**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MARIA FERNANDA BAETA NEVES
ALONSO DA COSTA**

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
OS SISTEMAS BRASILEIRO E ESPANHOL**

**SÃO PAULO
2009**

**MARIA FERNANDA BAETA NEVES
ALONSO DA COSTA**

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
OS SISTEMAS BRASILEIRO E ESPANHOL**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Suely Itsuko
Ciosak

**SÃO PAULO
2009**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Costa, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da.

Atenção integral a saúde do idoso na saúde primária: os sistemas brasileiro e espanhol / Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa. – São Paulo, 2009.

346 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Suelly Itsuko Ciosak.

1. Idosos 2. Serviços de saúde para idosos 3. Cuidados integrais de saúde 4. Cuidados primários de saúde 5. Saúde da família. I. Título.

Nome: Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

Título: Atenção integral à saúde do idoso na atenção primária: os sistemas brasileiro e espanhol.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências.
Área de concentração: Cuidado em Saúde

Aprovado em: __/__/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus Pais, Décio e Marilú, que dedicaram toda a vida aos filhos.

Aos meus filhos, Caio e Lucas, dos quais tanto me orgulho, gostaria de agradecer a compreensão e paciência que tiveram durante esta longa caminhada, e obrigada por sempre acreditarem em mim, fazendo com que me sinta a mãe mais feliz deste planeta.

Ao meu marido, David que sempre incentivou e apoiou minhas ideias, que incondicionalmente me ajudou na concretização desse sonho com sua experiência, dedicação, disposição e carinho.

AGRADECIMENTOS

Profundos agradecimentos à Professora Doutora *Suely Itsuko Ciosak*, orientadora que me acompanha desde as primeiras jornadas na Especialização, culminando com a realização deste novo trabalho. Excelente profissional, que vem contribuindo com inestimáveis experiências à Enfermagem, com quem muito aprendi, em convívio, deixando-me contaminar pela força necessária para superar obstáculos, com a certeza de que mantereí viva uma admiração que não se consegue explicar facilmente, cultivando em mim a memória que só as grandes lutas em comum são capazes de superar.

À professora *Esperanza Ballesteros Pérez*, pela amizade, incentivo e atenção que sempre teve para comigo e pelo exemplo de vida, cuja riqueza espiritual faz com que as pessoas que dela se aproximam sintam-se afetados por sua admirável simplicidade.

Às professoras doutoras *Maria Pilar Torres Egea*, *Roseni Pinheiro*, *Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli*, *Yeda Aparecida Duarte*, que gentilmente se prontificaram em participar da banca examinadora, contribuindo com oportunas e relevantes sugestões para o aprimoramento da pesquisa.

Às professoras doutoras do Grupo de Pesquisa Modelo Técnico-Assistencial e a Promoção de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, *Anna Maria Chiesa*, *Lislaine Aparecida Fracolli*, *Elma Lourdes Campos Pavoni Zoboli*, *Maria De La Ó Ramalho Veríssimo* e *Sayuri Tanaka Maeda*, que jamais pouparam empenho para a formação de futuros Mestres e Doutores desta Instituição.

Às professoras da Universidade de Barcelona (UB), em especial à *Maria Rosa Girbau Garcia*, *Adela Gejo Bartolomé*, *Montserrat Busquets Surribas*, *Maria Teresa Icart Isern*, pela solicitude e desprendimento com que se dispuseram a prestar colaboração para a realização desta pesquisa.

Aos eficientes funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), especialmente, *D^a Terezinha*

(Secretária do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva) e *Silvana* (Secretária da Pós-Graduação), *Sr^a Nadir Aparecida Lopes* (Diretora Técnica da Biblioteca da EEUSP), *Juliana Akie Takarashi* (Bibliotecaria da EEUSP) e, da Universidade de Barcelona (UB), *Cristina Garcia Garcia* (Secretária), pelo profissionalismo e recepção que me dispensou ao longo desta caminhada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que me possibilitou através da bolsa Sandwich, complementar a pesquisa na Universidade de Barcelona.

Aos meus queridos colegas da Universidade Metropolitana de Santos, em especial à *Mônica Carpalhoso Martins*, *Kátia Maria de Azevedo Noronha*, *Ana Virgínia de Almeida Carrasco*, verdadeiras amigas no apoio para que fosse vencida cada etapa desta difícil, porém, gratificante jornada acadêmica.

À Secretaria de Saúde do Município de Santos, ao Dr. Sidney Costa Gaspar, à Professora Doutora Sílvia Maria Tagé, à Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos, por permitirem a realização da coleta de dados nas Unidades do Programa Saúde da Família.

Aos Centros de Atenção Primária San Feliu e Just Oliveras, Hospital Sócio-Sanitário de L'Hospitalet de Llobregat e Fundação Santa Eulalia, em Barcelona/Espanha, que me possibilitaram realizar a coleta de dados dos gestores, profissionais de saúde e idosos, de forma acolhedora e contribuindo muito para este trabalho.

Enfim, a todos que contribuíram para que esta pesquisa se tornasse realidade, desculpando-me, desde logo, por alguma eventual omissão, mas que, jamais sairão da galeria daqueles que me ajudaram e que permanecerá eternamente em meu coração.

AGRADECIMIENTOS

Profundos agradecimientos a Profesora Doctora *Suely Itsuko Ciosak*, directora que me acompaña desde las primeras jornadas en el Posgrado, culminando con la realización de este nuevo estudio. Excelente profesional, que viene contribuyendo con inestimables experiencias a Enfermería, con quien mucho aprendí, en convivencia, me dejando contaminar por la fuerza necesaria para superar obstáculos, con la certidumbre de que mantendré viva una admiración que no se consigue explicar fácilmente, cultivando en mí la memoria que sólo las grandes luchas en común son capaces de superar.

A profesora *Esperanza Ballesteros Pérez*, por la amistad, incentivo y atención que siempre tuvo para conmigo y por el ejemplo de vida, cuya riqueza espiritual hace con que las personas que de ella se aproximan se sientan afectados por su admirable simplicidad.

A las profesoras doctoras *Maria Pilar Torres Egea*, *Roseni Pino*, *Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli*, *Yeda Aparecida Duarte*, que gentilmente aceptaran en participar de la banca examinadora, contribuyendo con oportunas y relevantes sugerencias para el perfeccionamiento de la investigación.

A las profesoras doctoras del Grupo de Investigación Modelo Técnico-Asistencial y la Promoción de Salud, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, *Anna Maria Chiesa*, *Lislaine Aparecida Fracolli*, *Elma Lourdes Campos Pavoni Zoboli*, *Maria De La Ó Ramalho Veríssimo* y *Sayuri Tanaka Maeda*, que jamás ahorraron empeño para la formación de futuros Maestros y Doctores de esta Institución.

A las profesoras de la Universidad de Barcelona (UB), en especial a *Maria Rosa Girbau García*, *Adela Gejo Bartolomé*, *Montserrat Busquets Surribas*, *Maria Teresa Icart Isern*, por la solicitud y desprendimiento con que se habían dispuesto a prestar colaboración para la realización de esta investigación.

A los eficientes funcionarios de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo ([EEUSP]), en especial, *D^a Terezinha* (Secretaria

del Departamento de Enfermería en Salud Colectiva) y *Silvana* (Secretaria del Posgrado), *Sra. Nadir Aparecida Lopes* (Directora Técnica de la Biblioteca) e *Juliana Akie Takarashi* (Bibliotecaria) de la (EEUSP) y de la Universidad de Barcelona (UB), *Cristina Garcia* (Secretaria) por el profesionalismo y recepción que me dispensaran al largo de esta caminata.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que me possibilitó a través de la bolsa Sandwich, complementar la investigación en la Universidad de Barcelona.

A mis queridos colegas de la Universidad Metropolitana de Santos, en especial a *Mônica Carpalhoso Martins*, *Kátia Maria de Azevedo Noronha*, *Ana Virgínia de Almeida Carrasco*, verdaderas amigas en el apoyo para que fuese vencida cada etapa de esta difícil, sin embargo, gratificante jornada académica.

A Secretaría de Salud del Municipio de Santos, al *Dr. Sidney Costa Gaspar*, a *Profesora Doctora Sílvia Maria Tagé*, a *Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos*, por permitir la realización de la colecta de datos en las Unidades del Programa Salud de la Familia.

A los Centros de Atención Primaria San Feliu y Just Oliveras, Hospital Socio-Sanitario de L'Hospitalet de Llobregat y Fundación Santa Eulalia, en Barcelona/España, que me posibilitaron realizar la colecta de datos de los administradores, profesionales de salud y ancianos, de forma acogedora y contribuyendo mucho para este trabajo.

En fin, a todos que contribuyeron para que esta investigación se volviese realidad, me disculpando, desde entonces, por alguna eventual omisión, pero que, jamás saldrán de la galería de aquellos que me ayudaron y que permanecerá eternamente en mi corazón.

EPÍGRAFE

Se meu andar é hesitante e minhas mãos trêmulas,
ampare-me...

Se minha audição não é boa e tenho de me esforçar para ouvir o que você
está dizendo, procure entender-me...

Se minha visão é imperfeita e o meu entendimento é escasso,
ajude-me com paciência...

Se minhas mãos tremem e derrubam comida na mesa ou no chão,
por favor não se irrite, tentei fazer o melhor que pude...

Se você me encontrar na rua, não faça de conta que não me viu,
pare para conversar comigo, sinto-me tão só...

Se você na sua sensibilidade me vê triste e só,
simplesmente partilhe um sorriso e seja solidário...

Se lhe contei pela terceira vez a mesma "história" num só dia,
não me repreenda, simplesmente ouça-me...

Se me comporto como criança,
cerque-me de carinho...

Se estou com medo da morte e tento negá-la,
ajude-me na preparação para o adeus...

Se estou doente e sou um peso em sua vida,
não me abandone, um dia você terá a minha idade...

A única coisa que desejo neste meu final da jornada,
é um pouco de respeito e de amor...

Um pouco...do muito que lhe dei um dia !!!

(De um idoso desconhecido)

EPÍGRAFE

Si mi piso es vacilante y mis manos trémulas,
me ampare...

Si mi audición no es buena y tengo que esforzarme para escucharlo que
está diciendo, busque entenderme...

Si mi visión es imperfecta y mi entendimiento es escaso,
me ayude con paciencia...

Si mis manos tiemblan y derrumban comida en la mesa o en el suelo,
por favor no se irrite, intenté hacer lo mejor que pude...

Si encontrarme en la calle, no haga de cuenta que no me vio,
pare para conversar conmigo, me siento tan sólo...

Si en su sensibilidad me ve triste y sólo,
sencillamente divida una sonrisa y sea solidario...

Si le conté por tercera vez la misma "historia" en un sólo día,
no me reprenda, sencillamente me escucha...

Si me comporto como niño,
me cerque de cariño...

Se estoy con miedo de la muerte y tanteo negarla,
me ayude en la preparación para el adiós...

Se estoy enfermo y soy un peso en su vida,
no me abandone, un día tendrá mi edad...

La única cosa que deseo en este mi final de jornada,
Es un poco de respeto y de amor...

Un poco...do mucho que le di un día!!!

(De un anciano desconocido)

Costa MFBNA. Atenção integral à saúde do idoso na atenção primária: os sistemas brasileiro e espanhol. [tese]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar o entendimento dos gestores, profissionais de saúde e idosos sobre necessidades de saúde e atenção integral, na Atenção Primária de Saúde. Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo no qual, através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foram encontradas categorias analíticas, relacionadas à Taxonomia de Necessidades de Saúde (Cecílio e Matsumoto, 2006) e analisadas a partir da Representação Social. O cenário do estudo foi a Atenção Primária de Saúde nos Municípios de Santos/São Paulo (Brasil) e L'Hospitalet de Lobregat (Espanha). O total de sujeitos foi de 98, dos quais 68 (38 gestores e profissionais de saúde, 30 idosos) do Município de Santos e, 30 (17 gestores e profissionais de saúde, 13 idosos) de L'Hospitalet de Lobregat. A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2007 e março de 2008 (Santos) e entre setembro de 2008 e maio de 2009 (L'Hospitalet de Lobregat). As categorias relacionadas à Taxonomia do DSC foram “necessidades de boas condições de vida”: atenção global, desenvolvimento social e suporte familiar, intersetorialidade e qualidade de vida; “garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida”: direito à saúde, atenção domiciliar, acesso às tecnologias na atenção à saúde do idoso, acesso a todos os níveis de atenção e, ações de prevenção e promoção da saúde; “necessidades de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida”: promoção da autonomia e independência dos idosos e educação em saúde; “necessidades de ter vínculo com um profissional ou equipe”: acolhimento e responsabilização. Os resultados das duas realidades apontaram que, para os gestores, o modelo de gestão deve centrar a atenção da assistência no usuário; melhorar a coordenação entre os níveis de atenção; possuir profissionais capacitados para evitar duplicidades nas ações e reconhecem que as ações devem contemplar a intersetorialidade para que o idoso tenha suporte social no atendimento de suas necessidades. Os profissionais de saúde entendem que a assistência é ministrada com qualidade, porém, para prestar cuidados a este grupo, cada vez mais dependente e com agravos das doenças crônico-degenerativas, são necessários profissionais mais capacitados; os serviços de saúde deveriam ser mais acessíveis desde a atenção primária até a terciária. Para os idosos, as informações sobre sua saúde, são fornecidas de forma compreensível, mas, quando necessitam de informações, assim como, do acesso na rede de serviços, elas são complexas e confusas; preferem utilizar o atendimento de urgência como alternativa; percebem que alguns profissionais demonstram compromisso, responsabilidade, competência e empatia, já outros, não apresentam interesse em escutar suas queixas; possuem consciência sobre seus direitos e demonstram interesse para participar das decisões que afetam sua saúde. Concluímos que no Município de Santos os serviços estão organizados para, prioritariamente, atender à população idosa na Atenção Primária de Saúde, através do Programa Saúde da Família, da mesma forma que no Município

de L'Hospitalet de Llobregat. No entanto, o sistema de saúde na Espanha está mais preparado para atender o idoso, portador de doenças crônicas, degenerativas e dependência, pelo motivo de ser um país envelhecido.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos, Serviços de saúde para idosos, Cuidados integrais de saúde, Cuidados primários de saúde, Saúde da família.

Costa MFBNA. Full care in the health of elderly in primary care: the Brazilian and the Spanish systems. [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyse the understanding of managers, health professionals and elder people on health needs and full care in Primary Attention Health. This is an exploratory, qualitative study, which found analytical categories through the Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), related to Taxonomy of Health Needs (Cecílio and Matsumoto, 2006) and they were analyzed based on Social Representation. The study setting was the Primary Health Care in the cities of Santos / São Paulo (Brazil) and L'Hospitalet de Lobregat (Spain). The number of interviewed people were 98, whose 68 (38 managers and health professionals, 30 elder) from Santos, and (17 managers and health professionals, 13 elder) from L'Hospitalet de Lobregat. Data collection was performed between August 2007 and March 2008 (Santos) and between September 2008 and May 2009 (L'Hospitalet de Lobregat). The categories related to the Taxonomy of the DSC were "needs of good conditions of life": global attention, social development and family support, intersectoral and quality of life; "guaranteed access to all technologies that improve and prolong life" health rights, home care, access to technology in health care for elder people, access to all levels of care and prevention and health promotion; "needs of autonomy and self-care in choosing the way of living life": autonomy promotion and independence of elder and health education; "need of a link with a professional or a team": host and accountability. The results of these two realities pointed out that, for managers, the management approach should focus the attention on user assistance; improve coordination between levels of care; have trained professionals to avoid duplication of actions and recognize that these actions must include intersectorality for elder social support on their needs. Health professionals believe that the assistance is provided with quality, but to provide assistance for this group increasingly dependent and with chronic illnesses-degenerative, it is necessary more trained professionals; the health services should be more accessible from primary to tertiary level of care. To elder people, the information about their health is provided in an understandable way, but when they need information, as well as the access to the network services, the information is complex and confusing; they prefer to use the emergency care as an alternative; they also realize that some professionals demonstrate commitment, responsibility, competence and empathy, as others have no interest in "listen" to their complaints; they have awareness of their rights and are willing to participate in decisions that affect their health. We conclude that, in Santos, the services are organized to primarily serve the elders in Primary Health Care through the Programa Saúde da Família in the same way that L'Hospitalet de Lobregat. However, the health system in Spain is better prepared to serve the elders with chronic, degenerative diseases and dependence, because it is a country with a great number of elder people.

KEYWORDS: Elder, Health care for the elder, Full health care, Primary health care, Family health.

Costa MFBNA. Atención integral a salud del anciano en la atención primaria: los sistemas brasileño y español. [tesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar el entendimiento de los administradores, profesionales de salud y ancianos sobre necesidades de salud y atención integral, en la Atención Primaria de Salud. Se trata de un estudio exploratorio, cualitativo que, a través del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) habían sido encontradas categorías analíticas, relacionadas a Taxonomía de Necesidades de Salud (Cecilio y Matsumoto, 2006) y analizadas a partir de la Representación Social. El escenario del estudio fue la Atención Primaria de Salud en los Municipios de Santos/São Paulo (Brasil) y L'Hospitalet de Lobregat (España). El total de sujetos fueron 98, de los cuales 68 (38 administradores y profesionales de salud, 30 ancianos) del Municipio de Santos y 30 (17 administradores y profesionales de salud, 13 ancianos) de L'Hospitalet de Lobregat. La colecta de datos fue realizada entre agosto de 2007 y marzo de 2008 (Santos) y entre septiembre de 2008 y mayo de 2009 (L'Hospitalet de Lobregat). Las categorías relacionadas a Taxonomía del DSC fueron “necesidades de buenas condiciones de vida”: atención global, desarrollo social y soporte familiar, intersectorialidad y calidad de vida; “garantía de acceso a la todas las tecnología que mejoren y prolonguen la vida”: derecho a salud, atención domiciliaria, acceso a las tecnologías en la atención a salud del anciano, acceso a todos los niveles de atención y, acciones de prevención y promoción de la salud; “necesidades de autonomía y autocuidado en la elección del modo de andar la vida”: promoción de la autonomía e independencia del anciano y educación en salud; “necesidades de tener vínculo con un profesional o equipo”: acogida y responsabilización. Los resultados de las dos realidades apuntaron que, para los administradores, el modelo de gestión debe centrar la atención de la asistencia en el usuario; mejorar la coordinación entre los niveles de atención; poseer profesionales capacitados para evitar duplicidades en las acciones y reconocen que las acciones deben contemplar la intersectorialidad para que el anciano tenga soporte social en la atención de sus necesidades. Los profesionales de salud entienden que la asistencia es suministrada con calidad, sin embargo, para prestar cuidados a este grupo, cada vez más dependiente y con agravios de las enfermedades crónico-degenerativas, son necesarios profesionales más capacitados; los servicios de salud deberían ser más asequibles desde la atención primaria hasta la terciaria. Para los ancianos, las informaciones sobre su salud, son suministradas de forma comprensible, pero, cuando necesitan de informaciones, así como, el acceso en la red de servicios, ellas son complejas y confusas; prefieren utilizar la atención de urgencia como alternativa; perciben que algunos profesionales demuestran compromiso, responsabilidad, competencia y empatía, ya otros, no presentan interés en “escuchar” sus quejas; poseen consciencia sobre sus derechos y demuestran interés para participar de las decisiones que afectan su salud. Concluimos que, en el Municipio de Santos, los servicios están organizados para, prioritariamente, atender la población anciana en la

Atención Primaria de Salud, a través del Programa Salud de la Familia, lo mismo que, en el Municipio de L'Hospitalet de Llobregat. Sin embargo, el sistema de salud en España está más preparado para atender el anciano, portador de enfermedades crónicas, degenerativas y dependencia, por el motivo de ser un país envejecido.

DESCRIPTORES: Ancianos, Servicios de salud para ancianos, Atención integral de salud, Atención primaria de salud, Salud de la familia.

