
- REBOUL, Hélène. Vieillir, projet pour vivre. Lyon: Le Chalet – SNPP. 1973. In: BALLONE, Geraldo José, et al. **Envelhecimento e velhice**: Uma nova realidade. Prefeitura Municipal de Paulínea, dez/1981.
- RECASÉNS SICHENS, Luiz. **Tratado general de filosofia del derecho**. 4ª ed. México: Ed. Porrúa, 1970, pág. 75
- REIS, Devani Salomão de Moura. **A questão da saúde pública: um enfoque comunicacional**. Dissertação de Mestrado, Escola de Comunicações e Artes/USP. 1999
- RESTREPO, H.E. Conceptos e definiciones. In RESTREPO, H.E. et al. **Promoción de la Salud**: como construir vida saludable. 1ª ed. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2001.
- RIBEIRO, Milton. **Planejamento Gráfico**. Brasília: Linha Gráfica e Editora, 1993.
- ROSE. A.M. **The subculture of aging**: A topic sociological research. **The**

- ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Tradução: Marcos Fernandes da Silva Moreira com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim; 2 ed. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994
- ROUANET, Sergio Paulo. Dilemas da Moral Iluminista. In: NOVAES, Adauto (org). **Ética, Coletâneas**. 4 ed., São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- SACCOMORI, Camila. **A investigação como programa narrativo no filme “O informante” - um estudo da linguagem verbal**, 2001. (Monografia de conclusão do curso de jornalismo). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Junho de 2001.
- SAMAIN, Etienne (org). **O fotográfico**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SANTAELLA, Lucia. **Corpo e comunicação**. São Paulo: Paulus, 2004.
- SILVA, Rafael Souza. **Diagramação - O Planejamento Visual Gráfico na Comunicação Impressa**. São Paulo: Summus Editorial, 1985.
- SIMMONS, L.W. **The role of the aged in primitive society**. New Haven: Yale University Press, 1945.
- SIMONS, George J.; McCALL, J. L. Percepção e avaliação social.
In: MONTENSEN, C. David. **Teoria da Comunicação**. Wiscinsin, Mosaico, 1980, p. 72
- SKINNER, B. F; VAUGHAN, M. E. **Viva bem a velhice**: aprendendo a programar a sua vida. São Paulo: Summus, 1985.
- SOKOLOWSKI, Robert. **Introduction to Phenomenology**. EUA: Cambridge University Press, 2000.
- SOLA, Lourdes. Atividade física é garantia de velhice saudável. **O Estado de S. Paulo**, 31 dez. 2000.
- SROUGI, Miguel. Covas, Cutait e o morrer. **Folha de S. Paulo**, 02 jul. 2001, Opinião p. A3.
- SROUR, Robert Henry. **Classes, Regimes, Ideologias**. São Paulo: Ed. Ática. 1987.
- STRINGUETO, Kátia. Segunda opinião é um direito do paciente. **Folha de S. Paulo**,

- 04 mar. 2001, Caderno Cotidiano p. C5.
- _____. Estilo de vida é explicação de doenças. **Folha de S. Paulo**. 11 mar.2001, Caderno Cotidiano p. C5.
- STUART-HAMILTON, Ian. **A psicologia do envelhecimento**: uma introdução. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- TESTA, Mario et al. **Agir em saúde**, um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2a. ed., 2002.
- THOMPSON, P. et al. **I don't feel old; The experience of later life**. Oxford/Nova York: Oxford University Press, 1991.
- THOMPSON, Paul. **A voz do passado – história oral**. Tradução Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- URDAN, André Torres. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. In: **RAE – Revista de Administração de Empresas**, v.41, São Paulo, out/dez 2001.
- VERAS, Renato P. **País jovem com cabelos Brancos**: A saúde do idoso no Brasil. 3ª. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, 1994.
- VICINI, Giulio. **Abraço afetuoso em corpo sofrido**: Saúde integral para idosos. São Paulo: Ed. SENAC, 2002.
- VIVER mais e melhor. **Guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida**. Ministério da Saúde. Brasília-DF.
- WADDINGTON, D. Participant observation. In: CASSEL, C. SYMON, G. (eds.). **Qualitative Methods in Organizational Research**: A practical Guide. London: Sage Publications, 1995.
- WATZLAWICK, Paul, et. al. **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo. Cultrix, 1973.
- WEILL P.;D'AMBROSO U.; CREMA, R. **Rumo a Nova Transdisciplinaridade**: Sistemas Abertos de Conhecimento. 3ª ed. São Paulo: Summus, 1993.
- WILLIAMS, Robin. **Design para quem não é designer**. São Paulo: Callis, 1995.
- ZEMOR, Pierre. **La communication publique**. Paris: Presses Universitaires de France, 1995.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice, aspectos biopsicossociais.**
Porto Alegre: Armed, 2000.