LISTA DE SIGLAS

AC	Ancoragem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária de Saúde
ATDOM	Atención Domiciliaria
CA	Comunidad Autónoma
CAP	Centro de Atención Primaria
CAMF	Centro de Atención a Personas con Minusvalia Física
CEADAC	Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral
CRMF	Centro de Recuperación de Personas con Minusvalia Física
DGS	Dirección General de Salud
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EAIA	Equipo de Valoración Integral Ambulatorial
ECH	Expressão Chave
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico
IC	Idéia Central
ICS	Institut Català de la Salut
ID	Índice de Dependência
IGS	Instrucción General de Salud
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMSERO	Instituto de Mayores y de Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
INP	Instituto Nacional de Previsión
INSALUD	Instituto Nacional de Salud
INSERSO	Instituto Nacional de Servicios Sociales
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPAT	Instituto de Pesquisa ATribuna
ISFL	Institución Sin Fin Lucrativo

IV	Índice de Envelhecimento
LBSN	Ley de Bases de Salud Nacional
LBSS	Ley de Bases de Seguridad Social
LGS	Ley General de Salud
LISMI	Ley de Integración Social de Minusvalia
LOSC	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña
LR-BRL	Lei Reguladora de Bases de Regime Local
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NS	Necessidades de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAD	Programa de Atenção Domiciliária
PADES	Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte
PDSS	Plan Director SocioSanitario
PID	Programa de Internação Domiciliária
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPI	Política Nacional da Pessoa Idosa
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
PSI	Programa de Saúde do Idoso
PVAA	Programa Vida a los Años
RS	Representação Social
SAAD	Sistema de Autonomía e Atención a la Dependencia
SAD	Servicio de Ayuda en Domicilio
SCS	Servei Català de Salut
Seas	Secretaria de Assistência Social

SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistema Local de Saúde
SMI	Salario Mínimo Interprofesional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SOVI	Seguro Obligatorio de Ancianidad e Invalidez
SS	Seguridad Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	União Europeia
UFISS	Unidades Funcionales Interdisciplinarias SocioSanitarias
USF	Unidade Saúde da Família
VD	Visita Domiciliária
XHUP	Xarxa Hospitalària d'Utilizació Pública

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	29
1.1	O ENVELHECIMENTO NA AMÉRICA LATINA E UNIÃO EUROPEIA.....	33
1.2	SOCIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO.....	39
1.3	REALIDADE SOCIAL DO ENVELHECIMENTO	43
1.4	SISTEMAS DE SAÚDE.....	57
1.5	ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE	71
1.6	ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO	93
2	REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO	117
2.1	NECESSIDADES DE BOAS CONDIÇÕES DE VIDA.....	132
2.2	GARANTIA DE ACESSO A TODAS AS TECNOLOGIAS QUE MELHOREM E PROLONGUEM A VIDA.....	136
2.3	NECESSIDADES DE AUTONOMIA E AUTOCUIDADO NA CONSTRUÇÃO DO “MODO DE ANDAR A VIDA”	141
2.4	NECESSIDADES DE TER VÍNCULO COM UM PROFISSIONAL OU UMA EQUIPE DE SAÚDE	146
3	OBJETIVOS DO ESTUDO	151
3.1	GERAIS	151
3.2	ESPECÍFICOS.....	151
4	CAMINHO METODOLÓGICO	153
4.1	MÉTODO.....	153
4.2	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	158
4.3	CENÁRIO DO ESTUDO.....	162
4.3.1	MUNICÍPIO DE SANTOS	162
4.3.2	MUNICÍPIO DE L’HOSPITALET DE LOBREGAT	164
4.4	SUJEITOS DO ESTUDO	166
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	168
4.6	COLETA DE DADOS.....	169
4.7	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	169
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	171
5.1	PRIMEIRA PARTE: DISCURSO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	175
5.1.1	CATEGORIA A: NECESSIDADES DE BOAS CONDIÇÕES DE VIDA.....	175
5.1.2	CATEGORIA B: GARANTIA DE ACESSO A TODAS AS TECNOLOGIAS QUE MELHOREM E PROLOGUEM A VIDA.....	208
5.1.3	CATEGORIA C: NECESSIDADES DE AUTONOMIA E AUTOCUIDADO NA CONSTRUÇÃO DO MODO DE ANDAR A VIDA.	251
5.1.4	CATEGORIA D: NECESSIDADE DE TER VÍNCULO COM O PROFISSIONAL OU EQUIPE DE SAÚDE.....	279
5.2	SEGUNDA PARTE: DISCURSO DOS IDOSOS.....	288
5.2.1	CATEGORIA A: NECESIDADES DE BOAS CONDIÇÕES DE VIDA.....	288

5.2.2	CATEGORIA B: GARANTIA DE ACESSO A TODAS AS TECNOLOGIAS QUE MELHOREM E PROLOGUEM A VIDA.	294
5.2.3	CATEGORIA C: NECESSIDADES DE AUTONOMIA E AUTOCUIDADO NA CONSTRUÇÃO DO MODO DE ANDAR A VIDA.	303
5.2.4	CATEGORIA D: NECESSIDADE DE TER VÍNCULO COM O PROFISSIONAL OU EQUIPE DE SAÚDE.	312
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	323
	REFERÊNCIAS	327
	APÊNDICE	339
	ANEXOS	345

1 INTRODUÇÃO

Enquanto docente de práticas de enfermagem em saúde coletiva no Município de Santos percebemos que, as necessidades de saúde da população são atendidas a partir do modelo biológico, visando a identificar as doenças. Os problemas de saúde encontrados são decorrentes também do âmbito social, e há uma falta de coordenação entre os setores sanitário e social. Desde a Reforma Sanitária (1970) e com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS, 1988) as ações desenvolvidas pelos gestores e profissionais de saúde não têm atendido às necessidades de forma integral.

Para termos uma atenção integral, necessitamos reorganizar as práticas nos serviços de saúde com ações de prevenção das doenças, promoção da saúde e a integração dos níveis de atenção em saúde (Brasil, 1988).

No Brasil, com o objetivo de reorganizar a prática preventiva e assistencial, é criada pelo Ministério de Saúde (MS), a Estratégia Saúde da Família (ESF). Através desta estratégia foi possível imprimir nova dinâmica nos serviços de saúde e promover assistência integral e contínua, com resolutividade e boa qualidade (Brasil, 1998).

Nesta nova perspectiva é implementado o Programa Saúde da Família (PSF) e a Unidade do PSF (USF), uma nova denominação de Unidade Básica de Saúde (UBS) que, através do planejamento estratégico local, torna-se possível identificar os problemas de saúde da população e realizar intervenções específicas sobre os grupos com maior risco de adoecer e morrer (Bertussi, Oliveira, Lima, 2001).

Quando falamos de USF, estamos pensando em uma equipe básica composta, minimamente, de um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um técnico em higiene bucal, um auxiliar de consultório dentário e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam segundo algumas diretrizes operacionais e conceitos próprios como: adstrição da clientela; hierarquização, atenção integral aos

indivíduos e às famílias e assegurar a referência e contrarreferência para níveis superiores de complexidade (Bertussi, Oliveira, Lima, 2001).

O Município de Santos encontra-se em fase de transição na implantação do PSF e até o momento, foram implementadas 10 equipes, das quais três possuem USF e as demais, realizam suas atividades na comunidade ou em espaço concedido pela prefeitura.

Segundo o Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE), o Município de Santos em 2003 liderou o ranking, dentre os municípios da região, com a maior taxa de idosos, equivalente a 15,6% (65.217), o dobro da média nacional, 8% (IBGE, 2002).

Para atender à demanda da população idosa, em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santos criou o Programa de Saúde do Idoso (PSI) e cadastrou 4.500 idosos objetivando melhorar a qualidade de vida desta população que vive na cidade e que migrou para o município (Santos, 2003).

No Brasil, a atenção à saúde do idoso se deu em uma organização de trabalho predominantemente centrada no atendimento médico individual e às doenças crônico-degenerativas. Esta situação, por um lado, se relaciona com o aumento destas doenças na década de 80, denominado período de *transição epidemiológica*. Por outro lado, restrita ao acesso à assistência médica individual, tanto para os idosos quanto para outros grupos sociais (Lima et al., 2000).

As políticas de saúde com a população idosa têm início nos anos 80 e com a implantação do SUS. A partir desse período, começam as transformações no sistema e o idoso passa a ser alvo de ações específicas de saúde (Santos, 2003).

O idoso apresenta, muitas vezes, dificuldades para ter acesso aos serviços de saúde porque o envelhecimento impossibilita-o de buscar a atenção de suas necessidades e, qualquer dificuldade torna-se um “mote” para bloquear ou interromper a continuidade da assistência à sua saúde.

Identificar as Necessidades de Saúde (NS) da população pode servir como um bom roteiro para avaliar os serviços, orientar os processos de capacitação gerencial e reestruturar as práticas nos serviços de saúde (Cecílio, Matsumoto, 2006a).

Cecílio e Matsumoto (2006a) partem das ideias defendidas por Stotz (1991), sobre a utilidade de se trabalhar com uma taxonomia de NS enquanto instrumento de pesquisa e como roteiro para avaliar e organizar a assistência.

Eles acreditam que a utilização da taxonomia de NS pode ter potência para verificar o quanto as NS estão sendo consideradas, ouvidas e atendidas pelos gestores e profissionais de saúde, nos serviços. Eles a categorizaram em: necessidade de boas condições de vida; garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; necessidades de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” e, necessidades de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde (Cecílio, Matsumoto, 2006a).

No Brasil, esta taxonomia de NS tem sido apresentada, às equipes locais e/ou gerenciais, nos processos de avaliação de serviços e de capacitação, assim como, no planejamento da Atenção Primária de Saúde (APS). Tem servido como um bom instrumento de reflexão, sensibilização dos profissionais e tem contribuído para definir novas estratégias de organização da assistência (Cecílio, Matsumoto, 2006a).

Através da Taxonomia de NS, podemos analisar se as necessidades de saúde dos idosos são atendidas de forma integral.

Buscar compreender o conjunto de necessidades de saúde que o paciente apresenta seria a marca maior da integralidade. Poderíamos dizer que a integralidade é um termo polissêmico, ou seja, possui vários sentidos e este conjunto de sentidos deveria ser a busca e, ao mesmo tempo, a resposta dos gestores e profissionais de saúde para resolver os problemas de saúde ou às necessidades dos idosos (Mattos, 2001).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) até o ano de 2025, o Brasil será o sexto país no mundo, em número de idosos e ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e o envelhecimento populacional. Entre 1980 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000 e, o aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país (OPAS/OMS, 2005).

No Brasil, desde o século passado, o sistema de saúde vem sofrendo várias modificações que acompanharam as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. No período da Reforma Sanitária, ocorre um processo de transformação da situação sanitária do país e uma ampla mudança social. Esta reforma, a partir de uma perspectiva política, contribuiu para combater as condições precárias de saúde e a mercantilização do setor (Mattos, 2001).

A Constituição Brasileira de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado que alteraram profundamente a estrutura jurídica do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas do governo, novos papéis entre os atores do setor, dando origem ao SUS com seus princípios e diretrizes (Brasil, 1988).

Com o SUS e a crescente demanda de idosos, o Brasil precisa se preparar para ser um país envelhecido. Necessitamos buscar em outros países “envelhecidos” estratégias utilizadas nos sistemas social e sanitário para desenvolvermos ações que aumentem a esperança de vida e que os idosos vivam mais, com saúde e qualidade.

Ao buscar entre os países desenvolvidos as estratégias utilizadas na atenção ao idoso, verificamos que as diretrizes do Sistema de Saúde no Brasil e na Espanha estão pautadas na atenção integral das necessidades de saúde e na gestão com equidade, eficácia, efetividade e eficiência. Os serviços estão orientados para a promoção da saúde e a prevenção das doenças, com equipes interdisciplinares, coordenadas intersetorialmente e orientados à assistência médica desde a APS (Osuma, 2000).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) Espanhol também vem sofrendo várias mudanças no setor saúde, desde o século XIX. A partir da Segunda República (1936-1939) e início do século XX, o Estado criou um sistema público para atender aos problemas de saúde da população sem recursos econômicos, tratar as epidemias e controlar as doenças infecciosas (Moreno et al., 2000).

A Constituição Espanhola de 1978 consagrou como direito fundamental, o direito à saúde e à participação na vida social e política. Nas décadas dos anos 80 e 90 produziu-se o sistema público de saúde, alterações demográficas (queda da taxa de natalidade), envelhecimento populacional e a aprovação da Lei de Saúde (España, 1986).

No Brasil e na Espanha, a APS tem como propósito ser um sistema global e integral, facilitar o acesso à população e, analisar as causas da doença e da saúde como condicionante para a orientação dos serviços e a prestação sanitária, integrando os diferentes setores sociais e as redes comunitárias. Trata-se de uma configuração transversal em que a equipe de saúde deve trabalhar coordenadamente e em cooperação com o sistema social para compreender as interdependências socioculturais e econômicas que influenciam como condicionantes da saúde e da doença (Moreno et al., 2000).

1.1 O ENVELHECIMENTO NA AMÉRICA LATINA E UNIÃO EUROPEIA

Na América Latina, o envelhecimento é considerado a partir dos 60 anos, pois nos países menos desenvolvidos, a esperança de vida é de cinco anos menos que os países desenvolvidos (OPAS/OMS, 2005). Para esta mudança foram seguidos os critérios das Nações Unidas e das estatísticas mundiais sobre envelhecimento. Sendo que, a idade acima dos 65 anos é um critério restritivo nos países desenvolvidos (Sanz, 2006).

A maioria dos países da América Latina não é envelhecida, com exceção, do Uruguai (17,1%), Cuba (13,7), Argentina (13,3) e Chile (10,2). Os demais países da América Latina estão envelhecendo, mas, com ritmo muito diferente ao dos europeus. Como sabemos, o processo do envelhecimento está diretamente relacionado às tendências de natalidade, à fecundidade, à mortalidade e à esperança de vida ao nascer (Sanz, 2006).

No ano de 2000, o envelhecimento na América Latina foi de 8%, menor que a média mundial 10%. Esta porcentagem foi considerada ainda menor quando comparada com a Europa e Espanha, que juntas superam os 22%. Seguindo este critério, os países em que as pessoas com 65 anos e mais de idade estão acima da média mundial, são considerados envelhecidos. Portanto, o Uruguai, Cuba, Argentina e Chile são países envelhecidos porque têm taxas elevadas de envelhecimento e estão aproximadas a dos países europeus. O Brasil está em um grupo que ocupa uma média de 7% de adultos com 60 anos e mais, juntamente com Panamá, Costa Rica, El Salvador e Peru (Sanz, 2006).

Ainda neste ano (2000), o Uruguai, Chile e Argentina reduziram sensivelmente sua taxa de natalidade, mortalidade e fecundidade, compondo um modelo mais avançado de envelhecimento. A taxa bruta de natalidade se encontrou abaixo de 20% e o número médio de filhos por mulher em torno de 2,1 ou 2,2. Em Cuba, a taxa bruta de natalidade foi de 11,7% e número médio de filhos por mulher foi de 1,5. No Brasil, está se acelerando o decréscimo da taxa de natalidade e fecundidade e, a taxa bruta de natalidade está em torno de 25% e a média de filhos por mulher está abaixo de três (Sanz, 2006).

À medida em que os países vão envelhecendo, encontramos uma diminuição das taxas de mortalidade. Em países da América Latina, a mortalidade ainda está alta, como o Haiti (9,8%), Uruguai (9,3%), Brasil, 6,8% e, Costa Rica (4%), mas, a tendência é diminuir (Sanz, 2006).

A esperança de vida ao nascer¹ está relacionada ao desenvolvimento econômico e à baixa natalidade. Encontramos uma grande heterogeneidade entre os países da América Latina.

Na Costa Rica, a esperança de vida é maior, em torno de 21,3 anos para os homens e 24 anos para as mulheres, no Haiti, de 15,9 anos para os homens e 16,9 para as mulheres (Sanz, 2006). Portanto, na Costa Rica, a esperança de vida é maior que no Haiti e, em ambos, é maior no sexo feminino.

No Brasil, observa-se aumento da esperança de vida ao nascer, mas, as taxas ainda são baixas diante dos países envelhecidos. Os países envelhecidos apresentam uma renda per capita mais elevada e, como consequência, o aumento da esperança de vida é diferente para o homem e a mulher. Uma mulher latino-americana que completou 60 anos tem esperança de vida média de três anos a mais que o homem, diferença esta que é a *metade* nos países desenvolvidos. Por exemplo, no Uruguai são de cinco anos, no Chile, 3,8 e no Brasil, 3,3 anos. Por um outro lado, os países sobre-envelhecidos, em que as pessoas chegaram aos 75 anos de idade e vivem mais anos em relação à esperança de vida ao nascer, podemos encontrar uma taxa entre 25% a 30%. Em Cuba e Uruguai, 28 a 30% e no Brasil, inferior a 20% (Sanz, 2006).

A desruralização, migração da população da área rural para a urbana também contribui para o envelhecimento. Na União Europeia como na América Latina este processo é desencadeado pela industrialização e terceirização. O Uruguai, Argentina, Cuba e Chile têm forte concentração da população na área urbana (85%), enquanto que, os países mais pobres como Haiti, Guatemala, é menos freqüente a desruralização (55%) e no Brasil, o ritmo da urbanização é mais moderado (Sanz, 2006).

¹ Esperança de vida ao nacer é o número médio de anos que um recém-nascido esperaria viver se estivesse sujeito a uma lei de mortalidade. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE). Brasília. [citado 2009 abr. 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>

Por outro lado, muitos países se apresentam com envelhecimento rural porque a população jovem está indo para a cidade em busca de tecnologia e trabalho.

No período de 2000 até 2010, está previsto que todos os grupos de idades crescerão em todas as áreas urbanas e haverá predomínio de mulheres sobre os homens, ao contrário da área rural, na qual existe predomínio do homem (Sanz, 2006).

No século XXI, o crescimento mundial de pessoas com mais de 65 anos representa um grande desafio para o governo e o serviço sanitário e social. A OMS, consciente do problema e de acordo com seus objetivos de promoção da saúde, celebrou em 1999, o ano internacional das pessoas idosas. Iniciou sua campanha com o programa “envelhecimento e saúde”, para promover o envelhecimento ativo e a qualidade de vida das pessoas idosas (Sanz, Paricio, 2006).

O envelhecimento da sociedade europeia se converte em problema quando a demanda dos serviços sociais utilizados pelos idosos, não corresponde à oferta destes serviços e a sociedade mantém as mesmas respostas, de quando, o número de idosos era sensivelmente menor. De uma outra maneira, se pode resumir que as pessoas idosas, cada vez mais, solicitam o serviço sócio sanitário, tornando-o mais caro (Sanz, Paricio, 2006).

Os idosos da sociedade europeia moderna já não se conformam em ter um lugar no sol, desejam acumular qualidade aos anos ganhos, com esforço individual e contando com o apoio de todos os demais. Para compreender este processo, a União Europeia tem focado os gastos sociais na economia e em sua distribuição.

O envelhecimento na Espanha começou em 1950, quando a taxa de pessoas com 65 anos e mais, representava 7%. Nos últimos 40 anos esta taxa cresceu de forma ininterrupta e, atualmente, se encontra próximo aos 17%. Neste último período, cabe destacar dois momentos: o crescimento da população idosa (1950 até 1970) e uma aceleração do processo de envelhecimento (1970 até a atualidade). Até 1970, a taxa de natalidade era

muito alta e a de mortalidade estava decrescendo em um ritmo mais lento que a taxa de natalidade, ocorrendo o fenômeno conhecido como *baby boom*. Nos anos seguintes, ocorreu a redução progressiva da taxa de natalidade e um estancamento da mortalidade, levando ao aumento do número e porcentagem de idosos em relação à população total (Sanz, Paricio, 2006).

As causas da diminuição da natalidade foram a planificação familiar (métodos contraceptivos) e o trabalho exterior da mulher (emprego). Estes fatores provocaram uma mudança cultural a partir dos anos 60 e 70. As mudanças culturais foram paralelas a uma diminuição da ideologia religiosa tradicional (menor influência das ideias cristãs e das fundamentalistas da natalidade), *“melhor é ter poucos filhos, mas, que eles estejam bem, é mais cômodo e se considera que assim todos os membros da família poderão viver melhor”* (Nistal, Carrillo, Jiménez, 2008).

A Espanha envelhece e seguirá envelhecendo nas próximas décadas. A população de idosos tem crescido mais rapidamente no último século, do que, outros grupos da população. O censo de 2001 reflete pela primeira vez que os idosos com 65 anos são em maior número que os menores de 16 anos de idade (Nistal, Carrillo, Jiménez, 2008).

No período de 1990 a 1999, ocorreu um aumento de sete vezes da população com 65 anos e mais, de 967.754 para 6.739.561. Atualmente, representa 16,8% de um total nacional (40.202.158 habitantes). Em 2010, serão 7,8 a 8 milhões e, em 2050, a população com 65 anos e mais será superior a 12 milhões (Pajares, Fuente, 2004).

Em 1990, o idoso com 80 anos de idade aumentou 12 vezes, chegando a 115.000. Atualmente são 1,5 milhões, em 2010 superarão dois milhões (5% do total) e, em 2050 serão 4,1 milhões (Pajares, Fuente, 2004).

Outro fator que influenciou o envelhecimento na Espanha, foi o aumento da esperança de vida. Uma pessoa que nasceu em 1900, tinha uma

esperança de vida de 35,7 anos de idade, 1930 (51,6 anos), 1950 (64,3 anos), 1990 (80,5 anos) e, na atualidade, para 82,2 anos de idade².

Segundo INE³, em Catalunha, a esperança de vida ao nascer do homem no período de 1975 a 2002 era respectivamente de, 73,9 e 76,6 enquanto que, da mulher era de 79,7 e 83,2.

Estas diferenças são devido à emigração de jovens para as cidades levando a uma descompensação demográfica, redução da taxa de natalidade, modernização demográfica e à queda da taxa de fecundidade.

Para medir a incidência do envelhecimento na população, existem dois indicadores: índice de envelhecimento (IV)⁴, a relação dos idosos com 65 anos e mais com a população total e, o índice de dependência (ID)⁵, a relação da população dependente com 65 anos e mais, somado à população menor de 16 anos, com a população que está entre as idades de 16 e 65 anos de idade (Nistal, Carrillo, Jiménez, 2008).

A probabilidade de envelhecer não é a mesma entre homens e mulheres. Na mulher, após os 65 anos de idade, a expectativa de vida aumenta em relação ao homem.

Para cada 100 mulheres com 65 anos de idade e mais, 74 homens, para cada 100 mulheres com 80 e 84 anos de idade, 59 homens, e, para cada 100 mulheres com 85 anos e mais, 48 homens (Sanz, Paricio, 2006).

Vale ressaltar que existem diferenças culturais na América Latina e na União Europeia (UE). O controle do crescimento da população idosa está relacionado às taxas demográficas, qualidade de vida e com o novo papel dos grupos da população na sociedade moderna.

² Instituto Nacional de Estadística (INE). España. 2002. [citado 2009 abr. 28]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>

³ Instituto Nacional de Estadística (INE). España. 2006. Esperanza de vida al nacimiento por sexo. Tabla 6. [citado 2009 abr. 28]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>

⁴
$$IV = \frac{\text{Población 65 años y más}}{\text{Población total}}$$

⁵
$$ID = \frac{\text{Población más 65 + menor de 16 años}}{\text{Población de 16 a 65 años}}$$

1.2 SOCIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Na perspectiva internacional, há duas linhas teóricas que marcam a trajetória histórica da Sociologia do Envelhecimento. A linha teórica predominante surge da “*perspectiva funcionalista*”. Entende-se que o aumento gradual da idade é um elemento estrutural da nossa sociedade e que assegura diferentes funções, que serão ocupadas em certas posições, necessárias para o funcionamento da sociedade. Assim, as pessoas jovens são promovidas a posições produtivas, os adultos as ocupam e os idosos as abandonam. Para a perspectiva funcional, somente as necessidades da sociedade são importantes, deixando de lado as necessidades de seus membros (Sanz, Oñate, 2006).

Dentro da perspectiva funcionalista, encontramos a “*teoria do papel*” e a da “*atividade*”, desenvolvidas por Talcott Parsons y Robert Havighurst, e a “*teoria da desvinculação*” por Elaine Cummings e William Henry. No paradigma funcionalista, a imagem do envelhecimento é um “*problema social*” que resulta das mudanças estruturais da família e dos processos de industrialização e urbanização. No final dos anos 60 e princípio dos 70, quando a teoria funcionalista foi questionada por outras perspectivas do envelhecimento, produziu-se uma reação contra o positivismo que havia predominado nas análises da Gerontologia Social (Sanz, Oñate, 2006).

Surge uma Gerontologia Crítica em oposição ao positivismo, empirismo e ao liberalismo pragmático. Utiliza-se cada vez mais a “*perspectiva do ciclo vital*”. A perspectiva pós-moderna do envelhecimento analisa o envelhecimento como uma dimensão importante da mudança social. Desde esta perspectiva, já não tem tanta importância o status socioeconômico, tornando mais débeis os limites que separam a juventude da idade madura e os da velhice. Surgem múltiplos estilos de vida que não se baseiam na produtividade, mas, no consumo (Sanz, Oñate, 2006).

Por outro lado, existe uma tendência crescente em abandonar o modelo do envelhecimento como *patologia social* e surgem aproximações teóricas emancipatórias que dão poder às pessoas idosas, que são cada vez mais capazes de lutarem por si mesmas.

Por último, outro tema surge como um dos mais interessantes na Sociologia do Envelhecimento, a relação entre as gerações tanto em nível familiar entre parentes como a que supõe a criação de um novo contrato social entre as gerações que contribuem a reforçar os estados de bem-estar (Sanz, Oñate, 2006).

Na Espanha, cada vez mais, realiza-se investigação na Sociologia do Envelhecimento e em outras áreas da Gerontologia. Uma das pioneiras é María Pía Barenys, que estuda sobre as residências de idosos e se consagra neste âmbito. Do mesmo modo, María Teresa Bazo Royo, desde uma perspectiva interacionista, faz uma análise sobre a relação entre a saúde e solidão, a relação entre avós e netos, analisa a qualidade de vida do idoso e sua história de vida, como instrumento que serve para construir a vida social através das histórias individuais (Sanz, Oñate, 2006).

As teorias do “*ciclo de vida*” e da “*adaptação ao processo de envelhecimento*” são diversas. Desde a década de 1950 os investigadores sociais formularam questões teóricas sobre as mudanças derivadas do envelhecimento, fenômeno multidisciplinar que afeta todos os componentes do ser humano, sua biologia, psicologia e seu papel social. A própria condição da terceira idade tem provocado uma grande quantidade de teorias que foram evoluindo e se adaptaram às mudanças sociais. Parece que, nas últimas etapas do ciclo vital, também constatamos mudanças que produzem desagregação dos períodos descritos pelos clássicos como Erikson (1982, 1983) (Erikson apud Sanz, Oñate, 2006).

A perspectiva do “*ciclo de vida*” é mais um *marco conceitual* do que uma teoria. Incorpora as ideias funcionalistas sobre o papel das normas sociais na conduta do idoso. O envelhecimento é um processo de evolução que se inicia desde o nascimento e cuja experiência varia em função dos

fatores históricos (Cain, Clausen, Neugarten e Hagestad apud Sanz, Oñate, 2006).

Para Moody (1988:23), a Gerontologia Social Contemporânea está evoluindo desde as *teorias macro*, como a teoria da modernidade ou da desvinculação e, as *teorias micro*, como a teoria do papel ou da atividade. Todas elas ajudam a compreender os resultados das investigações empíricas, mesmo que a prática oscile entre os extremos (Moody apud Sanz, Oñate, 2006).

A teoria da desvinculação foi uma das primeiras e mais importantes porque tentou estruturar de uma maneira compreensiva a posição dos idosos na sociedade. O ponto central da teoria considera que durante o processo do envelhecimento, as pessoas experimentam uma separação gradual da sociedade, um decréscimo da interação entre as pessoas e seu meio ambiente. Este retraimento se manifesta especialmente no caso da aposentaria como uma referência fundamental ao afastamento da vida produtiva.

Desde a perspectiva da desvinculação, este processo é uma tendência normal derivado dos ritmos biológicos. Em outras palavras, assume-se que é funcional e que serve tanto às necessidades individuais como às sociais. Deste ponto de vista, a teoria da desvinculação se relaciona com outra teoria que é a do funcionalismo estrutural (teoria da modernidade). A teoria da modernidade pretende explicar as mudanças no status das pessoas idosas a partir das modificações dos sistemas sociais em função do grau de industrialização que alcançam as distintas sociedades. Argumenta-se que o status dos idosos é inversamente proporcional ao grau de industrialização (Sanz, Oñate, 2006).

Assim, nas sociedades ocidentais se manifesta um conjunto de características sociais e culturais que afeta diretamente as estratégias estabelecidas para manter o status dos idosos. Baseando-se no sistema de valores tradicionais, essas culturas têm conseguido minimizar a deterioração do status que parecia inevitavelmente ligado a um desenvolvimento industrial tardio (Sanz, Oñate, 2006).

Segundo Neugarten (1968) as pessoas em idade avançada têm uma interiorização ou introspecção, o qual significa uma maior atenção ao próprio mundo psicológico. Entendida desta forma, a desvinculação não significa necessariamente o abandono de certas condutas, senão, uma atitude dos indivíduos durante a vida (Neugarten apud Sanz, Oñate, 2006).

A “*teoria de estratificação por idades*” examina as mudanças de sucessivos grupos (estudo de coorte) através do tempo, mostrando que a sociedade se compõe de gerações sucessivas de indivíduos que vão envelhecendo de maneira distinta e que, continuamente, forçam seus antecessores a desempenharem papéis sociais. As pessoas que nascem em datas próximas experimentam o processo de envelhecimento de forma similar, de maneira que cada geração, segundo o momento sócio-histórico em que vive, deve enfrentar um conjunto de acontecimentos e mudanças relacionadas com sua data de adjunção na sociedade. Já as pessoas de gerações diferentes envelhecem de maneira diferente porque a sociedade está sempre em mudança. Vale ressaltar que, as mudanças sociais e os efeitos da idade modificam também as atitudes e comportamentos dos distintos grupos de idade em intervalos diferentes de tempo (Sanz, Oñate, 2006).

Outros conceitos sobre envelhecer, “*envelhecimento satisfatório*” ou competente ou com êxito, têm tido uma grande aceitação nos contextos científicos e políticos pelos organismos internacionais públicos como a OM ou a UE. Desde esta perspectiva separa-se o processo de envelhecer dos efeitos da doença, uma vez que, o envelhecimento satisfatório se define como aquele que alcança evitar a enfermidade e incapacidades, mantendo o funcionamento físico e mental. Além disto, considera que o idoso, nesta circunstância, requer se manter ativo e comprometido com sua vida social e familiar. Desde este ponto de vista, as pessoas adquirem uma responsabilidade na hora de buscar adaptações às mudanças e centrarem-se em suas áreas de prioridade (OPAS/OMS, 2005).

Neste modelo, os autores buscam um equilíbrio entre ganhos e perdas da idade através de três estratégias: *seleção, otimização e*

compensação, para compensar certas perdas ocasionais (físicas, cognitivas, emocionais) (Sanz, Oñate, 2006).

A seleção se relaciona com as prioridades que cada pessoa estabelece em função de sua história prévia, de maneira que se concentra nos aspectos que têm alta prioridade e implicam em demanda motivacional, habilidades e capacidades biológicas individuais. A otimização faz referência aos hábitos pessoais de manter os comportamentos que maximizam seus recursos e, a compensação se refere aos mecanismos psicológicos e físicos que compensam o declive pessoal (Sanz, Oñate, 2006).

Os aspectos psicológicos de afrontamento (coping) às condições da doença crônica e os modelos de gestão da enfermidade supõem uma interessante contribuição para compreender a situação de uma porcentagem importante da população. Neste contexto, resulta referir sobre aproximadamente 900.000 pessoas idosas que declararam ter alguma dependência para realizar alguma atividade da vida diária (Sanz, Oñate, 2006).

1.3 REALIDADE SOCIAL DO ENVELHECIMENTO

Um aspecto interessante na vida da pessoa idosa é o status econômico. A idade constitui um elemento determinante na distribuição econômica, uma vez que está diretamente relacionada ao nível de capacidade funcional e participação no mercado de trabalho. A taxa de ocupação⁶ por idade está diminuindo e poucas pessoas continuam desenvolvendo uma atividade econômica depois dos 65 anos de idade.

⁶ Concepto de tasa de ocupación: la tasa de ocupación es el porcentaje resultante de dividir el número personas ocupadas entre los 15 y los 65 años de edad entre el total de la población comprendida entre esos dos umbrales. España. [citado 2009 mayo 2]. Disponible en: <http://ofertasempleo.net/mundo-laboral/concepto-tasa-de-ocupacion>

O INE realizou um estudo⁷ para medir a taxa de ocupação das pessoas e mostrou que em 2001, a população total ocupada foi de 18.050.700, dos quais 10.978.600 são homens e 7.072.100 são mulheres. Entre as idades de 65 e 69 anos, a taxa foi aproximadamente de 0,5%.

Em 2004, na Espanha foi aplicado outro questionário cujo resultado mostrou que a população total ocupada era de 20.184.500, dos quais, 11.905.100, são homens e 8.279.400, mulheres. Entre as idades de 65 e 69 anos, ocorreu a redução da taxa de ocupação para 0,4%⁸. Podemos observar que a taxa de ocupação está diminuindo, as mulheres, geralmente, apresentam menores taxas de ocupação e dependem da pensão do marido.

Os idosos ocupados tendem a ser trabalhadores autônomos, dentre eles se destacam os empresários independentes e os trabalhadores assalariados do setor privado que exercem atividade de alta responsabilidade (Sanz, Paricio, 2006).

A aposentadoria legal na Espanha e na maioria da UE ocorre a partir dos 65 anos de idade, ainda que, a média da aposentadoria na Espanha seja de 62 a 63,5 anos (decorrente das aposentadorias antecipadas), superior à média da EU, que se situa aos 61 anos (Nistal, Carrillo, Jiménez, 2008).

Para promover incentivo às pessoas com 65 anos e mais a permanecerem trabalhando, o governo espanhol, aumentou em 15% as pensões (a partir de janeiro de 2008) tanto para os assalariados como para os autônomos. No entanto, para que o idoso possa continuar ativo, sua capacidade funcional deverá estar preservada. Caso tenha um mau funcionamento de um órgão, uma perda ou anormalidade de um órgão apresentará uma deficiência, incapacidade ou menosvalia, impossibilitando-o a permanecer ativo (Nistal, Carrillo, Jiménez, 2008).

⁷ Instituto Nacional Estadístico (INE). Encuesta de Población Activa-España, 2001. Resultados Nacionales Activos. Tabla 2.1. Activos por grupo de edad por años, sexo y unidad. España. [citado 2009 abr 17]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

⁸ Instituto Nacional Estadístico (INE). Encuesta de Población Activa-España, 2001. Resultados Nacionales Activos. Tabla 2.1. Activos por grupo de edad por años, sexo y unidad. España. [citado 2009 abr 17]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

Segundo a OMS, incapacidade é:

Qualquer restrição ou impedimento para a realização de uma atividade, ocasionada por uma deficiência dentro de um âmbito considerado normal para o ser humano. A deficiência é toda alteração anatômica ou funcional que afeta o indivíduo em sua atividade diária. A incapacidade é consequência da deficiência da atividade física, intelectual, emocional e social e, a minusvalia que é um menor valor social, é quando o indivíduo se encontra limitado ou impedido para desempenhar um papel diante de uma limitação social e cultural (OMS, 1959, apud Lesende, 2004).

As causas de incapacidades nas pessoas idosas podem ser múltiplas, variam de pessoa a pessoa e podem ser agrupadas em três áreas: física, mental e social e, são dimensionadas por cinco aspectos específicos: atividades da vida diária; mobilidade; estado cognitivo; dependência emocional e a integração social (Lesende, 2004).

Na Catalunha, as incapacidades predominantes são deslocar-se em transporte público (maior no sexo feminino), limpeza e manutenção da casa (maior no sexo feminino) e realizar as atividades de levantar e deitar (ambos os sexos)⁹. As mulheres com 65 anos e mais de idade, portadoras de incapacidades, em geral, tem como cuidador principal a filha ou o cônjuge, seguidos por outros familiares, empregado, amigos ou vizinhos. Na maioria das vezes, quem cuida do homem é a cônjuge (46,4%) e da mulher é a filha (32,9%)¹⁰.

Segundo a Tabela 1, verificamos ainda que, na Catalunha em 1999, à medida que a idade avança, aumenta a incapacidade, que é liderada pela população feminina em todas as faixas etárias.

⁹ Instituto Nacional Estadístico (INE), 2004. INEbase. Encuesta sobre discapacidad y estado de salud, 1999. España. [citado 2009 abr 17]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso/estadisticas/inf2006catalunya.pdf>

¹⁰ Instituto Nacional Estadístico (INE), 2004. INEbase. Encuesta sobre Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Gráfico 16 y 17. España. [citado 2009 abr 17]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso/estadisticas/inf2006catalunya.pdf>

Tabela 1- Pessoas com incapacidades, segundo sexo e faixa etária, em Catalunha - 1999

Idade (anos)	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
65 a 69	37.233	58,6	26.349	41,9	63.032	100
70 a 74	44.181	64,0	24.851	36,0	69.032	100
75 a 79	51.231	63,0	30.724	37,0	81.956	100
80 a 84	41.874	70,0	18.257	30,0	60.131	100
85 ou mais	45.804	71,0	19.048	29,0	64.852	100
Total	220.323	326.6	119.229	173.9		

Fonte: INE- INEbase – <http://www.seg-social.es/imsero/estadisticas>

Os gastos em prestação de proteção social aos portadores de incapacidades são transferidos para a casa destas pessoas e são destinados a apressar a cobertura de uma série de riscos e necessidades que são efetuados por meio de sistemas organizados coletivamente, ou, através de unidades de administração pública e “Instituições Sem Fins Lucrativos” que prestam os serviços na casa da pessoa (ISFL).

O sistema espanhol de pensões proporciona uma elevada cobertura à população idosa. Em 2000, havia uma cobertura média de 99,7% das pensões por cada 100 habitantes, das quais, aproximadamente 100% foram para os homens e 78,8% para as mulheres (Lesende, 2004).

Em 2001, a maioria dos homens tem pensão de aposentadoria no valor de 544€, enquanto que, a maioria das mulheres recebe pensão de viuvez no valor de 343€. Em 2006, as pensões por aposentadoria passaram a 861€ (soma da pensão e mais outros ingressos como planos de pensão privada). Em 2008, a pensão média de aposentadoria se situa em 766€ mensais (somados ao desvio da inflação, no valor de 195€), totalizando

961€ e, a pensão média por viuvez, aproximadamente, de 500€ (Lesende, 2004).

Vale ressaltar que aproximadamente 50% dos idosos com 65 anos de idade, possuem ingressos econômicos menores que o Salário Mínimo Interprofissional (SMI), no valor de 600€¹¹ e, 30% têm ingressos compreendidos uma ou duas vezes o SMI, sendo que a pensão máxima de aposentadoria 2.384€. Dos pensionistas, 88% possuem casa própria e 65% dos aposentados espanhóis consideram insuficiente o dinheiro que recebem para cobrir os gastos domésticos e necessitariam 22% mais de rendas para fazer frente as suas despesas (Lesende, 2004).

Considera-se que os recursos econômicos diminuem com a idade e o acúmulo de recursos está associado à juventude. A renda é o motivo de preocupação para as pessoas idosas, assim como, o patrimônio. Desta forma, aumentam os ingressos por pessoa idosa para os cofres da Seguridade Social (SS). Nos Estados Unidos, por exemplo, 60% do patrimônio americano pertence ao grupo de idosos (Sanz, Paricio, 2006).

As pessoas aposentadas possuem ingressos de pensões recebidas da SS ou pensões complementárias provenientes dos planos de empresas ou de planos privados individuais de pensões. O rendimento acumulado ao largo de sua vida é oriundo das distintas modalidades e/ou de valores imobiliários. Em geral, são proprietários de suas moradias e, às vezes, não possuem ingressos para cobrir a totalidade de suas necessidades. Para alguns idosos, suas economias ou reservas não disponíveis costumam ser superiores às disponíveis. Portanto, os aposentados são grandes sustentadores de direitos de propriedade sobre os ativos e o sistema financeiro do país.

Para atender esta população crescente de idosos, a SS tem realizado, junto ao Governo Geral de Catalunha, medidas para prover recursos econômicos para aqueles que iniciaram o processo de aposentadoria. Entre os recursos, encontramos as pensões não contributivas e contributivas,

¹¹ El Salario Mínimo Interprofesional para el año de 2008 alcanzará los 600 euros mensuales. España. [citado 2009 mayo 10]. Disponible in:: <http://www.la-moncloa.es>

aposentadorias (incapacidade e não incapacidade) e viuvez (Sanz, Paricio, 2006).

A pensão não contributiva é aquela requerida pelo cidadão espanhol ou de outra nacionalidade, que não contribuiu de forma regular, para a SS e pode ser requisitada como aposentadoria, invalidez e incapacidade e assegura a todos os cidadãos em estado de necessidade uma prestação económica, assistência médico farmacêutica gratuita e serviços sociais complementares, mesmo que não tenha pago ou que tenha sido de forma insuficiente, para obter o direito a uma pensão contributiva (Sanz, Paricio, 2006).

Na pensão não contributiva por aposentadoria, a pessoa deve ter 65 anos, residir em território espanhol e ter pago durante 10 anos, a partir dos 16 anos de idade e, durante 2 anos consecutivos, imediatamente anterior à data de solicitude.

A pensão não contributiva por invalidez, necessita ter a idade entre 18 anos e 65 anos, residir em território espanhol e ter pago durante 5 anos e, 2 anos consecutivos, anterior à data de solicitude e, a pensão não contributiva por incapacidade, a pessoa necessita ter invalidez de grau igual ou superior a 65%¹².

Segundo o Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO), na Espanha, as pensões não contributivas de aposentadoria correspondem a um percentual de 12,2% (33.652) e de viuvez 12,4% (25.398). A média da pensão de aposentadoria é 272€ e de viuvez, 312,61€¹³.

¹² Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Pensiones no Contributivas de la Seguridad Social. Requisitos y Incompatibilidades, 2005. España. [citado 2009 abr 17]. Disponible en: <http://upd.depourense.es/PROXECTOS/EMIGRANTES/guia/adjuntos/pensiones/pensiones.htm>

¹³ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Pensión no Contributiva. Pensión en vigor y pensión media mensual (euros), 2006.Tabla 28. España. [citado 2009 abr 19]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso/estadisticas/inf2006catalunya.pdf>

Para o ano 2009, segundo a Lei 2/2008, de 23 de dezembro, de Pressupostos Gerais do Estado está estabelecido um complemento da pensão para os pensionistas não contributivos que carecem de moradia e residem em uma moradia alugada por proprietários que não tenham com o pensionista relação de parentesco até o terceiro grau. A citada Lei autoriza ao Governo ditar as normas de desenvolvimento necessárias para regular o procedimento de solicitação, reconhecimento e abono deste complemento, sem prejuízo mesmo que surta efeitos econômicos desde 1 de janeiro de 2009. A quantia do complemento para o ano 2009 ascende a 425€ anuais, ou, a quantia de 35,46€ mensuais¹⁴.

As pensões contributivas são prestações econômicas e de duração indefinida, cuja concessão está submetida a uma prévia relação jurídica com a SS. Sua quantia se determina em função das contribuições efetuadas pelo trabalhador e o empresário. Dentro da ação protetora dos Regimes Especiais da SS, indicam-se no respectivo regime especial, as pensões por aposentadoria ordinária; aposentadoria antecipada por ter a condição de consorciado e não ter a condição de consorciado; aposentadoria antecipada por redução da idade mínima devido à realização de atividades penosas, tóxicas e insalubres; aposentadoria antecipada de trabalhadores incapacitados; aposentadoria parcial; aposentadoria flexível e, aposentadoria especial aos 64 anos. As aposentadorias por regime especial podem ser, também, por incapacidade permanente total, absoluta e grande invalidez, falecimento (viuvez) e orfandade (em favor de familiares).

Os trabalhadores que receberão pensões por velhice e incapacidade terão o Seguro Obrigatório de Velhice e Invalidez (SOVI). O SOVI é um regime residual que se aplica àqueles trabalhadores que não têm direito à pensão do atual Sistema da SS, com exceção das pensões de viuvez dos que possam ser beneficiários. Na pensão de velhice, deverá ter 65 anos de idade, ou, 60 anos e portador de incapacidades. Esta incapacidade deve ser

¹⁴ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Solicitud de complemento para titulares de Pensión no Contributiva que residen en una vivienda alquilada. 2009. España. [citado 2009 abr 17]. Disponible en: http://www.seg-social.es/imserso/prestaciones/alq_pnc2009.html

permanente e total para a profissão habitual e não derivada de acidente de trabalho ou doença profissional e, não ter direito a nenhuma outra pensão a cargo dos regimes que integram o Sistema da SS. Se não existe a ocorrência de outras pensões, o valor será de 368,33€ mensais, será vitalícia e de quantia fixa. Se existe uma pensão por viuvez, então não poderá exceder o dobro da dita pensão¹⁵.

Segundo o IMSERSO de 2006, as pensões do SOVI, em Catalunha apresenta um percentual de 46,8% (invalidez), 27,20% (aposentadoria) e 16,5% (viuvez)¹⁶.

Aos trabalhadores que receberão pensão por incapacidade permanente, a mesma deve ser absoluta e permanente para a profissão habitual e, que seja a causa determinante da cessação no trabalho. Não poderá ser por causa imputável ao trabalhador ou derivada de um acidente de trabalho ou doença profissional indenizável e, o trabalhador deverá ser credenciado 1.800 dias de cotação ao SOVI.

O trabalhador não deve ter direito a nenhuma outra pensão a cargo dos regimes que integram o Sistema da SS ou a setores trabalhistas pendentes, com exceção das pensões de viuvez, das quais, possa ser beneficiário e possuir 50 anos de idade. Não obstante, se a invalidez está constituída pela perda total de movimentos nas extremidades superiores ou inferiores, ou perda total de visão, ou loucura incurável, reconhece-se a partir dos 30 anos de idade e o valor a ser recebido será o mesmo da pensão contributiva de aposentadoria (368,33€ mensais).

A pensão contributiva por viuvez não poderá ter nenhuma outra pensão do Sistema de SS. Para o solicitante, os requisitos necessários são:

¹⁵ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Pensiones Contributivas por Vejez. España.[citado 2009 abr 7].Disponible en:
http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/PensionesdelSeguroO10970/Vejez/index.htm

¹⁶ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Pensiones del Seguro Obligatorio del Vejez y Invalidez (SOVI). Pensión en vigor y pensión media mensual (euros), 2006. Tabla 25. España. [citado 2009 abr 19]. Disponible en:
<http://www.seg-social.es/imserso/estadisticas/inf2006catalunya.pdf>

possuir 65 anos de idade na data do falecimento do cônjuge ou estar incapacitado para o trabalho; não ter pensão de velhice ou incapacidade e ser casado com o cônjuge, no mínimo 10 anos antes do falecimento. A quantia é vitalícia e fixa, no valor de 338,33€ mensais.

Além disto, encontramos a prestação social e econômica às pessoas com invalidez, através da Lei de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), destinada à proteção das pessoas inválidas que não desenvolvem atividade de trabalho e não contribuíram para a SS. É uma obrigação do Estado e dos poderes públicos garantir a prevenção, os cuidados médicos e psicológicos, a reabilitação adequada e os recursos econômicos para facilitar uma maior realização pessoal e integração trabalhista e social às pessoas com incapacidade física, intelectual ou sensorial, proporcionando a tutela necessária às pessoas que o necessitem¹⁷.

O Estado Espanhol, através do Sistema de Autonomia e Atenção a Dependência (SAAD), criou novo direito às pessoas que não podem valer-se por si mesmas, em particular, as pessoas idosas com invalidez, para receberem atenção necessária por parte dos poderes públicos¹⁸, Lei 39/2006, de 14 de dezembro, de Promoção da Autonomia Pessoal e Atenção às Pessoas em Situação de Dependência (Espanha, 2006). Os serviços prestados incluem, ajuda no domicílio, Teleassistência, Centro de Día; Centros Residenciais, e Clubes para idosos (Nistal, Carrillo, Jiménez, 2008).

As solicitações para a adesão ao SAAD são através das Comunidades Autônomas (CA) e Catalunha é a segunda a ter maior número de adesão ao sistema, perdendo somente para Andaluzia. Em 2009, existem 125.704 (14,07%) solicitações em Catalunha e 270.914 (30,31%), em

¹⁷ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Prestaciones Económicas y Sociales de la LISMI, 2009. España. [citado 2009 abr 17]. Disponible en: http://www.seg-social.es/imserso/prestaciones/dis_lismi00.html

¹⁸ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Estadística. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. España. [citado 2009 abr 18]. Disponible en: http://www.seg-social.es/imserso/estadisticas/est_saad.html

Andaluzia. O perfil da pessoas que solicitaram o SAAD, a maioria, (66%) é mulher, a minoria, (34%) são homens, todos com 65 anos de idade e mais¹⁹.

A atenção sócio-sanitária oferece ajuda às pessoas com invalidez através do Centro de Referência Estatal; Centros de Recuperação de pessoas com incapacidades físicas (CRMF); Centros de Atenção às pessoas com incapacidades físicas (CAMF); Centros para pessoas idosas; Moradias Tuteladas; Centro Base e, Centro de Intermediação Telefônica para pessoas surdas ou com incapacidade auditiva ou de fonação²⁰.

O Centro de Referência Estatal tem como finalidade melhorar à atenção a pessoa idosa com invalidez; desenvolver uma prestação especializada; impulsionar a melhora da qualidade nos Serviços Sociais; dar resposta à atenção de pessoas dependentes e suas famílias. Oferecem às pessoas afetadas e/ou a suas famílias os seguintes serviços: assistência pessoal, de saúde, manutenção e alojamento, em regime de internação ou atenção diurna; reabilitação médico-funcional, treinamento na autonomia pessoal e reabilitação psicossocial e, apoio familiar, através da readaptação ao ambiente comunitário e de reinserção social.

Dentre os Centros encontramos: Centro de Referência Estatal de Atenção ao Dano Cerebral (CEADAC); Centro de Referência Estatal para a Atenção às Pessoas com Grave Incapacidade e para a Promoção da Autonomia Pessoal e Atenção à Dependência de São Andrés del Rabanedo (Leão) e, Centro de Referência Estatal de Atenção a Pessoas com Doença de Alzheimer e outras Demências (Salamanca).

Os CRMF são do IMSERSO e dispõem de um conjunto idôneo de instalações e profissionais para facilitar a integração sócio-trabalhista daquelas pessoas que se acidentam, apresentam doença de causas congênita ou adquirida, têm uma incapacidade física e/ou sensorial que lhes impedem de receber uma atenção recuperadora em centros ordinários. Eles oferecem

¹⁹ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Estadística. Perfil de la persona solicitante: sexo y edad. España. [citado 2009 abr 18]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso/estadisticas/saad/solperfsaad.pdf>

²⁰ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Centros. España. [citado 2009 abr 18]. Disponible en: http://www.seg-social.es/imserso/centros/1_centros.html

alojamento e manutenção e as atividades desenvolvidas são de reabilitação, formação social e cultural, ócio, tempo livre e esporte.

Os CAMF são do IMSERSO e prestam atendimento predominantemente para as pessoas com incapacidades, realizando a conservação, potenciação de suas capacidades residuais, através das técnicas adequadas; a prestação de ajuda de terceira pessoa para suprir a carência ou insuficiência de sua capacidade funcional; o desenvolvimento de suas capacidades residuais através de atividades ocupacionais e, o fomento de suas relações pessoais e sociais através do ócio e tempo livre e de outras que se estimem idôneas.

Os Centros para pessoas idosas do IMSERSO oferecem apoio a estas pessoas através dos Centros Residenciais, Serviços de Centro de Dia e Noite e, Centros Sociais. Segundo a normativa da Catalunha, o perfil dos beneficiários de Centros Residenciais para idosos, é de pessoas que têm um grau de dependência, cujo índice de atividades básicas da vida diária seja igual ou superior a 15, ou, incapacidade cognitiva grave, sem apoio familiar, ou, sem recursos necessários para cobrir suas necessidades.

As Moradias Tuteladas, por sua vez, se destinam às pessoas com um grau de dependência menor a 15, sem alterações cognitivas, com capacidade de convivência e que sua situação não lhe permita uma moradia com condições de segurança e manutenção da qualidade de vida. No que diz respeito aos requisitos gerais de acesso, a pessoa solicitante deverá ter 65 anos e mais, requisito do qual pode ser eximido em atenção a que assim o aconselhem as circunstâncias médicas e sociais. Além disso, exige-se que esta pessoa idosa seja residente em Catalunha pelo menos dois anos antes da data de apresentar a solicitude e se avaliam especialmente as circunstâncias de moradia do usuário e sua situação pessoal no âmbito no qual se encontra.

Os dados estatísticos de 2004 apontaram que a taxa de mulheres com 65 anos de idade e mais (19,72%) que vivem nestes centros é maior

que a dos homens (14,50%)²¹. Os Serviços de Centro de Dia e de Noite tem como objetivo melhorar ou manter o melhor nível possível de autonomia pessoal e apoiar as famílias e cuidadores, com idênticos serviços e programas de intervenção que os compreendidos no serviço de Atenção Residencial e, os Centros Sociais para os idosos são estabelecimentos abertos onde se empresta aos usuários serviços sociais e assistenciais.

O Centro Base são centros de âmbito estadual nos quais se desenvolve fundamentalmente um programa de atenção básica às pessoas com invalidez. Realizam a avaliação da incapacidade e qualificação do grau de invalidez; avaliação das diferentes situações de incapacidade; tratamentos de atenção adiantada, intervenção psicológica e formação ocupacional.

Por fim, o Centro de Intermediação Telefônica para pessoas surdas ou com incapacidade auditiva ou de fonação é um serviço promovido pela Direção Geral de Coordenação de Políticas Setoriais do Ministério da Educação, Política Social e Esporte, para facilitar a comunicação telefônica entre pessoas surdas ou com incapacidades auditivas e/ou na fala, usuárias de telefones de texto, de telefones celulares, fax ou videoconferência, com pessoas ouvintes que utilizam telefones convencionais. O telefone de texto é um aparelho que envia e recebe mensagens escritas nas redes de telecomunicações. Compõe-se de um teclado, uma tela e um módulo de conexão à rede. Estes serviços são oferecidos nos vários municípios e províncias de Catalunha²².

Segundo a Lei 39/2006, estabeleceu-se que a proteção às pessoas em “Situação de Dependência” se prestará de acordo com um nível mínimo garantido pela Administração Geral do Estado e um nível acordado com cada uma das CA. O Governo, ouvindo o Conselho Territorial determinará o nível mínimo de proteção através do SAAD, garantindo para cada um dos beneficiários do sistema, segundo o grau e nível de dependência, como

²¹ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Residencias para Personas Mayores, 2004. España. [citado 2009 abr 18]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso/centros/grpmcat.pdf>

²² Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Mapa Estatal de servicios para personas Mayores con Incapacida. España. [citado 2009 abr 18]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso/centros/desdeespana.html>

condição básica, a garantia ao direito à proteção de autonomia pessoal e atenção à situação de dependência (Espanha, 2006).

A execução da avaliação do nível e grau de dependência se encontra no “Manual de uso para Empleo del Baremo de valoración de la dependencia” dirigido aos profissionais avaliadores ²³.

O artigo 18, da Lei 39/2006, sobre a promoção da autonomia pessoal e atenção às pessoas em situação de dependência, regulamenta a prestação econômica para os cuidadores não formais que prestam cuidados no ambiente familiar. O Governo determinará a incorporação à Previdência Social dos cuidadores não profissionais no regime que lhes corresponda, assim como, os requisitos e procedimento de afiliação, alta e cotação e, o recolhimento junto ao Sistema de SS, será reduzido (Espanha, 2006).

Está previsto a aplicação aos cuidadores não formais, programas de formação e ações formativas além de, apoio às pessoas cuidadoras através da assessoria e prevenção da dependência e, ainda, a promoção de hábitos saudáveis. Foi criado um portal “sercuidador” com a vocação de ser um espaço que facilite a informação necessária e que permita às pessoas cuidadoras conhecerem a maneira de resolver as dificuldades que se lhes coloquem na hora de atender a seus familiares dependentes²⁴.

Os serviços de promoção da autonomia pessoal têm por finalidade desenvolver e manter a capacidade pessoal de controlar, enfrentar e tomar decisões sobre como viver de acordo com as normas e preferências próprias e facilitar a execução das atividades básicas da vida diária. Os serviços de promoção para a autonomia pessoal são os de orientação, assistência e formação em tecnologias de apoio e adaptações que contribuam para facilitar a realização das atividades de a vida diária, de habilitação, de

²³ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Manual de uso para Empleo del Baremo de valoración de la dependencia” dirigido a los profesionales evaluadores. España. [citado 2009 abr 18]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso/dependencia/manualusoBVD.pdf>

²⁴ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Ser cuidador. España. [citado 2009 abr 18]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso/dependencia/sercuidador.html>

terapia ocupacional assim como quaisquer outros programas de intervenção que se estabeleçam com a mesma finalidade.

Além disto, é disponibilizado outro recurso, que é o serviço de Teleasistencia Domiciliária, que permite a permanência dos usuários no seu meio habitual de vida, assim como o contato com seu ambiente sócio-familiar, evitando o isolamento e assegurando a intervenção imediata nas crises pessoais, sociais ou médicas para proporcionar segurança e melhor qualidade de vida. Para conseguir estes objetivos, iniciou-se, em 1992, o programa de Teleassistência Domiciliária que permite às pessoas maiores e/ou incapacitadas que vivem sozinhas e em situação de risco, entrar em contato verbal com um Centro de Atenção Especializada, pulsando o botão de um medalhão ou pulseira que levam constantemente posto as 24 horas do dia e todos os dias do ano. Também oferecem, unidades móveis, em caso que necessitem se transladar do domicílio do usuário para dar solução à emergência surgida²⁵.

Considera-se que as barreiras do ambiente afetam não só às pessoas com incapacidade, mas também o conjunto da população. Porém, há dois grandes coletivos de beneficiários, as pessoas que têm invalidez permanente derivada de deficiências físicas, sensoriais, mentais e que correspondem 3,5 milhões (8,8%) do total da população espanhola e; as pessoas de idade avançada não inválidas (65 anos e mais), que correspondem a 4,4 milhões (10,9%) da população, o que motivou a criação de um programa para melhorar a acessibilidade aos transportes públicos²⁶.

Por fim, as subvenções da SS que são auxílios pecuniários ou subsídio concedido pelos poderes públicos, aos idosos. O objeto destas subvenções são: realização de atuações sociais dirigidas a favorecer e apoiar o movimento associativo e de fundações para pessoas idosas; favorecer as

²⁵ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Teleasistencia Domiciliaría. España. [citado 2009 abr 18]. Disponible en: http://www.seg-social.es/imserso/dependencia/may_tas.html

²⁶ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Las personas con discapacidad y otros beneficiarios de la mejora de accesibilidad. España. [citado 2009 abr 18]. Disponible en: http://www.seg-social.es/imserso/prestaciones/may_convo08.html

atuações de proteção às pessoas em situação de incapacidade/dependência e aquelas outras que definitivamente se dirijam ao fortalecimento do Terceiro Setor de ação social²⁷.

Dentro do regime geral de subvenções IMSERSO, convocam-se anualmente os programas de Turismo e Termalismo para pessoas com incapacidade psíquica, física ou sensorial para que possam desfrutar dos bens de ócio e de saúde em um ambiente adaptado, além de oferecer o descanso e integração de familiares e cuidadores, mediante a execução de viagens para férias e tratamentos termais com duração máxima de 12 dias.

As pessoas com invalidez que reúnem os requisitos estabelecidos na resolução de convocação anual do IMSERSO e que estejam ou não integradas em alguma associação ou centro, podem solicitar das entidades o amparo de dita convocação para que recebam a subvenção. Os requisitos necessários para a solicitação são: ser portador de 33% ou mais, de incapacidades, maior de 16 anos, não haver realizado no ano outra viagem subvencionado pelo IMSERSO, relatório médico favorável em caso de programa de termalismo. Os Programas incluem seguro de viagem, coordenador e monitores de apoio, transporte adaptado ida e volta e no lugar de destino. A quota de participação não poderá ser inferior a 20% nem superior a 50% do custo real, contemplando-se reduções na quota de participação para famílias numerosas e para solicitantes que credenciem uns ingressos de sua unidade econômica de convivência iguais ou inferiores a 7.062,93 € anuais, em 2009.

1.4 SISTEMAS DE SAÚDE

No Brasil, os primeiros Centros de Saúde foram criados nas décadas de 1920 e 1930, no Rio de Janeiro e São Paulo, para desenvolver ações de

²⁷ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales IMSERSO. Subvenciones Régimen General, en el área de atención a Personas Mayores, 2008. España. [citado 2009 abr 18]. Disponible en: http://www.seg-social.es/imserso/prestaciones/may_convo08.html

controle de agravos transmissíveis por meio de educação em saúde. Neste período, o modelo campanhista controlava as doenças, mas de uma maneira muito repressiva e pouco dialogada, que mais revoltava a população do que esclarecia. Com os avanços da Biologia, Fisiologia, Anatomia Patológica, Microbiologia e Bacteriologia, os profissionais de saúde passaram a compreender o processo saúde-doença de forma diferente e, a saúde pública imprime o modelo clínico, de caráter individualista e assistencial (Santos, 2007).

Em 1930, com a criação dos Ministérios da Educação e Saúde Pública, havia poucos serviços na APS, a população era pouco assistida, e a assistência era predominantemente hospitalar. A gestão dos poucos Centros de Saúde dava pelo médico sanitarista (Santos, 2007).

Em 1940, com a industrialização, ampliam-se as disparidades regionais e os centros urbanos crescem desordenadamente devido ao deslocamento dos trabalhadores do setor agrário para a indústria, levando à proliferação de cortiços e favelas. A deficitária infra-estrutura urbana e dos serviços sociais oferecidos à população, gerou deterioração da saúde do povo brasileiro (Santos, 2007).

A perspectiva campanhista que caracterizava a saúde pública prestava atendimento às comunidades mais carentes, que não tinham acesso aos serviços de saúde, iniciando a APS com atendimento básico e de controle dos grupos de risco bem delimitados (em especial o materno-infantil).

A partir de 1940, a atenção hospitalar vai se cristalizando consubstanciada pelo avanço tecnológico e das ações do sistema previdenciário (criado em 1920).

A partir de 1960, com a ampliação da tecnologia hospitalar e farmacêutica, se dá maior destaque à medicina curativa e ocorre uma separação da medicina preventiva, em uma a lógica em que a primeira (mais sofisticada, importante e resolutiva) era superior à segunda (destinada aos mais pobres e que não tinham acesso à atenção curativa), a assistência à

saúde passa do serviço público ao privado, mantendo a hegemonia do atendimento médico (Santos, 2007).

No entanto, mantém-se viva a dinâmica de atenção aos desassistidos pelo serviço público e aos trabalhadores de carteira assinada pelo serviço privado de atenção à saúde. Algumas patologias passam a ter terapêuticas com bons resultados do setor público, como a tuberculose, hanseníase e as campanhas de vacinação.

Neste contexto ocorreram a implementação dos governos ditatoriais, em 1964, a imposição de medidas, o boicote da expressão social, a privatização e, a saúde dos brasileiros piora ainda mais. Os profissionais de enfermagem, a maioria, eram absorvidos pela rede hospitalar (privada) e, a minoria, na atenção APS.

No final dos anos 60, com a criação dos programas na APS, o gerenciamento dos Centros de Saúde continua sendo realizado pelo médico sanitário e dá-se início aos protocolos que definem, de forma genérica, as terapêuticas a serem seguidas. No final dos anos de 60 e início de 70, se amplia os Centros de Saúde devido ao aumento dos desassistidos na APS, a ampliação da pobreza e desemprego (Santos, 2007).

Os programas de saúde ganham visibilidade e destaque em 1970, com uma lógica de ampliar a cobertura na atenção às necessidades de saúde da comunidade. Neste momento, fica estabelecida e cristalizada a dicotomia da medicina preventiva e curativa. Em 1978, ano em que ocorreu a “*I Conferência de Atenção Primária à Saúde*”, em Alma Ata, foi priorizada a assistência preventiva, sem deixar de lado os aspectos curativos e de reabilitação (Santos, 2007).

Em 1980, com a flexibilização do governo ditatorial e o movimento das “Diretas Já”, a população brasileira aflora com o descaso dos políticos em relação à saúde. Em 1986, com a “*8ª Conferência Nacional de Saúde*” e a pressão da população houve uma mudança na atitude dos políticos e se concretiza um dos maiores movimentos democráticos, impulsionando dois anos depois (1988), a promulgação da Constituição de 1988 (Santos, 2007).

Os governos progressistas nos municípios, o advento de movimentos de participação popular, a reestruturação dos serviços pautados no movimento de municipalização da saúde e a ampliação dos serviços de saúde, sobretudo na APS, trazem uma tônica diferente a esse nível de atenção, com a inserção de assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores em saúde pública, mas, raramente, de auxiliares de enfermagem e enfermeiros.

Em 1987, avançando nesse processo, inicia-se a regionalização através da Secretaria Estadual de Saúde, através do qual, os municípios passam a ter responsabilidade pela sua área de adstrição (Santos, 2007).

A necessidade de criar alternativas na APS que pudessem dar corpo à implantação do SUS resultou na ampliação do Programa Nacional de Agentes Comunitários em Saúde (PNACS/1991) que passou a ser chamado de PACS (1992). A implantação do PACS deu respostas aos problemas de saúde, mas, não atendeu aos problemas sociais da população.

Ainda na tentativa de melhorar as condições de vida das famílias, em 1993, foi criado o PSF, concretizado em 1994 e ampliado em 1996. Da mesma forma que no PACS, o enfermeiro assume importante papel, em especial, na gestão dos serviços e na coordenação das USF, bem como na assessoria em níveis municipal, estadual e federal.

Várias cidades do país começam a se interessar pela proposta e adaptam sua unidade para atender às famílias, transformando-se em Unidade Mista que consiste na UBS com uma equipe do PSF, ou ainda, USF. A USF possui uma equipe, com contratação variável de acordo com o município, com regime temporário, dedicação exclusiva e salário mais elevado (Santos, 2007).

Na Espanha, o sistema de saúde também é resultado das mudanças dos fatores sócio-culturais, sanitários e políticos que, ao longo da história apresentou um grande avanço sanitário e social. Nos estudos comparativos dos sistemas de saúde em âmbito internacional, o SNS Espanhol é considerado um sistema eficiente, equitativo e de cobertura universal (Aguilar, 2000).

O SNS se baseia no princípio de que toda pessoa tem direito à saúde, independentemente, de sua situação econômica ou de trabalho. O Estado se responsabiliza plenamente para garantir este direito, através da gestão e financiamento (Miravittles, Viñeta, López, 1993).

O processo de desenvolvimento do SNS espanhol derivou dos valores políticos e econômicos dominantes em cada uma de suas fases. As fases evolutivas foram cinco. A primeira fase (final do século XIX e começo do XX) iniciou-se com a criação, em 1855, da Primeira Lei Geral da Saúde (LGS), na qual, o setor público cria uma estrutura assistencial para atender pessoas pobres, desenvolve diversos programas de higiene pública (Aguilar, 2000).

Neste mesmo ano (1855), constituiu-se a Direção Geral de Saúde (DGS) com competências sanitárias aprovadas pela Lei Orgânica de Saúde (28 de novembro/1855). O contexto social moldurou e orientou a Lei Orgânica de Saúde para desenvolver ações preventivas contra as enfermidades de maior prevalência, lepra e febre amarela, através de medidas de higiene pública, inspeção (sobretudo no transporte marítimo) deixando a assistência sanitária sob a responsabilidade do indivíduo e de sua família (García, Pulpón, 2002).

Em 1904, foi aprovada a Instrução Geral de Saúde (IGS) que mantinha as mesmas competências desenhadas na Lei de 1855, substituindo o nome de DGS. Em 1908, foi criado o Instituto Nacional de Previsão (INP), organismo encarregado da gestão da SS (García, Pulpón, 2002).

Na segunda fase do SNS e no período republicano (1934 e 1939) foram criados dois sistemas para abordar os problemas de saúde. Por um lado, a assistência à saúde para atender àqueles que não tinham recursos econômicos através de um sistema de beneficência pública e, pelo outro lado, o sistema de saúde privado ou com cobertura de seguros de saúde para a população com recursos econômicos. Os problemas de saúde pública como o tratamento das epidemias, o controle de enfermidades infecciosas eram assumidos pelas instituições do Estado (Aguilar, 2000).

Na terceira fase, em 1944, período da ditadura, foi criada a Lei de Bases da Saúde Nacional (LBSN) com um planejamento complementar, financiada por cotas de empresários e trabalhadores, em função dos salários e, os recursos se concentravam no desenvolvimento hospitalar, com escassa atividade preventiva (García, Pulpón, 2002).

Na quarta fase, período do desenvolvimento econômico e fim da ditadura (anos 60 e 70) com o aumento da formação universitária e a hegemonia do modelo biomédico, surgiram os movimentos sociais reivindicativos pela democracia e a expansão da rede da atenção especializada de serviços hospitalares (Aguilar, 2000).

Em 1963, foi aprovada a Lei de Bases da Seguridade Social (LBSS) com o objetivo de regular a organização e financiamento das prestações sanitárias da SS. Neste período, o suporte assistencial estava constituído por três níveis de atenção: a medicina ambulatorial, o especialista ambulatorial e a atenção hospitalar. Para dar resposta ao déficit da assistência especializada, foi criada uma rede própria de hospitais da SS, para prestar assistência à saúde com a qualidade assistencial dos ambulatórios (García, Pulpón, 2002).

Na sua quinta e última fase, em 1978, ocorreu um avanço do Sistema de SS. Por um lado, a instauração da democracia e a reivindicação por parte dos cidadãos do atendimento das suas necessidades assistenciais. E por outro a aprovação das Cortes da Constituição Espanhola (32 de outubro de 1978) que estabelecia o marco jurídico das políticas de saúde (García, Pulpón, 2002).

A Constituição Espanhola reconhece de forma explícita, o direito à saúde (artigo 43), o direito de todos os cidadãos à SS (artigo 41), assim como, a atenção integral a àqueles com distúrbios psíquicos, físicos e sensoriais (artigo 49) e o desenvolvimento de serviços sociais e prestação econômica na terceira idade (artigo 50). Cabe destacar o reconhecimento, da Constituição Espanhola, da gestão descentralizada e a transferência de competências sanitárias às CA (artículos 148 e 149) (España, 1978).

Neste mesmo ano (1978), desapareceu o INP e suas funções foram distribuídas nas seguintes entidades gestoras da SS (dependentes do Ministério do Trabalho, Saúde e Seguridade Social):

1. Instituto Nacional de Saúde (INSALUD): organismo encarregado da gestão e administração dos serviços sanitários da Seguridade Social no Estado Espanhol;
2. Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS): organismo responsável pela gestão e administração das prestações económicas que se outorgam por enfermidade do trabalho, acidente, invalidez, aposentadoria, trabalho, viuvez, morte, etc.;
3. Instituto Nacional de Serviços Sociais (INSERSO): organismo responsável pela gestão e prestação da assistência social aos inválidos e da terceira idade (García, Pulpón, 2002).

A partir desse ano (1978), ocorreu uma mudança profunda no financiamento da SS, que até então, era financiado com quotas dos operários e empresários. O financiamento passou a ser do Estado, com uma quantidade que foi progressivamente aumentando até que, em 1989, a SS passou a contribuir com uma quantidade variável e o resto, com os pressupostos do Estado (Oriol, López, Boté, 1993).

A partir deste momento, e fruto da consolidação da democracia parlamentar, foram estabelecidas as autonomias, processo de transferência em matéria de saúde às diferentes CA, tal como assinala a Constituição, “As CA poderão assumir competências nas seguintes matérias [...] Saúde e higiene”. Em 1981, iniciou o processo gradual de descentralização das competências sanitárias em Saúde e Higiene, especialmente na saúde pública e centros especiais de assistência à tuberculose (García, Pulpón, 2002).

Desde os anos 1970, e com o SNS, o modelo sanitário espanhol passou a enfrentar novos desafios, o rompimento do esquema centralista e burocrático e, avançou para novo modelo descentralizado e aberto à pluralidade social e sanitária.

Ao mesmo tempo, constituiu-se um sistema de seguro social público com outras formas de gestão que permitiriam melhor eficácia e eficiência, tendo como relevância as características sociais e sanitárias da população europeia (García, Pulpón, 2002).

Neste momento, o aumento dos custos em saúde foi incessante, o qual colocava a necessidade de buscar fórmulas que permitiriam garantir os recursos suficientes para atender às demandas crescentes da sociedade em matéria de saúde. García e Pulpón (2002) apontaram como possíveis causas da crescente demanda de recursos:

1. A extensão da cobertura pública, tanto no número de pessoas como do aumento das prestações, sem esquecer da cobertura integral que se dá a população imigrante;
2. A incorporação de novas tecnologias para realizar processos diagnósticos e a maior sofisticação dos tratamentos, com a necessidade de dispor de profissionais qualificados;
3. O envelhecimento da população, com o aumento da esperança de vida, aos poucos com as incapacidades e aumento das enfermidades crônicas e degenerativas;
4. As exigências da população para aumentar as expectativas de viver com saúde;
5. A maior demanda dos serviços preventivos e de promoção, uma vez que, o avanço da reforma na APS também pressupõe custos importantes para o sistema, basicamente, investimentos em infraestrutura, formação e desenvolvimento pessoal;
6. Mudança do padrão de mortalidade por uma emergência de enfermidades infecciosas como SIDA, tuberculoses, etc.

A tudo isto, devemos acrescentar a complexidade organizativa do próprio sistema, o número de profissionais de saúde que desenvolvem suas atividades nos diferentes âmbitos da atenção que faz gerar uma maior demanda de recursos e incentivos (García, Pulpón, 2002).

Dentro do conjunto do Estado Espanhol, o modelo sanitário com as características de financiamento público e acesso universal está legislado na normativa que se desprende da LGS, criada no ano de 1986.

Este modelo assistencial foi adotado pela Suécia em 1930 e, se caracterizam, por um planejamento universal, em condições de igualdade para todos os cidadãos espanhóis, com financiamento através dos impostos e provisão de serviços basicamente públicos, complementado com o privado concertado, sobretudo nas atividades cirúrgicas, diagnóstico e transporte sanitário. Os elementos básicos do SNS fazem referência aos seguintes pontos:

- Universalidade dos serviços sanitários a todos os cidadãos;
- Equidade na distribuição de recursos, evitando a discriminação geográfica e social;
- Solidariedade, com a contribuição de todos os cidadãos;
- Financiamento público em maior proporção através do Estado;
- Coordenação entre os diferentes níveis assistenciais;
- Integração das políticas de prevenção, promoção, curativas e de recuperação;
- Descentralização da gestão, financiamento e assistência.

A LGS (1986) responde, em grande parte, as aspirações de mudança da sociedade e reflete a vontade política de contribuir ao desenvolvimento da saúde e dos cidadãos de forma equitativa e integral, mediante uma cobertura universal com critérios de eficácia, eficiência, desenvolvendo APS, implicando a população na participação de seu cuidado e constituindo um dos pilares fundamentais do processo de reorientação sanitária.

Não há dúvidas de que as características da organização do sistema de saúde dependem dos resultados, considerando os seguintes princípios: eficácia, eficiência e equidade. Outros princípios também são considerados, entre eles:

- Os meios e atuação do sistema sanitário estarão orientados prioritariamente na promoção de saúde e na prevenção de enfermidades;
- A assistência sanitária se estenderá a toda a população espanhola de forma progressiva;
- As CA criarão seus serviços de saúde dentro do marco desta lei e de seus respectivos Estatutos de Autonomia;
- Os serviços públicos de saúde se organizarão de maneira que seja possível articular a participação comunitária.

Esta lei (LGS) dá um enfoque integral às prestações de saúde e ao desenvolvimento da APS, como uma filosofia progressista. Cabe ressaltar que, para o alcance dos princípios estabelecidos nesta lei e, para consolidar as reformas assistenciais, temos que potencializar o reconhecimento social do trabalho estratégico dos profissionais sanitários, especialmente aos profissionais de enfermagem, para poder oferecer cuidados integrais com critérios de eficácia, eficiência e equidade (García, Pulpón, 2002).

A estrutura assistencial que possuía três níveis de atenção, a partir da LGS (1986) foi modificada para dois níveis de atenção interconectados: a atenção primária e atenção especializada. Vale ressaltar que o importante era “recuperar a visão global do enfermo, assumir o paciente de acordo com suas necessidades que poderão ser abordáveis em diferentes níveis”, sabendo que é prioridade oferecer uma qualidade assistencial, a partir, do estabelecimento de pautas da atenção primária e atenção especializada (García, Pulpón, 2002).

Sendo assim, a APS é a porta de entrada ao sistema de serviço de saúde e está no primeiro nível de atenção, em que se outorga assistência integral, permanente, continuada, participativa e programada ao indivíduo, família, comunidade e ao meio ambiente em que este vive e trabalha, sem que a intervenção neste nível esteja limitada à existência da enfermidade. Um fato importante que ocorreu neste nível de atenção foi à criação, em

1978, da especialidade de medicina da família e comunitária²⁸ (García, Pulpón, 2002).

A distribuição de competências no SNS ocorreu em dois níveis: na Saúde Pública, com a responsabilidade da higiene ambiental, alimentária etc, e, nos Serviços Sanitários em Geral, que passou para o INSALUD da SS.

A partir deste momento, iniciou-se um novo processo de transferências de algumas competências as CA: Catalunha (1981), Andaluzia (1984), País Vasco e Valência (1987), Galícia e Navarra (1990-1991) e, Canárias (1994). A gestão de saúde nestas CA ocorre através dos Serviços Regionais de Saúde e aquelas em que a gestão não foram transferidas, continuam sendo responsabilidade do INSALUD (García, Pulpón, 2002).

Em relação à cobertura da população, percebeu-se uma mudança qualitativa na assistência aos cidadãos espanhóis sem recursos econômicos, desaparecendo a rede de beneficência. Mesmo assim, o texto da LGS apresenta alguns aspectos da organização dos serviços sanitários, de forma rígida, burocrática e centralizada.

Para melhorar a organização dos serviços sanitários foram criadas no SNS novas fórmulas de gestão e administração dos centros, serviços e estabelecimentos sanitários de proteção da saúde ou de assistência médica ou sócio-sanitária. Segundo o Decreto Real²⁹, os órgãos do Governo das CA poderão determinar as formas jurídicas, órgãos de direção e controle, regime de garantias de prestação, financiamento e peculiaridades em matéria de pessoal, das entidades que farão a gestão dos centros e serviços mencionados (García, Pulpón, 2002).

A prestação e gestão dos serviços sanitários e sócio-sanitários poderão ocorrer através de meios próprios, mediante acordos, convênios ou

²⁸ España. Real Decreto n. 3303, de 29 de diciembre de 1978. Dispone sobre la Regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como Especialidad de la profesión Médica, España, 1978.

²⁹ España. Real Decreto n. 29, de 14 de enero de 2000. Dispone sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud, España, 2000.

contratos com pessoas ou entidades públicas ou privadas, nos termos previstos na LGS.

As fundações públicas podem ser consideradas as organizações sanitárias sem fins lucrativos, constituídas por INSALUD, com patrimônio destinado a atividades sanitárias de interesse geral que não se reverte em benefício econômico, uma vez, que possui vantagem fiscal (García, Pulpón, 2002).

Os consórcios se definem como uma entidade de natureza associativa, com personalidade jurídica própria, constituída por uma entidade local e outras entidades públicas, com o objetivo de coordenar a gestão e a administração dos centros e serviços sanitários públicos (García, Pulpón, 2002).

As mútuas como a MUFACE e o MUGEJU são um sistema de seguro privado, com financiamento público (mutualismo administrativo) e, os institutos têm como finalidade facilitar a integração da investigação clínica com a investigação básica (García, Pulpón, 2002).

Em Catalunha, o Modelo Sanitário iniciou em 1981 com a transferência das competências sanitária a esta comunidade, pelo governo central, sendo o princípio do processo de descentralização dos serviços de saúde às diferentes Comunidades Autônomas (Fontanillas, 2007).

Em 1983, foi criado o Institut Català de la Salut (ICS), como entidade provedora dos serviços de atenção sanitária no marco do Departamento de Saúde e SS, do Governo de Catalunha, na APS. Em 1989, o ICS assume as competências do INSALUD e integram todos os serviços sanitários públicos de Catalunha (Ley 12/1983) (Fontanillas, 2007).

Em 1990, foi promulgada a Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC, 15/1990)³⁰ que se modifica, parcialmente, com a Lei 11/1995³¹,

³⁰ España. Ley n. 15, de 9 de julio de 1990. Dispone sobre la ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC). España, 1990.

³¹ España. Ley n. 11, de 29 de septiembre de 1995. Dispone sobre la modificación parcial de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña. (DOGC n. 2116, de 18 de octubre de 1995. España, 1995.

com o objetivo de ordenar o Sistema Público de Catalunha, de acordo com os princípios da Constituição Espanhola e da LGS (Fontanillas, 2007).

Em 1991, foi criado o “Servei Català de Salut” (SCS), que inicia seu caminho para transformar-se em uma seguradora pública. Entre 1995 e 1999, ocorreram algumas modificações na LOSC, entre elas, o aprofundamento na diversificação de provedores no âmbito da APS, plano de serviços sanitários e sócio-sanitários na Catalunha e, o novo modelo de financiamento sanitário entre 1998 e 2001.

Após dez anos (2001) da sua criação, o SCS conseguiu de maneira efetiva a separação das funções de financiamento e provisão e, o SCS, passa a denominar-se CatSalut na sua forma abreviada. O CatSalut que garante prestações sanitárias públicas na Catalunha, é definido como “estrutura pública de caráter institucional, dotado de personalidade jurídica própria e plena capacidade para o cumprimento de suas finalidades, adstrita ao Departamento de Saúde e SS e regido pelos preceitos da lei e pelas disposições complementárias de desenvolvimento”, as quais correspondem às funções de ordenação, planejamento, programação, avaliação e inspeção sócio-sanitária e de Saúde Pública, à distribuição de recursos econômicos, à gestão e administração dos centros sanitários, estabelecendo diretamente, acordos, convênios com entidades públicas ou privadas (Fontanillas, 2007).

O Conselho Executivo do Governo de Catalunha pode acordar a constituição de organismos, a formação de consórcios e a criação ou participação do CatSalut em qualquer das outras entidades admitidas em direito, em particular, pode criar uma empresa pública, segundo os estatutos da empresa pública catalana. A empresa pública tem o capital, o benefício e os déficits absorvidos e cobertos pelo poder público, mas, se diferencia da pura administração, na contabilidade e na direção independente (Fontanillas, 2007).

As modificações introduzidas na revisão do LOSC fazem referência ao ordenamento jurídico e organizacional do CatSalut estabelecendo fórmulas de gestão e avaliação dos centros, serviços e estabelecimentos com a gestão do ICS (García, Pulpón, 2002).

A LOSC seguindo o marco jurídico da LGS reúne três características muito importantes desde o ponto de vista da gestão do sistema catalão:

- A consolidação do sistema sanitário de provisão mista;
- A separação do financiamento e produção de serviços;
- A possibilidade de incorporar diversas fórmulas (consórcios, fundações, etc.) (Fontanillas, 2007).

Em referência às diversas fórmulas de gestão na APS, da região de Catalunha, encontramos três etapas diferenciadas: na primeira fase, de 1985 a 1990, o ICS era o único provedor, na segunda fase, de 1990 a 1995, diversificam-se as fórmulas de gestão e, na terceira fase, a partir de 1996 aparece a gestão por profissionais sanitários, consórcios, cessão de gestão e autogestão (Fontanillas, 2007).

Atualmente, encontramos a fórmula mista em Tarragona, Lérida e Girona, que consiste na participação de hospitais e outros centros sanitários conjuntamente com associações de profissionais, promovido por colégios de médicos (Fontanillas, 2007).

A diversidade de fórmulas de gestão e sua evolução com uma capacidade de eleição de modelos que podem comportar riscos de uma seleção adversa, ou, uma derivação a outros níveis assistenciais, podem criar possibilidades de que certos grupos de usuários de riscos (enfermos crônicos e os idosos) tenham dificuldades para serem integrados nos centros. A presença de grupos geradores de demandas pode implicar um “reservado direito de admissão”.

Este risco tem que ser previsto e dispor de mecanismos adequados para evitá-lo. Os diferentes modelos de gestão têm que servir para melhorar a saúde da população e conseguir que os profissionais sanitários possam realizar seu trabalho com maior estímulo e satisfação, aplicando cada modelo segundo as possibilidades de cada situação (Fontanillas, 2007).

O CatSalut se ordena em demarcações territoriais denominadas regiões sanitárias que equivalem às Áreas de Saúde previstas na LGS. As regiões sanitárias devem possuir recursos sanitários suficientes da APS e

atenção especializada, para atender às necessidades da população de referência, levando em consideração os fluxos assistenciais entre as diferentes regiões e desde outras CA (García, Pulpón, 2002).

Em 1995, começa a reforma na APS em Catalunha com base nos critérios da OMS e a Conferência de Alma Ata de 1978, para potencializar a assistência primária, a prevenção das doenças e promoção da saúde (García, Pulpón, 2002).

Nesta etapa produziu-se uma relação mais estreita entre a APS e a hospitalária, isto representou uma melhora na comunicação entre os níveis assistenciais. A assistência hospitalária oferecida era através de instituições assistenciais beneficentes e hospitais que prestavam atendimento à população através das mútuas e cooperativas. Esta realidade assistencial mostrava a necessidade de consolidar a estrutura pública da atenção hospitalária (García, Pulpón, 2002).

Assim, em 1985, foi criada a Rede Hospitalária de Utilização Pública, a Xarxa Hospitalària d' Utilizació Pública (XHUP) que tinha como objetivo principal a melhoria da eficiência e a qualidade do processo assistencial. O ICS, assume a responsabilidade pelo acerto com os diferentes centros assistenciais e a coordenação da APS e hospitalária (Espanha, 1985, García, Pulpón, 2002).

1.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

No Brasil, a APS é desenvolvida pela rede de UBS, PACS, PSF e o Programa de Visita Domiciliar (VD).

A organização da assistência domiciliar deve ser estruturada a partir dos princípios organizativos da APS considerando que as ações a serem desenvolvidas são principalmente inerentes a ela.

Como objetivo geral, o atendimento domiciliar deve proporcionar assistência e vigilância à saúde no domicílio dos usuários do serviço de

saúde comunitária, por meio do atendimento, da internação, do acompanhamento e da visita domiciliar (Malagutti, Biagolini, 2007).

A proposta deste serviço é que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades a partir de vivências de situações que envolvam não somente a cura das doenças, mas também, a prevenção e a promoção da saúde. A operacionalização do serviço de assistência comunitária ocorre através da assistência domiciliar, atendimento domiciliar, internação domiciliar, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar.

A assistência domiciliar é caracterizada pela efetivação de todo e qualquer atendimento no domicílio pelos profissionais que integram a equipe de saúde, para pessoas com problemas agudos e que, em função disto, estejam temporariamente impossibilitadas de comparecer à UB (Malagutti, Biagolini, 2007).

A internação domiciliar é o cuidado no domicílio de pacientes com problemas agudos ou egressos do hospital que exijam uma atenção mais intensa, mas, que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de equipamentos, medicamentos e acompanhamento diário pela equipe da UBS e da família que assume uma parte dos cuidados (Malagutti, Biagolini, 2007).

O acompanhamento domiciliar é o cuidado no domicílio para pessoas que necessitem de contatos frequentes e programáveis com os profissionais da equipe. São exemplos de condições apropriadas para a inclusão do paciente no acompanhamento domiciliar: pacientes portadores de doença crônica que apresente deficiência física; paciente em fase terminal; pacientes idosos com dificuldade de locomoção e/ou que more sozinho; paciente egresso do hospital, que necessite de acompanhamento por alguma condição que o incapacite a comparecer à unidade de saúde e, paciente com outros problemas de saúde, incluindo doença mental, que determine dificuldades de locomoção ou adequação ao ambiente da unidade de saúde (Malagutti, Biagolini, 2007).

A Vigilância Domiciliar é o comparecimento de um ou mais membros integrantes da equipe no domicílio para a realização de ações de

promoção, prevenção, educação e busca ativa da população residente naquela área de responsabilidade (Malagutti, Biagolini, 2007).

O enfermeiro é um dos poucos profissionais que tem uma visão de conjunto, capaz de dirigir as políticas que estão sendo implantadas e propostas pela Superintendência de Ações Básicas, junto ao PSF e PACS.

É essencial compreender a família como a mais constante unidade de saúde para seus membros. Seu funcionamento reflete a maneira como as necessidades de seus membros são atendidas, pautada em conhecimento e familiaridade com rotinas de cuidado e na capacidade para detectar sinais de doença com base em vivências, muitas vezes, despercebidas aos outros. Devido as suas características próprias de proximidade e convivência, a família tem melhores condições para acompanhar os processos de saúde e de doença de seus membros (Brasil, 2001).

Diante de tais considerações, a família não pode ser vista apenas como aquela que cumpre as ações determinadas pelos profissionais de saúde. Ao reconhecer o papel da família em responder pela saúde de seus membros, o profissional deve considerar as dúvidas, opiniões e a atuação da família na proposição de suas ações.

A cultura, a classe social, os valores familiares, a comunicação entre os seus membros, a maneira como a família enfrenta as alterações internas e externas, influenciam o seu funcionamento. A saúde física e emocional ocupa um papel importante no seu funcionamento. O papel do enfermeiro implica em relacionar todos os fatores e não apenas lidar com as situações de saúde e doença da família, mas também, de interagir com situações que apoiem a integridade familiar. Assistir à família é pensar na estruturação do plano assistencial e no cuidado com a saúde da família, tendo como objetivo a promoção da saúde (Brasil, 2001).

Na perspectiva da Saúde da Família, cabe à enfermagem, como desafio básico, redefinir sua prática assistencial, gerencial e de ensino, com base, principalmente, na epidemiologia crítica e no modelo de atenção integral à saúde. Nesse sentido, o planejamento estratégico passa a ser um instrumento precioso para a construção dessa prática inovadora. Afirma-se a

importância de todos os atores sociais envolvidos nos problemas mapeados na realidade em nível local, requerida na visão do planejamento estratégico, bem como a conscientização de todos os profissionais de saúde. Estes são alguns dos pontos fundamentais que devem alavancar as mudanças na capacitação profissional para a implementação de um modelo assistencial e gerencial aderente à proposta do PSF.

A ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS; universalização; descentralização; integralidade e participação da comunidade, e está estruturada a partir das USF que trabalham com base nos seguintes princípios:

- Integralidade e hierarquização: a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contrarreferência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.
- Territorialização e cadastramento da clientela: a USF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adstrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.
- Equipe multiprofissional: cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A USF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

A ESF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do PACS. Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de PSF,

incorporando e ampliando a atuação dos ACS (cada equipe do PSF tem de quatro a seis ACS; este número varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas). Funcionando adequadamente, as UBS do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. Cada equipe é capacitada para:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

A implantação do PSF depende, antes de tudo, da decisão política da administração municipal, que deve submeter a proposta ao Conselho Municipal de Saúde e discutir o assunto com as comunidades a serem beneficiadas. O MS, juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde, está empenhado em dar todo o apoio necessário à elaboração do projeto e a sua implantação, que começa com as seguintes etapas:

- Identificar as áreas prioritárias para a implantação do programa; mapear o número de habitantes em cada área;

- Calcular o número de equipes e de agentes comunitários necessários;
- Adequar espaços e equipamentos para a implantação e o funcionamento do programa;
- Solicitar formalmente à Secretaria Estadual de Saúde a adesão do município ao PSF;
- Selecionar, contratar e capacitar os profissionais que atuarão no programa.

Os resultados das atividades realizadas pelas equipes do PSF são avaliados periodicamente pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Este sistema agrega os dados e processa as informações sobre a população acompanhada. O SIAB permite aos gestores municipais, estaduais e federais o acompanhamento contínuo e a avaliação das atividades desenvolvidas, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

O SIAB é um sistema especial para gerenciamento das informações de saúde obtidas nas visitas às comunidades e produz relatórios que auxiliam as equipes de PSF, as UB (as quais as equipes estão ligadas) e os gestores municipais a acompanharem o trabalho que realizam e avaliarem a qualidade do mesmo. É um instrumento que agrega dados e possibilita informações da população atendida. Esses dados são recolhidos através de fichas de cadastramento e acompanhamento, devendo ser objeto de análise e discussão das equipes e dos gestores do PSF.

As fichas de cadastramento e acompanhamento das famílias permitem conhecer as condições de vida das pessoas na sua área de abrangência. Geralmente é preenchida pelo ACS durante a primeira visita à família e permite coletar dados sobre o número de pessoas que compõe a família, a idade, sexo, alfabetização, ocupação e as doenças ou condições referidas da mesma. A ficha de acompanhamento é preenchida pelo ACS quando realiza sua visita mensal às famílias que tenham membros que vivenciam condições de gestação, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, com a finalidade de monitorar esses grupos no domicílio e, a

ficha das atividades desenvolvidas pela equipe da unidade, preenchida pelos profissionais de saúde para o registro diário de suas atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou agravos que são objeto de acompanhamento sistemático.

O modelo de atenção prestado atualmente no Brasil está pautado pelos programas de saúde que começaram a ser desenvolvidos na década de 1990, posterior à implantação da proposta do Sistema Local de Saúde (SILOS), elaborado na 33ª reunião do conselho diretor da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), realizada em 1988, visando à transformação dos sistemas nacionais de saúde da América Latina (Matsumoto et al., 2007).

O SILOS constituiu ponto de planejamento e gestão dos sistemas de saúde, sob a influência integradora e normativa da coordenação nacional, nível em que se formulam práticas globais e se definem os sistemas de apoio logístico, técnico e administrativo que requerem a execução de programas e a prestação de serviços a nível local (Matsumoto et al., 2007).

A proposta do SILOS surge, então, como uma tática operacional importante a fim de “reorganizar e reorientar os sistemas nacionais de saúde com base nos processos de descentralização e desenvolvimento local. Deve possuir uma base comum, que compõe um processo de descentralização do Estado, de forma que uma maior democratização e eficiência sejam atingidas (Matsumoto et al., 2007).

Além disto, deve ter uma direção responsável, capacidade de coordenação e articulação dos recursos existentes, num espaço populacional delimitado para alcançar sua melhor utilização e adequação à realidade local. Na época da elaboração desta proposta, o Brasil vivia uma economia de caráter recessivo, com uma política interna de ajuste fiscal balizada na redução e inversão dos gastos, o que afetou drasticamente os serviços sociais, saúde, educação moradia, transporte, entre outros. Especificamente na saúde, esta conjuntura fez com que grandes segmentos da população ficassem excluídos do acesso real aos serviços de saúde e, por outro lado,

lutassem por uma utilização mais eficiente dos recursos nesta área (Matsumoto et al., 2007).

O ponto central da proposta do SILOS foi a apropriação do espaço local mediante o planejamento e a participação da população. O planejamento baseia-se em distintas realidades locais, de acordo com as quais os atores sociais se transformam em autores de um processo no qual se dá a apropriação de um território numa lógica voltada à saúde. Na apropriação do espaço local pelos distintos autores sociais (profissionais de saúde e população), constrói-se a área de responsabilidade de uma unidade de saúde (o território), que é motivada por uma lógica voltada à vigilância da saúde (Matsumoto et al., 2007).

A proposta realça a autonomia do espaço local (ou território), entendido como o cenário estabelecido por autores sociais no desenrolar de um processo em que problemas de saúde se confrontam com serviços prestados e no qual necessidades cobram ações. O objetivo último da territorialização é, portanto, possibilitar o impacto positivo nos problemas de saúde identificados no território (Matsumoto et al., 2007).

O planejamento e a programação das ações no âmbito dos diversos distritos sanitários consideram a especificidade de cada região e exigem certo conhecimento sobre as condições de vida e de trabalho locais e, também, sobre as formas de organização das instâncias e serviços governamentais e não governamentais. Em outras palavras, os distritos sanitários definem-se com base em critérios populacionais e político-administrativos e as estâncias de coordenação correspondem a comissões com representações de várias instituições que mantêm os serviços localizados na área definida (Matsumoto et al., 2007).

Visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS bem como sua resolubilidade, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria

GM (154/2008)³², republicada em 04 de março de 2008. Para a publicação desta política, considerou diversos aspectos tais como: a Política Nacional de Atenção Básica, com ênfase no fortalecimento da ESF, e entre outras Portarias, a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI).

Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Profissional da Educação Física, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Médico Acupunturista, Médico Pediatra, e Médico Psiquiatra), vinculado a 08 até 20 equipes do PSF; e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, e Terapeuta Ocupacional), vinculado a, no mínimo, 03 equipes de PSF.

À definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Tem como responsabilidade central atuar e reforçar oito diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

À APS colocam-se alguns desafios, entre estes estão a ampliação progressiva de sua cobertura populacional e sua integração à rede assistencial. O NASF insere-se neste sistema, buscando tanto o aumento de sua resolutividade quanto de sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado, compartilhando esses desafios com as equipes do PSF.

³² Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. Institui a criação e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008.

Para organização de um sistema local de saúde orientado pelos municípios, a rede deve contar com unidades de saúde distribuídas segundo os diferentes níveis de complexidade de serviços e de acordo com as realidades locais e regionais. Além das UBS e os Programas desenvolvidos, deve possuir Centros de Saúde, Ambulatório de Especialidades e Hospitais.

Os Centros de Saúde ou as UBS são destinadas a prestar assistência a saúde a uma população determinada, contando com uma equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente, com médicos generalistas e/ou especialistas. Sua complexidade e suas dimensões físicas variam em função das características da população a ser atendida, dos problemas de saúde a serem resolvidos e de acordo com seu tamanho e capacidade resolutiva. A UBS pode conter, além da sua equipe, os ACS que desenvolvem o PACS e a equipe do PSF, passando a ser denominada de Unidade Mista.

À APS tem alguns elementos que caracterizam e especificam este nível de atenção: atenção integral e integradora, continuada e permanente, ativa e acessível, prestada por equipes interdisciplinares, comunitária e participativa, programada e avaliada. Os serviços devem estar organizados para realizar a promoção da saúde, prevenção das enfermidades, tratamento e reabilitação (López, Pisa, 1983).

Na Espanha, a Reforma da APS e a criação da especialidade “Medicina da Família e Comunitária”, contribuíram para a criação de novas Estruturas (Espana, 1984). As mais relevantes foram:

- Delimitação das Zonas de Saúde: para conseguir a máxima operacionalidade, esta demarcação territorial da Zona de Saúde da Atenção Primária deve limitar-se entre 5.000 e 25.000 habitantes e, a uma distância máxima de 30 minutos entre qualquer núcleo da população ou Centro de Saúde.
- As Regiões Sanitárias ou Áreas Básicas de Saúde são delimitadas por fatores epidemiológicos, geográficos, socioeconômicos, climáticos, trabalho, cultural, vias de comunicação e, que tenham

amplitude de ação a uma população não inferior a 200.000 habitantes e não superior a 250.000 habitantes.

- O Centro de Saúde ou Centro de Atenção Primária (CAP) é: uma “estrutura física e funcional que possibilita o desenvolvimento da atenção primária, integral, permanente e continuada, com base no trabalho da equipe de profissionais sócio-sanitários”. Suas funções são oferecer serviços assistenciais à população, servir como elo da comunidade e os profissionais de saúde, facilitar o trabalho das equipes de profissionais de saúde da região e melhorar a organização administrativa da atenção à saúde em sua área de abrangência.
- Nas Áreas Básicas de Saúde estão incluídos os hospitais de referência da XHUP. Dentro das atividades propostas pelo CatSalut incluem-se, a saúde bucal, atenção sócio-sanitária às pessoas idosas e enfermos crônicos, o planejamento familiar e a saúde do trabalhador.
- A equipe de APS está constituída por médico generalista, pediatra, enfermeira, ginecologista, auxiliar de enfermagem que atuam na Zona de Saúde da APS integrado com a equipe da Zona de SS, trabalhadora social.
- Jornada de trabalho de 40 horas semanais ou através do número de atendimento das cartilhas (em extinção pelo sistema atual) (Brunet, 2007).

O atendimento da saúde é realizado por diferentes tipos de serviços, entre eles, Centros de Atenção Primária (CAP), Centro de Atenção de Urgência Extra-hospitalar, Centro Especializado Extra-hospitalar, Hospitais, Farmácias, Serviços de Saúde Pública, Laboratórios de Saúde Pública, Redes de Saneamento e Centros de Alta Tecnologia (Aguilar, 2000).

O CAP possui estrutura física desenhada para a prestação de serviços de nível de atenção primária, ou seja, tem espaço disponível para as consultas de distintos profissionais, sala de espera, atenção a urgências, realização de técnicas de enfermagem, sala de uso múltiplo, banheiro, área

de admissão, administração e arquivo, sala de reunião, biblioteca e sala de coordenação. A sua equipe é composta pelo médico de família, enfermeiras, pediatra, ginecologista, odontologia, fisioterapia, trabalhadora social, auxiliar de enfermagem e pessoal administrativo (Aguilar, 2000).

No CAP, também é desenvolvido o Programa de Atenção Domiciliária (ATDOM) que constitui uma atividade básica da equipe de APS. A ATDOM é definida como um conjunto de atividades de caráter biopsicossocial e de âmbito comunitário que se realiza na casa da pessoa, com o objetivo de detectar, avaliar, apoiar e seguir os problemas de saúde e sociais do indivíduo e da sua família, potencializando sua autonomia e melhorando a qualidade de vida (Brunet, 2007).

A ATDOM se organiza como um programa de saúde em interrelação com outros programas. Sua importância vem aumentando devido a vários fatores, o envelhecimento da população; o aumento da incapacidade física e da dependência sócio-sanitária; mudanças na estrutura familiar com a incorporação da mulher no mundo do trabalho; diminuição do número de cuidadores informais; desejo da população ser atendido no seu domicílio e, o incremento dos custos do sistema sócio-sanitário (Brunet, 2007).

Recentemente, foi criada na APS, a figura da Enfermeira Gestora de Casos, responsável por atender as necessidades daqueles pacientes que estão em condições frágeis (idosos) em conjunto com a família, implementando e coordenando os recursos necessários. Trabalha em conjunto com a enfermeira de cabeceira do CAP. Tem as funções de avaliar, planejar, aplicar, coordenar e monitorizar as opções e os serviços necessários para satisfazer as necessidades de saúde de uma pessoa, articulando a comunicação e os recursos disponíveis para promover resultados de qualidade e com boa relação custo efetividade (Brunet, 2007).

O Centro de Atenção de Urgência Extra-hospitalar, geralmente, funciona no mesmo espaço físico do CAP e atende a mesma população no momento em que o CAP está fechado. O objetivo é prestar uma atenção continuada à rede de saúde. No meio urbano, atendem toda a população de várias unidades, funciona no período noturno, aos sábados, domingos e

feriados, em meio rural, atendem a população da unidade básica (Aguilar, 2000).

Além disso, possui um sistema de telecomunicação e de transporte de saúde com ambulâncias ou unidades móvel de emergência, dotado de profissionais de saúde, coordenado por um Centro Coordenador de Urgências, que são estruturas de coordenação de urgência em um território grande, como é o caso de uma CA ou uma área de saúde (Aguilar, 2000).

O Centro de Especialidade Extra-hospitalar é uma estrutura desenhada para realizar consulta e tratamento, através de meios complementares de diagnóstico, análises de eletrocardiogramas, eletroencefalogramas, estudos radiológicos, endoscopias e reabilitação. Estes centros desempenham atividades através dos médicos especializados e da enfermeira, além do pessoal administrativo, com dependência da gerência de atenção especializada de cada área de saúde (Aguilar, 2000).

Os Hospitais são estabelecimentos que têm a finalidade principal de prestar assistência médica, cirúrgica a enfermos ingressados e quando há necessidade, presta atenção ambulatorial e de urgência. São estruturas muito complexas e de alto custo e estão compostos por diferentes áreas: consultas externas, urgência, serviços centrais de diagnóstico, reabilitação, alta tecnologia, serviços de manutenção, lavanderia, biblioteca e docência, áreas administrativas e de direção (Aguilar, 2000).

Concomitantemente a LGS (1986), a LOSEC (1990), a criação SCS sob a denominação CatSalut e, com a diversificação de provedores no âmbito da APS, os Departamentos de Sanidade e Previdência Social, criaram em 1986, o *Programa Vida a los Años* (PVAA) com o objetivo de promover qualidade da atenção no domicílio dos idosos doentes crônicos com dependência e na fase terminal da doença (Espanha, 1986).

Com este fato, o Governo de Catalunha, dá um passo importante para adaptar seus serviços às necessidades assistenciais de uma população com um forte índice de envelhecimento. Este desdobramento vai basear-se não só no fato demográfico do envelhecimento, mas incluiu a promoção de um modelo de atenção próprio, o modelo sócio-sanitário.

O modelo de atenção sócio-sanitário defende a concepção global da pessoa e a necessidade de um enfoque integral, tanto na valoração das necessidades como na implementação de programas de intervenção segundo o modelo de atenção biopsicossocial. Além disso, defende a multidisciplinaridade, imprescindível para uma atenção.

No ano de 1988, após a criação do Departamento de Bem-Estar Social, a atuação do PVAA passou a ser interdepartamental (Departamento Sanitário e de Bem-Estar Social). Neste momento, a tarefa do PVAA se centrou na transformação e reordenação dos serviços que estavam destinados a atender os doentes crônicos, definindo os serviços e promovendo o modelo de organização de atenção e de financiamento que hoje conhecemos.

Ao modelo sócio-sanitário se foram acrescentando diferentes serviços, inicialmente, ofereceram unidades onde o idoso poderia ficar por um longo período, e depois, os Hospitais de Dia. No ano de 1990, foi criado o Programa de Atenção Domiciliária e Equipes de Suporte (PADES)³³ e finalmente, em 1992, as Unidades Funcionais Interdisciplinares Sócio-Sanitárias (UFISS)³⁴.

Em 1999, cria-se a rede de centros, serviços e estabelecimentos sócio-sanitários que, através do Decreto 92/2002³⁵, estabelece a tipologia, as condições funcionais dos centros e serviços sócio-sanitários, fixam as normas de autorização e, regulam os padrões de qualidade que têm que cumprir os centros, serviços e estabelecimentos sócio-sanitários.

O Governo de Catalunha, através do seu Plano de Saúde marca as diretrizes estratégicas para continuar avançando na melhoria do estado de saúde, diminuição das desigualdades e a eficácia dos serviços de saúde e,

^{33,34} Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut (CatSalut). Altres recursos d'atenció especialitzada sociosanitària. Catalunya. [citado 2009 oct 09]. Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/servcat_sociosanitaria_alt.htm

³⁵ España. Decreto n. 92, de 5 de marzo de 2002. Dispone sobre la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización. 2002. España DOGC, de 18 de marzo, p. 4827.

para dar resposta a todos estes desafios que nos oferece a sociedade atual, cria o Plano Diretor Sócio-Sanitário (PDSS) no âmbito da saúde que, com uma periodicidade de três anos, fixa os objetivos de atenção à população e também as ações que farão possível que estes objetivos se alcancem.

A missão do PDSS é melhorar a saúde e a assistência médica das pessoas incluídas às quatro linhas da atenção sócio-sanitária: atenção aos idosos, aos idosos com doença de Alzheimer e outras demências, às pessoas no final da vida e as pessoas com doenças neurológicas que podem cursar com incapacidade. Esta importante ferramenta de trabalho se acompanhará do desenvolvimento dos processos preventivos e assistenciais. Os objetivos do PDSS, no período de 2005-2007 foram:

- Melhorar a atenção às pessoas incluídas no PDSS, desde uma perspectiva integral, definindo intervenções preventivas, curativas, reabilitadoras e de ajuda para morrer dignamente,
- Melhorar a atenção às pessoas idosas e às portadoras de demência desde uma perspectiva de assistência integral da doença,
- Impulsionar um modelo de atenção às pessoas com doenças neurológicas que podem cursar com incapacidade, permitindo adequar os recursos sanitários às necessidades das pessoas afetadas e às suas famílias,
- Melhorar a atenção às pessoas no final da vida considerando aspectos de equidade, de cobertura, de atenção precoce e continuada e de acessibilidade,
- Analisar e propor melhorias em relação à situação trabalhista atual dos profissionais que trabalham no âmbito sócio-sanitário,
- Impulsionar a investigação clínica e a formação continuada no âmbito específico das quatro linhas de atenção (Catalunya, 2006).

A partir dos objetivos do PDSS, foram criadas cinco linhas de atuação:

1. Atenção geriátrica: a estrutura demográfica da população de Catalunha, há anos, tende ao progressivo envelhecimento, diante deste quadro, faz-se necessário impulsionar medidas que garantam o direito a aceder a uma atenção geriátrica de alto nível, nas situações de maior complexidade ou de maior risco, através da atuação de equipes especializadas. De acordo com isto, propõem-se ações dirigidas para melhorar a atenção:

- Aos idosos frágeis e/ou em situação de risco,
- Aos idosos na fase aguda ou subaguda da doença e;
- Ao final da vida desde a atenção geriátrica (Catalunya, 2006).

2. Atenção às pessoas com doença de Alzheimer e outras demências: o deterioramiento cognitivo é um dos principais problemas de saúde nos países

desenvolvidos, devido ao impacto que produzem no doente, na família e nos cuidadores, assim como, na utilização dos recursos sanitários e sociais disponíveis. Em nosso ambiente, a prevalência de demência é do 9,6% e 6,6%, para a doença de Alzheimer, em maiores de 70 anos. Diante do número crescente de pessoas com deterioramiento cognitivo e demência faz-se necessário revisar as atuações na atenção primária e das unidades de diagnóstico para garantir uma atenção integral assim como a continuidade assistencial. Para conseguí-lo se propõe melhorar:

- A atenção na fase diagnóstica, inicial e em fases avançadas,
- A estimulação cognitiva oferecida desde os hospitais de dia,
- A atenção às pessoas com transtornos do comportamento.
- A formação específica dos profissionais da APS,
- A atenção da doença de Alzheimer em pessoas jovens,
- Os centros de diagnóstico e atenção integral ambulatorial de pessoas com demência (Catalunya, 2006).

3. Atenção às pessoas com doenças neurológicas que podem cursar com incapacidade: a incapacidade e a dependência são problemas de saúde

pública que aumentam progressivamente nos países desenvolvidos. As doenças neurológicas que podem cursar com incapacidade têm um grande interesse sanitário, uma vez que geram, durante longos períodos de tempo, sofrimento físico e psíquico, e não só às pessoas diretamente afetadas, mas também aos seus familiares e cuidadores. Conservar e manter a independência da pessoa afetada por uma doença neurológica, pode melhorar a qualidade de vida da pessoa e de seu ambiente e, além disso, pode contribuir para, nos últimos anos de vida, imprimir algumas das manifestações de dependência, que mais recursos consomem, tanto no sistema sanitário como nos dispositivos sociais. As atividades que se propõem nesta linha são:

- Realizar uma análise da situação,
- Melhorar o modelo de atenção às doenças neurológicas e a adoção de recursos, acessibilidade e continuidade assistencial,
- Melhorar a reabilitação e articular um sistema de transporte eficiente e equitativo,
- Impulsionar modelos de suporte sanitário e/ou sócio-sanitário à família ao longo de todo processo da doença, assim como em âmbitos escolares, centros de trabalho e centros de atenção diurna (Catalunya, 2006).

4. Linha de atenção às pessoas no final da vida. Mais da metade, 54% dos catalães morrem nos hospitais (38% em centros de agudos, e 16% em centros de média permanência). Estima-se que menos da metade das mortes têm lugar em lugares adequados para atender a agonia, o acompanhamento familiar e para facilitar o duelo posterior. A consolidação das equipes de curas paliativas que atendem doentes cada vez mais complexos, requer profissionais com melhor formação e experiência profissional e também mais recursos. As atividades propostas são:

- Melhorar os aspectos da atenção a doentes de câncer e promover a atenção a doentes terminais não oncológicos.

- Implementar medidas gerais de atenção no final da vida em âmbitos específicos.
- Desenvolver políticas integrais de atenção no final da vida e favorecer o acesso equitativo em função da complexidade da situação.
- Estabelecer medidas de avaliação da qualidade dos resultados clínicos e da atenção aos indicadores subjetivos (Catalunya, 2006).

5. Linhas de atuação comum ou transversal. Nesta linha propõem-se atividades que afetam às quatro linhas de atenção:

- Sistematizar a atenção e suporte aos cuidadores,
- Implementar os recursos segundo os critérios do mapa sanitário e sócio-sanitário,
- Definir os critérios de formação necessária para cada grupo profissional e nível assistencial,
- Introdução de melhorias para os profissionais do setor. Potencializar a investigação nas quatro linhas de atenção (Catalunya, 2006).

Na Catalunha, para 2010, foi elaborado o Plan de Salud para planificar e avaliar os cumprimento dos seguintes objetivos:

- Aumentar, pelo menos em 10%, a esperança de vida livre de incapacidade nos homens e nas mulheres com a idade de 65 anos.
- Desenvolver e aplicar os protocolos de controle da dor e de outros sintomas na doença avançada em todos os âmbitos assistenciais de Catalunha.
- Reduzir em 5% a incapacidade secundária às lesões produzidas por acidentes (Catalunya, 2009).

O Plan de Salud (2010) se operacionalizou através das equipes do PADES, UFISS, Hospital de Agudos, Residencias, Centros de Día, Hospital de Día e, as Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) nos hospitais.

No PADES, a enfermeira, depois de receber a solicitação do serviço por escrito da enfermeira (de cabeceira) do CAP, realiza contato com a família e planeja a primeira visita. Na primeira visita, realiza uma avaliação biológica, psicológica e social do idoso, e com a equipe, realiza um plano terapêutico. A equipe do PADES é formada pela enfermeira, médico e trabalhador social (Catalunya, 2006).

As UFISS localizam-se dentro dos hospitais gerais ou especializados, são equipes multidisciplinares especializadas (médico, enfermeira e trabalhador social) que apóiam os diferentes serviços do hospital na avaliação e no controle dos idosos, especialmente daqueles que apresentam pluripatologias e síndromes geriátricas, e também daqueles que têm necessidade de coordenação de recursos no momento da alta. Geralmente, a equipe da UFISS recebe o pedido (verbal ou escrito) para avaliar o idoso quando está em vias de ter alta hospitalar (Catalunya, 2006).

As UFISS possuem quatro tipos de unidades: Unidade Respiratória, Paliativa, Geriátrica e Mista. A Unidade Respiratória está voltada para atender pacientes com problemas respiratórios que, quando em alta, necessitam ter todo o suporte no seu domicílio. A Unidade Paliativa é para o paciente que apresenta uma doença em fase terminal e estará em domicílio com sua família e necessita o suporte da família ou cuidador. A Unidade Geriátrica é para o idoso que apresenta uma demência e necessitará de um cuidador que o acompanhe em seu domicílio e a Unidade Mista, em geral faz parte de um hospital de menor porte para realizar as funções de uma Unidade Paliativa e Geriátrica, de tal forma, que atenda às necessidades dos idosos que estão ingressados e estão em processo de alta hospitalar (Catalunya, 2006).

A meta da UFISS é auxiliar a equipe de saúde hospitalária a optar pelo melhor encaminhamento após a alta. Dependendo dos recursos disponíveis, o idoso poderá voltar para seu domicílio, ingressar em um Centro de Dia Sócio-Sanitário ou em uma Residência Sócio-Sanitária (Plan Director Sociosanitario, 2006).

Nos Hospitais Sócio-Sanitários, também encontramos as Unidades de Convalescença, Unidades de Longa e Média Permanência, Unidades de Cuidados Paliativos, Unidades de Psicogeriatría, Hospital Dia, Equipe de Avaliação Integral Ambulatorial (EAIA) em geriatria (Catalunya, 2006).

Na Unidade de Convalescença, está internado o idoso que pode apresentar diferentes patologias, que necessita de recuperação após uma intervenção cirúrgica ou realiza acompanhamento da traumatologia. Geralmente, de 80% a 90% são oriundos do hospital geral e 10% a 20% da APS (Sócio-Sanitária). Estes pacientes são acompanhados pelo Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Médico, Enfermeira e Auxiliar de Enfermagem.

Na Unidade de Internação de Longa Permanência, encontra-se o idoso com doenças e/ou processos crônicos e diferentes níveis de dependência, com diversos graus de complexidade clínica que não podem ser atendidos no seu domicílio. Os idosos apresentam demência severa ou avançada com algum transtorno psíquico. A unidade deve ter ginástica, banheiros adaptados, etc... os trabalhos da Fisioterapia e Terapia Ocupacional tem a função de melhorar ou conservar a autonomia e a reabilitação.

A Unidade de Internação de Média Permanência é destinada aos idosos que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo e sofrem uma perda de autonomia potencialmente recuperável. Necessitam de seguimento no tratamento ou supervisão clínica continuada que, pela sua complexidade, requer intensidade nos cuidados, Nesta unidade, o idoso pode permanecer pelo período de 60 a 90 dias.

A Unidade Internação de Cuidados Paliativos são destinadas aos idosos da oncologia e SIDA, onde são realizados cuidados para a manutenção da saúde e pelas suas dimensões e critérios de planejamento, não podem oferecer estes serviços de uma maneira específica no domicílio (Catalunya, 2006).

A Unidade de Internação em Psicogeriatria, é destinada aos idosos que apresentam algum tipo de demência ou patologia neurológica, necessitam de supervisão e acompanhamento de um médico psiquiatra.

O Hospital de Dia Sócio-Sanitário, em geral, faz parte do Hospital Geral, oferece um serviço ambulatorial de assistência multiprofissional que atende predominantemente aos idosos enfermos, doentes crônicos que requerem medidas integrais de suporte, reabilitação, tratamento, e um seguimento especializado, antes de retornar ao domicílio. É formada pelo Médico, Enfermeira, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Trabalhador Social, Nutricionista e Auxiliar de Enfermagem.

E ainda, conta com o Serviço de Ajuda ao Domicílio (SAD), programa individualizado, de caráter preventivo e reabilitador que articula um conjunto de técnicas de intervenção voltado para o apoio psicossocial e familiar no domicílio dos idosos com algum grau de dependência. Os serviços oferecidos são diversificados, envolvem desde a reabilitação de tarefas domésticas até a atenção pessoal na ajuda com as atividades da vida diária, passando pelo cuidado e o apoio às pessoas com graves graus de dependência, com restrição de mobilidade e, promove atividades de integração social.

O Serviço de Tele-Assistência, consiste no atendimento telefônico ininterrupto, com equipamentos de informática, com o objetivo de permitir que os idosos que vivem sozinhos em seus domicílios mantenham uma comunicação imediata com um centro de atenção que assegurar intervenção rápida em situação de crise pessoal, médica e social.

O Centro de Dia é um recurso sócio-sanitário e de apoio familiar que durante o dia oferece atenção às necessidades básicas pessoais, terapêuticas e socioculturais dos idosos com diferentes graus de dependência, promovendo autonomia e a permanência dos idosos em seu entorno habitual. Oferece serviços de atenção social (acolhimento, relações com a família e orientação), atenção à saúde psicofísica (reabilitação, terapia ocupacional, higiene pessoal, orientação nutricional), socialização e participação social.

As Residências podem ser definidas como centros gerontológicos abertos, de desenvolvimento pessoal e atenção sócio-sanitária multiprofissional. Nelas vivem, temporariamente ou permanentemente, idosos com algum grau de dependência. O objetivo geral de atenção é facilitar a manutenção da autonomia. Nestas residências, as ações de enfermagem se destacam pela sistematização da assistência que está pautada na avaliação da capacidade funcional, cognitiva e, necessidades básicas identificadas na admissão e, posteriormente, a cada seis meses.

Em 1999, nas Ilhas Canárias foi implementado o projeto de Enfermeira Comunitária de Enlace, como resposta à necessidade de potencializar a ATDOM. Nos últimos anos produziu-se uma aceleração na implementação do projeto nas diferentes CA (Brunet, 2007).

A Enfermeira Comunitária de Enlace realiza a transferência de informação e conhecimento no processo de alta dos pacientes ingressados no hospital ou Centro Sócio-Sanitário, incluindo aqueles pacientes que necessitam da ATDOM. Promove a continuidade assistencial no processo de alta, facilita o acesso dos serviços do hospital à APS. A Enfermeira de Enlace faz parte da equipe do Hospital e do Centro Sócio-Sanitário. Estudos realizados mostram que a relação custo-efetividade nos serviços da Enfermeira de Enlace, promove garantia da continuidade da assistência entre o hospital e a comunidade, diminuem de maneira significativa o número de internações e o custo da fase posterior da alta dos pacientes (Brunet, 2007).

Pode-se afirmar que a reforma na APS contribui para a qualidade da assistência e gerou impulso à promoção da saúde, realização de programas preventivos, desenvolvimento de protocolos de atenção às patologias crônicas más prevalentes, aumento da qualidade na atenção domiciliar, promoção do cuidado e o cuidado das pessoas dependentes, a melhora da acessibilidade a toda a população, e o aumento do tempo dedicado a cada paciente (Brunet, 2007).

O modelo de APS que estamos buscando é que seria capaz de manter o indivíduo como centro da atenção, eixo vertebral da organização da APS;

acessibilidade aos serviços; atendimento individualizado e integral de suas necessidades de saúde; oferecer serviços com mais resolutividade nos problemas de saúde da população; introduzir novas técnicas diagnósticas e terapêuticas e incorporar novos serviços, como a podologia, técnicas de relaxamento, acupuntura e serviços de informação (dietas, exercícios físicos, etc.).

1.6 ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado através da Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do SUS por meio da Lei Orgânica da Saúde. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção (Brasil, 1988, Brasil, 1990a).

Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei n. 8.142/1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, e as Normas Operacionais Básicas (NOB), que regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do sistema (Brasil, 1990b).

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora em sua organização a territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde.

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para

promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Brasil, 1996).

Em 1999, a Portaria Ministerial anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e determina aos órgãos e entidades do MS que promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecida. Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (Brasil, 1999).

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria n. 702/2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Brasil, 2002a).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção (Brasil, 2003).

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da ESF que revela a presença de idosos e famílias frágeis em situação de grande vulnerabilidade social e, a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornou

imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Brasil, 2006a).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº. 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da PNSPI (Brasil, 2006b).

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria n. 702/2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria n. 249/2002 (Brasil, 2002b), com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

A finalidade primordial da PNSPI é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais de idade, considerando:

- a) O contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;
- b) Os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;
- c) O conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;
- d) A necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;
- e) O compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomento à saúde e bem-estar na velhice através da promoção do envelhecimento saudável; e criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento e, suprir de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso.

É também alvo da PNSPI, enfrentar os seguintes desafios:

- a) Escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;
- b) Número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da ESF;
- c) A escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- d) A implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materna infantil e não tem considerado o envelhecimento

como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos, por mais tempo.

Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis. A saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social.

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública, os idosos com alto grau de dependência funcional. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas, ampliar a participação social dos idosos na sociedade. Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõem hoje.

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

Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional e social da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa.

Na atenção básica, deveriam existir mecanismos que promovessem a melhoria da qualidade e o aumento da resolutividade da atenção à pessoa

idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do PSF, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, através da utilização de instrumentos técnicos validados de avaliação funcional e psicossocial.

Na atenção especializada, a incorporação de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa, a reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando à integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

Na atenção ao idoso, deveriam ser contemplados fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no SUS. A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido.

A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Grupos de auto-ajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce é sempre preferível às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros.

O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em

questões sociais, ficando, muitas vezes, restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponíveis no local.

Um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva. A partir da avaliação funcional coletiva determina-se a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pela UBS de cada município.

Verifica-se como está distribuída a população adstrita à equipe do PSF, com base no inventário de risco funcional. Nos municípios que não dispõem da ESF, as equipes das UBS poderão ser responsáveis por esse levantamento e acompanhamento. Assim, é possível conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILP), a proporção daqueles com alta dependência funcional – acamados –, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) – como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão – e qual a proporção de idosos independentes. Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima.

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. No trabalho das equipes da Atenção Básica e PSF, as ações coletivas na comunidade, as atividades de

grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social (Brasil, 2006c).

Dentro dessa perspectiva, o Caderno de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa foi construído, tendo como referência o Pacto pela Vida (2006) e as Políticas Nacionais de Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da Saúde e Humanização no SUS. O objetivo deste Caderno é dar uma maior resolutividade às necessidades da população idosa na AB (Brasil, 2006c).

O Caderno de Atenção Básica foi elaborado com a finalidade de oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na AB. Com uma linguagem acessível, disponibiliza instrumentos e promove discussões atualizadas no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população. Tudo foi pensado no sentido de se obter uma abordagem integral para as pessoas em seu processo de envelhecer (Brasil, 2006c).

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050, cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento.

O Brasil, atualmente, possui cerca de 17,6 milhões de idosos. O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida (Brasil, 2006c).

A OPAS define envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 2005).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

Dois grandes erros devem ser continuamente evitados. O primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças. E o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta a medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. O MS adotou a ESF para a organização da atenção básica e estruturação do sistema de saúde. A ESF trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adstrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais.

No trabalho das equipes da Atenção Básica e PSF, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social. Considerando as especificidades apresentadas em relação à Atenção Básica e PSF, este Caderno apresenta instrumentos que auxiliarão a prática dos profissionais que trabalham nesse nível de atenção (Brasil, 2006c).

É sugerido um instrumento de avaliação rápida dos múltiplos sistemas onde, quando detectadas alterações, o profissional será remetido a outros instrumentos que permitirão uma avaliação complementar para o estabelecimento de condutas terapêuticas (Brasil, 2006c).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, também é um instrumento valioso que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terão em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa representam dois importantes instrumentos de fortalecimento da Atenção Básica.

No final da década de 90, a OMS passou a utilizar o conceito de “*envelhecimento ativo*” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (OPAS/OMS, 2005).

A promoção do envelhecimento ativo envolve políticas públicas e modos de viver mais saudável, em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial

em qualidade de vida e saúde. Sua implementação envolve uma mudança de paradigma que deixa de ter o enfoque baseado em necessidades e que, normalmente, coloca as pessoas idosas como alvos passivos, e passa a ter uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apóia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade (OPAS/OMS, 2005).

O MS, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas:

- 1) Atenção à Saúde da pessoa Idosa,
- 2) Promoção da Saúde,
- 3) Fortalecimento da Atenção Básica.

Em relação à Promoção da Saúde da população idosa, a implementação de ações locais deverão ser norteadas pelas estratégias contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tendo como prioridades as seguintes ações específicas (Brasil, 2006d):

- a) Divulgação e implementação da PNPS;
- b) Alimentação saudável;
- c) Prática corporal/atividade física;
- d) Prevenção e controle do tabagismo;
- e) Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- f) Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;

- g) Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- h) Promoção do desenvolvimento sustentável.

A PNPS define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica e o PSF, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos), que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (Brasil, 2006e).

A ESF visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, e deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de PSF atuam;
- Atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade em que atua, buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;

- Ser um espaço de construção de cidadania.

A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Básica e no PSF quer por demanda espontânea, quer por busca ativa, é identificada por meio de visitas domiciliares, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/ familiares, a história clínica – aspecto biológicos, psíquicos, funcionais e sociais – e o exame físico.

Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo (OPAS/OMS, 2005).

Cabe ressaltar que, com base no princípio de territorialização, a Atenção Básica e o PSF deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive, aquelas que se encontram em instituições, públicas ou privadas. Diante do envelhecimento populacional, muitas ações estão sendo planejadas para atender às demandas emergentes.

Nesse contexto, a OMS propôs, em 2004, um projeto denominado “Towards Age-friendly Primary Health Care”, cuja proposta é adaptar os serviços da Atenção Básica para atender adequadamente às pessoas idosas, tendo como objetivo principal a sensibilização e a educação no cuidado primário em saúde, de acordo com as necessidades específicas dessa população (World Health Organization, 2004). São três, as áreas de atuação previstas nesse projeto:

1. Informação, Educação, Comunicação e Treinamento: por meio de treinamento busca-se melhorar a formação e as atitudes dos profissionais de

saúde de modo que possam avaliar e tratar as condições que afligem pessoas idosas fornecendo ferramentas e fortalecendo-as na direção de um envelhecimento saudável;

2. Sistema de Gestão da Assistência de Saúde: organização da gestão do serviço da Atenção Básica, de acordo com as necessidades das pessoas idosas;

3. Adequação do ambiente físico: tornando-o mais acessível para as pessoas que possuam alguma limitação funcional.

Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. Entre 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida (OPAS/OMS, 2005).

O Programa do MS “Brasil Saudável” envolve uma ação nacional para criar políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, o acesso a alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco. Estas questões são as bases para o envelhecimento saudável, um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde (Brasil, 2005).

Nesse contexto, com o objetivo de produzir material informativo e suporte técnico à mobilização da sociedade para a promoção da saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde reproduziu o documento “Envelhecimento Saudável: uma Política de Saúde” elaborada pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da OMS como contribuição para a Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento realizada em abril de 2002, em Madri, Espanha.

Assim, como definido neste documento, acreditamos que a saúde deve ser vista sob uma perspectiva ampla, resultado de um trabalho intersetorial e transdisciplinar de promoção de modos de vida saudável em todas as idades. Cabe aos profissionais da saúde liderar os desafios do envelhecimento saudável para que os idosos sejam cada vez mais valiosos para suas famílias, comunidades e para o país.

O rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores, e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas quando necessário (OPAS/OMS, 2005).

Para promover a atenção integral ao idoso, deveria haver uma coordenação do sistema sócio-sanitário. Esta coordenação é entendida como um conjunto de ações encaminhadas ao sistema sanitário e social para oferecer uma resposta integral às necessidades que apresentam as pessoas idosas dependentes. A atividade de coordenação é compreendida como modelo de intervenção que, de forma conjunta e complementar, busca dar respostas às necessidades que se apresentam (Lesende, 2004).

As bases e critérios da coordenação sócio-sanitária estão presentes em seis princípios:

- 1. Convergência** entre os serviços sociais e sanitários que tradicionalmente têm desenvolvido suas ações de forma paralela e não integrada, sem alcançar as necessidades, e ainda, os serviços sócio-sanitários devem possibilitar a convergência com o sistema de apoio informal.
- 2. Diversidade:** é necessário ofertar as pessoas dependentes uma gama de serviços, a maioria, complementários entre si e de caráter comunitário.
- 3. Complementariedade** entre todos os implicados na atenção: administrações públicas (central, autônoma e local), sistema sanitário e social, iniciativa privada, ONG e setor informal.

4. Interdisciplinária: a participação de diferentes disciplinas na provisão de serviços, deve superar a superposição de intervenções profissionais e oferecer um produto diferente, de caráter global e enriquecido por todas abordagens de cada especialidade.

5. Manutenção em torno: com o objetivo de alcançar a máxima qualidade de vida cotidiana, o modelo de coordenação tem que ser de base comunitária, girando em torno dos serviços sociais e sanitários da APS e complementando com o sistema hospitalar.

6. Garantir a continuidade dos cuidados entre os diferentes níveis assistenciais, sociais e sanitários.

Na Espanha, algumas experiências têm sido desenvolvidas no campo da coordenação sócio-sanitária nas diferentes CA. A coordenação será eficiente se existir uma ampla gama de serviços sanitários e sociais universais e gratuitos, através da descentralização, participação do usuário e sua família.

Em 1978, foi criado o “Instituto de Mayores y Servicios Sociales” (IMSERSO) sob a gestão institucional da Seguridade Social para prestar aos idosos serviços complementares na Saúde, no Trabalho e nas prestações da Seguridade Social. Até 1997, o IMSERSO dirigia sua ação aos idosos e pessoas com incapacidade, sua estrutura estava focalizada para um âmbito territorial de gestão em nível nacional (Espanha, 1978).

O Real Decreto 140/1997, de 31 de janeiro, transformou e ampliou o IMSERSO para Instituto de Migrações e Serviços Sociais, configurando-se uma organização do Instituto por coletivos: idosos, pessoas com incapacidade e imigrantes (Espanha, 1997).

O IMSERSO, junto com o Ministério de Trabalho e Assuntos Sociais desenvolveu o “*Plano de Ação para os idosos*” no período de 2003 a 2007, para realizar um diagnóstico completo da população idosa na Espanha, a partir de seis princípios básicos, dos quais, cinco são das Nações Unidas em favor dos idosos: independência, participação, cuidados,

autorealização e dignidade e, o sexto princípio é sobre a cooperação entre a administração e a sociedade (Catalunya, 2003).

O plano está estruturado em quatro áreas de atuação e propõe dez objetivos gerais. A partir destes objetivos, desenvolveram-se 38 estratégias que se concretizam em 135 medidas (propostas de ação). As áreas, com seus objetivos são:

1. **Igualdade de oportunidades:** promover autonomia e a participação na comunidade com base no princípio de “envelhecimento ativo” e, políticas de proteção a pessoas dependentes.
2. **Cooperação:** cooperação entre as administrações para alcançar os objetivos que exigem atuação conjunta, cooperação e participação da sociedade e, cooperação internacional.
3. **Formação especializada:** de profissionais e dos cuidadores não formais (informais).
4. **Informações e Investigação:** informação integral à sociedade; informação a entidades públicas e privadas; investigação gerontológica e intercâmbio de experiências (estatal e internacional) (Catalunya, 2003).

Tradicionalmente, os planos e programas para os idosos estão integrados com o SS. Nos anos 80, foram aprovados na Espanha 17 Estatutos de Autonomia e todos eles contêm referências aos Serviços Sociais, que são assumidos como competência em seu desenvolvimento e execução por cada CA. Assim, no final da década 80 e início de 90, cada Parlamento Autônomo aprova a sua própria legislação sobre os Serviços Sociais, dedicando objetivos específicos aos direitos e serviços para os idosos (Nistal, Carrillo, Jiménez, 2008).

Posteriormente, cada CA desenvolve normativas concretas para os idosos (mediante decretos, ordens e autonomia) como a CA de Andaluzia, que aprovou a sua própria lei, de Atenção e Proteção aos Idosos. Por este motivo, não foi promulgada uma lei geral estatal sobre Serviços Sociais e, seu desenvolvimento é diferente da saúde, que contou com a LGS estatal em

1986, mesmo tendo o desenvolvimento normativo próprio em cada CA (Nistal, Carrillo, Jiménez, 2008).

Paralelamente e no final dos anos 80, a Direção Geral de Ação Social do Ministério do Trabalho e Assuntos Sociais, impulsiona a descentralização mediante o denominado “*Plano Concertado para o Desenvolvimento de Prestações Básicas de Serviços Sociais nas Corporações Locais*”. Este plano foi firmado, mediante convênio-programa, com todas as CA, em 1988. O Ministério impulsionou a descentralização do SS, mais além dos níveis regionais, acordando-se mediante o “*Plano Concertado*”, onde os serviços básicos ou gerais fossem prestados diretamente pelas prefeituras e outros entes locais (privados ou não) e que, o Estado e cada CA financiariam conjuntamente “uma rede de atenção de serviços sociais municipais que permita garantir prestações básicas aos cidadãos em situações de necessidades” (Nistal, Carrillo, Jiménez, 2008).

Em 1985, a Lei Reguladora de Bases de Regime Local (LR-BRL) promulgava que as prefeituras dos municípios de mais de 20.000 habitantes tivessem competências sobre os Serviços Sociais, estando obrigados a prestar estes serviços. No caso de o município ser de menor população, os serviços da SS devem ser prestados através da “*Diputaciones Provinciales*” (Prefeituras) que podem promover ou subvencionar a criação de comunidades e agrupamento de municípios para prestar o Serviço Social.

A partir do “*Plano Concertado*”, todos os municípios com mais de 20.000 habitantes criaram seus próprios equipamentos e centros de ação social que prestam os Serviços Sociais Básicos, enquanto que, os serviços especializados se desenvolvem com o financiamento e execução desde as CA, como os Centros de Dia, Clubes e Residências de Idosos (Nistal, Carrillo, Jiménez, 2008).

Nas prefeituras é bastante habitual que cada secretaria e cada departamento funcione de forma independente dos demais e não realize uma coordenação política desde cada grupo da população (jovens, adultos e idosos, etc.). Se é difícil a coordenação, mais ainda, será o desenvolvimento de planos integrais, ainda que sejam convenientes para unificar a ação sobre

a população de cada território. Temos que recordar que o município é o único espaço onde se concretizam e desenvolvem todas as políticas de todos os níveis. O idoso e seus familiares demandam recursos e bons serviços, independentemente de que se realize desde o Estado, a CA ou a Prefeitura e suas diferentes Secretarias (Nistal, Carrillo, Jiménez, 2008).

Um exemplo de desenvolvimento da política integral foi o *Programa de Ação Integral (PAI)* planejado pela prefeitura e entidades locais. Na área do idoso, o PAI foi desenvolvido pelo município e integrado à Secretaria de Bem-Estar Social e Serviços Sociais, desenvolvendo propostas para a população idosa do município, a partir do diagnóstico de suas características, necessidades e problemas, através da utilização de uma metodologia de investigação-ação participativa.

É importante que a Secretaria de Idosos interaja com todas as instituições e áreas setoriais municipais para desenvolver objetivos específicos que farão parte das propostas de ação. O quadro a seguir reflete como ocorre a integração do Programa do Idoso com outras áreas de atuação de uma Prefeitura local:

Quadro 1: Integração do Programa do Idoso com diferentes áreas de atuação.

	Áreas de Atuação	Programa de Ação Integral para os Idosos
Áreas no Território	1. Urbanismo, Moradia, Infra-estrutura e obras	Eliminação de barreiras arquitetônicas; moradias adaptadas e construção de um Centro de Idosos.
	2. Circulação e transporte	Ônibus urbano adaptado. Bilhete subvencionado para os idosos. Melhor iluminação e segurança no sistema viário.
	3. Meio Ambiente	Parques adaptados e com jogos para os idosos.
	4. Promoção Econômica, Formação e emprego	Formação para os idosos, encontro e colaboração inter-geração para a criação de empresas locais.
Serviços de Atenção ao cidadão: funcionais e horizontais.	5. Bem-estar Social (Serviço Social - Recursos e Serviços para pessoas em situação de exclusão social, incapacidade, drogo-dependentes)	Desenvolvimento da Lei 39/2006 para a “Promoção da Autonomia e atenção a pessoas em situação de dependência”, Tele-assistência, tramitação de ajudas econômicas, prevenção do alcoolismo e drogo-dependentes.
Departamentos funcionais	6. Educação	Programa de visitas de idosos aos colégios, jogos tradicionais e educação de adultos.
	7. Cultura	Programas de ócio e cultura específicos para idosos e Animação Sócio-Cultural, palestras, história local, filmes, alfabetização informática, participação em festas.
	8. Esporte	Esportes adaptados.
	9. Saúde e Consumo	Educação para a saúde, educação sobre a alimentação, consumo e medicação.
	10. Segurança e Proteção Civil	Campanha educativa sobre segurança, colaboração com Proteção Civil.
	11. Participação cidadã, voluntariado e associações	Criação e formação voluntariado de idosos. Criação de associação (gestão, etc.)
Departamentos horizontais	12. Cooperação e solidariedade internacional	Participação direta em campanhas e cooperação internacional. Difusão sobre problemática dos idosos em países empobrecidos.
	13. Idosos	Organização, Coordenação e colaboração com todas as áreas para a execução e avaliação do Plano Integral.
Serviços Internos e de Regime Interior	14. Recursos Humanos e Administração Interna.	Formação, preparação para a aposentadoria, redução de jornada de trabalho a partir dos 60 anos e contratos de substituição.
	15. Fazenda	Redução, subvenção ou extinção de impostos para idosos com ingressos menores que o salário mínimo.
	16. Relações Institucionais e Comunicação.	Revista Municipal de Idosos, Programas de Rádio e Televisão.

Fonte: (Nistal, Carrillo, Jiménez, 2008).

Na saúde, outras ações estão sendo prestadas para promover a atenção integral. Os profissionais da saúde, estão mais voltados para identificar as necessidades sociais e de saúde, do indivíduo e da família. O envelhecimento produz modificações no indivíduo, desde a perspectiva biopsicossocial.

O “Llibre Blanc de la gent gran activa” (Livro Branco do idoso ativo) faz uma análise exaustiva dos aspectos relevantes como, o aumento progressivo da esperança de vida, e sobretudo livre de incapacidade; adoção do conceito de idosos ativos como ideia que reflete a capacidade para alcançar o máximo desenvolvimento pessoal e social; a relevância das contribuições do idoso na sociedade; a existência de uma série de atividades preventivas que se têm demonstrado eficazes na melhora da saúde dos idosos; a grande disponibilidade de tempo livre que supõe a aposentadoria e a oportunidade para o ócio ativo e produtivo; a necessidade de melhorar a acessibilidade das moradias e a necessidade de favorecer o idoso à adaptação às novas tecnologias. Este livro, apresenta 50 propostas e 14 recomendações para melhorar a vida do idoso (Catalunya, 2002).

O “*envelhecimento ativo*” é o processo de otimizar oportunidades para o bem-estar físico, psíquico e mental durante a vida, para estender a expectativa de vida, a produtividade e a qualidade de vida na idade avançada. Utilizam o termo envelhecimento ativo, primariamente, para expressar a ideia de participação continuada em atividades socialmente produtivas e trabalho útil. A palavra “ativo” se refere à participação continuada em assuntos sociais, econômicos, espirituais e cívicos, não só à capacidade de estar fisicamente ativo (Catalunya, 2002).

Tanto os organismos internacionais como as Secretarias de Saúde revisaram a eficácia das diversas atividades preventivas. O Conselho de Saúde do Idoso criou documento sobre as atividades preventivas mais eficazes: alimentação equilibrada; prevenção de acidentes; atividade física; saúde bucal; acuidade visual; prevenção dos transtornos auditivos; vacinação na idade adulta; abandono do uso do tabaco; controle do excesso de peso; prevenção da desnutrição; controle do colesterol; controle da

hipertensão arterial; prevenção dos transtornos do estado de ânimo; uso racional dos medicamentos e prevenção do câncer (Catalunya, 2002).

Segundo o “*Pla de Salut de Catalunya*” a população tem, majoritariamente, uma boa percepção de seu estado de saúde, que cresce em comparação com o ano de 1994. Apesar da população manifestar boa saúde, temos uma população mais envelhecida e a presença elevada de transtornos crônicos, incapacidades e limitações para realizar as atividades da vida cotidiana (Catalunya, 2009).

Os hábitos e estilos de vida melhoraram em relação com o hábito do tabaco, a realização de atividades preventivas como: controle da pressão arterial, medida do nível de colesterol, realização de mamografias e citologias ou vacinação antigripal (Catalunya, 2009).

A população, em geral, mostra confiança e satisfação com os serviços sanitários utilizados. Nove de cada dez pessoas conhece seu médico de cabeceira e oito de cada dez, o recomendaria. Aumentou a frequência da população nos serviços e o consumo de medicamentos. Constatou-se melhor em relação à prescrição de genéricos, a redução das internações de média permanência e o aumento de cirurgias ambulatoriais. Apesar da redução das listas de espera em determinados procedimentos garantidos, é preciso continuar trabalhando para melhorar a acessibilidade aos serviços. Também se tem que avançar na organização e coordenação dos serviços e na informação que se facilita ao cidadão (Catalunya, 2009).

O “*Pla de Salut de Catalunya*” propôs alguns objetivos para a obtenção de um envelhecimento saudável, até o ano de 2010:

- Aumentar, pelo menos em 10%, a esperança de vida livre de incapacidades nos homens e mulheres com a idade de 65 anos.
- Reduzir em 20% a taxa de mortalidade por caídas acidentais nas pessoas de 65 anos e mais.
- Reduzir em 10% a taxa de mortalidade por reações adversas aos medicamentos às pessoas de 65 anos e mais.

- Reduzir a mortalidade por tétano nas pessoas de 65 anos e mais, abaixo de três casos anuais.
- Reduzir em 20% a incidência de fraturas de fêmur nas pessoas entre 65 e mais.

Reduzir em 10% a prevalência de desnutrição nas pessoas de mais 65 anos e mais (Catalunya, 2009).

A APS faz com que este nível assistencial tenha a responsabilidade de prestar atenção ao idoso, fazer o seguimento dos casos e velar pela continuidade dos serviços, o qual requer o trabalho coordenado dos profissionais da Equipe de APS (médicos, enfermeiras e trabalhadores sociais) e com os níveis especializados e os serviços sociais.

A gestão de casos é uma estratégia assistencial que se baseia na existência de um profissional que atua como referente do caso. Fixam-se os objetivos terapêuticos de acordo com as necessidades individuais dos pacientes e se coordenam as diferentes atuações para facilitar a atenção onde estes se encontram (domicílio, serviços assistenciais, serviços comunitários).

Entre os membros da equipe, considera-se o enfermeiro como o idôneo para se fazer cargo da gestão dos casos. O profissional que administra o caso tem a responsabilidade de fazer o seguimento dos trâmites burocráticos e a previsão a curto/meio prazo das necessidades a cobrir, que incluem ingressos temporários, exames complementares, PADES, longa estadia, comida em domicílio, trabalhador familiar, lavanderia, adaptações do lar e teleassistência, entre outros. A transferência correta da informação, a comunicação efetiva entre os profissionais de atenção primária e dos recursos de atenção especializada e a criação de debate e de comunicação interna nas equipes assistenciais são instrumentos que facilitam a continuidade dos serviços (Catalunya, 2009).

A carteira de serviços da APS, de acordo com este plano, define o conjunto de atividades dirigidas ao idoso para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde, assim como medidas para a melhora da

atenção no centro e no domicílio e, garantir a continuidade assistencial (Catalunya, 2009).

O CatSalut tem entre suas funções adequar a oferta pública de serviços de financiamento às necessidades, expectativas e demandas da população. A carteira de serviços é a ferramenta básica para a adequação da oferta sanitária às necessidades dos assegurados e deve ser integral, adaptável e dinâmica, proporcionar critérios comuns mínimos, facilitar protocolos de atuação para a inclusão e a exclusão de prestações e recursos sanitários de financiamento público e, além disso, deve permitir relacionar as prestações e os recursos sanitários com os objetivos do plano. A carteira de serviços está constituída pelo catálogo de prestações sanitárias e o de recursos assistenciais, grau de aproveitamento público e pelas interrelações entre ambos. O catálogo de prestações sanitárias é a relação estruturada de todos aqueles serviços e prestações que o Catsalut, como seguradora pública, garante a todos os cidadãos da Catalunha.

Na Catalunha, a população de 65 anos e mais se aproxima aos 1,2 milhões de pessoas. No ano 2005, a esperança de vida ao nascer se encontra entre as mais altas do mundo e é de 80,6 anos (77,3 anos nos homens e 83,8 nas mulheres). Mas este ganho de longevidade pode ir acompanhada de transtornos crônicos, incapacidades ou dependência. Assim, ao chegar aos 65 anos, a esperança de vida livre de incapacidade é de 9,6 anos e 8,2 anos para homens e mulheres, respectivamente. Ao mesmo tempo em que aumenta a esperança de vida, também é possível conseguir melhoras no estado de saúde e atrasar a aparição da morbilidade, da incapacidade e da dependência (Catalunya, 2009).

2 REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO

Neste estudo, utilizamos o conceito de “necessidades de saúde” (NS) porque, uma vez identificadas pelos gestores e profissionais de saúde, devem ser atendidas contemplando o princípio da integralidade proposto pelo sistema de saúde (SUS).

Segundo Campos e Bataiero (2007), a complexidade do tema NS e sua relação com os serviços de saúde têm sido abordadas em diversos estudos e, avaliando várias publicações no LILACS, foi possível identificar que 90,4% das publicações *não* abordavam o *conceito* de NS, utilizando o termo no senso comum. As que o abordam têm caráter de reflexão, sendo praticamente inexistentes as que tomam as NS sob a perspectiva da Saúde Coletiva.

Alguns estudos realizados até o momento fazem uma abordagem de NS relacionada aos serviços de saúde e ao processo de trabalho dos profissionais de saúde. Os indivíduos buscam os serviços de saúde para que suas necessidades ou “carências” sejam atendidas.

Para Mendes-Gonçalves (1992), o trabalho humano é definido como transformar “algo” em que havia “antes” em “outro algo” que há “depois”, através de um processo no qual certa quantidade de energia se aplicou. No processo de trabalho, as transformações não são naturais nem casuais, e sim, determinadas como intencionais. O processo de trabalho corresponde a um *carecimento* que o “algo depois” é capaz de satisfazer.

O homem para realizar o trabalho tem subjacente uma finalidade, para satisfazer uma carência. O carecimento é a necessidade que o homem está buscando satisfazer. O processo de trabalho é uma sequência de operações sistematicamente reguladas, efetuadas pelos agentes do processo de trabalho que “trabalham” um objeto de trabalho (matéria bruta, matéria prima, etc.), empregando para tal fim instrumentos de trabalho, por um lado, em produtos próprios a satisfazerem as necessidades humanas (alimentação,

vestuário) e, por outro, em instrumentos de trabalho destinados a garantir o processo de trabalho.

O que diferencia o homem dos outros reinos, é que ele arquiteta em sua mente a construção daquilo que quer transformar, ou seja, suas intenções se exteriorizam sob a forma de persistência na obtenção do que necessita. O homem é capaz de separar o pensar e o e estabelecer as relações entre elas, com isso se apropria das condições do processo de trabalho e por decorrência dos seus resultados (Mendes-Gonçalves, 1992).

O homem não existe, não vive, não trabalha, não se reproduz se não organizado em grupos de homens, os carecimentos do grupo que, transformados em finalidades, guiam todos os processos de trabalho. Desta forma, tanto as necessidades quanto sua objetivação em produtos obtidos por meio de processo de trabalho não são de um só indivíduo para si, mas, para o seu grupo, daí serem necessidades sociais (Mendes-Gonçalves, 1992).

O conceito de necessidade social é tomado como necessidade da sociedade, que não a considera de todos que a compõem. O termo sociedade é englobante, universalizador e insinua que sua estrutura é composta por um grupo de indivíduos homogêneos que estabelecem entre si relações sem conflitos. Segundo Helle (1986) apud Campos (2004), a necessidade social é definida como:

Não totalitária, de média tendência de desenvolvimento das necessidades individuais do correspondente particular, nem tampouco como necessidade pessoal “socializada”, mas, como sistema de necessidades geral, definida por cima dos indivíduos e de suas necessidades pessoais.

Nesse sentido, essa concepção toma as necessidades como se fossem as de todos os indivíduos. A determinação dessas necessidades é feita a partir das necessidades de alguns indivíduos por sobre os outros, sob o manto da “validade geral” definida por esses “representantes” das necessidades sociais, ou seja:

Como encarnação da “universalidade” e da “socialidade”, as necessidades efetivas dos privilegiados ou dos líderes do

movimento social decidem quais dentre as necessidades da classe (quer dizer, da intensa maioria da população) são “justas” e quais “injustas”: desta forma, necessidades da maioria são consideradas como “não verdadeiras” (Heller, 1986 apud Campos, 2004).

Recusa-se, desta forma, a concepção de necessidades fundada pela ideia de igualdade entre as necessidades dos indivíduos, por ocultar que nessa igualdade as necessidades prevalentes são as dos “privilegiados” (Heller, 1986 apud Campos, 2004).

Assim, necessidades sociais são as necessidades atinentes à manutenção desses privilégios, em última instância, necessidades de manutenção e reprodução do modo de produção (Mendes-Gonçalves apud Campos, 2004).

É por isto que se toma necessidade de indivíduos, necessidades que são socialmente produzidas e que podem ser tomadas a partir “da média das necessidades dirigidas a bens materiais em uma sociedade ou classe” (Heller, 1986 apud Campos, 2004).

Na dinâmica da produção social capitalista, a força de trabalho deve estar sempre disponível em quantidade e qualidade adequadas e, portanto, garantir esta possibilidade passa a ser condição vital dessa ordem econômica e social. Por este motivo, uma série de práticas sociais se organizam com a finalidade de controlar a força de trabalho, e entre essas se situam privilegiadamente as práticas de saúde, consolidando a hegemonia do modo de produção (Castanheira, Teixeira, Lima, 1990, Mendes-Gonçalves, 1992).

Neste sentido, de manutenção e reposição da força de trabalho, que se diferenciaram duas vertentes básicas do trabalho em saúde, que de forma não excludente persistem em controlar a doença em escala social (corresponde às práticas de saúde coletiva) e, outra, voltada para a recuperação da força de trabalho já doente (que corresponde às práticas de atenção médica individual) (Castanheira, Teixeira, Lima, 1990).

Partindo do princípio de que o corpo humano adquire uma nova valorização social decorrente da sua condição de força de trabalho, podemos

compreender melhor porque os idosos *não* têm sido historicamente, *objeto privilegiado*, das práticas em saúde, ao menos até os anos recentes.

Quando examinamos mais de perto o sentido dessa “improdutividade” atribuída ao “velho”, que acaba por torná-lo alvo secundário das práticas de saúde, observamos que aí reside o eixo central das *condições negativas* do “ser velho” em nossa sociedade. Em realidade, é essa “improdutividade” que dá o sentido definitivo e inexorável da velhice em nossa cultura.

Nesse sentido, a *negatividade da velhice* é de ordem similar à *negatividade do estar doente*, isto é, do estar incapaz para trabalhar, com a diferença que, ao contrário dessa última condição, aquela praticamente não possui capacidade de “recuperação” e, portanto, de reinserção na produção. Tal diferença se expressa na escolha dos termos que nomeiam estas condições: *ser velho e estar doente*, denotando a irreversibilidade da primeira e a provisoriedade desta última condição. A exceção se faz no caso das doenças crônico-degenerativas, quando se é doente, e que de resto constituiu problemática inseparável da discussão sobre saúde no envelhecimento (Castanheira, Teixeira, Lima, 1990).

Esta questão ganha maior complexidade quando as sociedades em que um grande número de idosos vive uma situação de marginalidade econômica e social bastante acentuada, e onde um processo capitalista agressivo tende a levar à dissolução da família ampliada que, tradicionalmente, amparava seus “improdutivos”, obrigando boa parte desses idosos a permanecerem ativos, trabalhando para sobreviver até o fim de suas vidas. Neste caso, até se poderia aventar a hipótese de que o trabalho em saúde, a cada vez que se voltasse para este grupo populacional, estivesse cumprindo sua missão histórica de recuperação da força de trabalho. De fato para muitos idosos a aposentadoria não representa o afastamento do trabalho, mas a reinserção nele de forma marginal, habitualmente no mercado de trabalho informal. Outros ainda, permanecem executando o mesmo trabalho de sempre, por assim dizer sem direito à aposentadoria,

como é o caso das mulheres que continuam a desempenhar o trabalho doméstico, durante toda a sua vida (Castanheira, Teixeira, Lima, 1990).

No sistema capitalista, não se identificam nos idosos certas características essenciais que dão à força de trabalho, são corpos que apresentam baixa adaptabilidade, baixa versatilidade e baixa capacidade de recuperação. Quando muito podemos dizer que, a prática de saúde participa, e com pequenos poderes, da recuperação de trabalhadores, no sentido de indivíduos a que se assegura a continuidade momentânea de prover sua subsistência. Em outras palavras, essa intervenção acaba por representar uma resposta a necessidades individuais, pessoalmente demandadas, sem o sentido social de reposição da força de trabalho (Castanheira, Teixeira, Lima, 1990).

Velhice e doença aproximam-se assim como condições de mesmo teor: são essencialmente definidas por sua incapacidade de inserção como força de trabalho. Esta proximidade se acentua quando a transitoriedade do *se estar doente* é substituída pela imutabilidade do *ser doente* das doenças crônico-degenerativas. A adjetivação não parece causal ou puramente técnica: degenera-se em relação a um ótimo de existência tido como normal o que se pode referir, de maneira muito semelhante, às doenças crônicas ou ao envelhecimento. É por esta razão que o ato de “recuperar” o doente idoso, pode provavelmente significar uma resposta de base mais individual (Castanheira, Teixeira, Lima, 1990).

A organização das práticas de saúde que historicamente tornaram-se hegemônicas é representada por aquelas voltadas para o indivíduo e baseadas no conhecimento desenvolvido pela clínica, em que o recorte do objeto é o corpo individual, essencialmente biológico e destituído de suas características sociais para o qual se repõem necessidades de saúde também em nível individual.

O aprimoramento das necessidades humanas deixou de ser a primazia do trabalho nas formações sociais capitalistas, à medida que o trabalho humano foi ficando subsumido aos instrumentos de trabalho, por exemplo, às máquinas, e desta forma a atividade pôde ser realizada sem que

o projeto do resultado estivesse guiando e subordinado a vontade do trabalhador.

Nesta forma de trabalho que aliena o trabalhador do seu trabalho, a atividade que garantia a autoprodução e a reprodução da sociedade foi sendo substituída, no máximo, pela garantia da reprodução material. E, assim, o capital, através da organização do trabalho, provocou a cisão entre a produção voltada para o atendimento das necessidades humanas vitais e as necessidades de reprodução de si mesmo (Campos, 2004).

A delimitação do conceito de necessidade no seu sentido concreto, operacional, foi feita pela Economia Política que, ao incorporar o conceito de necessidades da perspectiva antropológica, conseguiu fundi-lo a um sujeito. “A carência, a necessidade de algo é sempre a do sujeito econômico, o homo economicus, esse maximizador de utilidades que se comporta possessivamente frente aos demais gerando assim, uma esfera própria, o mercado” (Stotz, 1991).

Ao se constituir num objeto de intervenção, cuja característica mais singular para o trabalho em saúde é justamente o padecimento crônico e irreversível, o idoso passa a representar uma espécie de consumidor compulsório dos serviços de saúde, cujos instrumentos de intervenção também tendem a ser “cronicamente” aplicados ao objeto, que é modificado na medida mesmo que consome tais instrumentos. Como estes são, via de regra, produtos finais de outros “sofisticados” trabalhos, é que se pode dizer *que é enquanto objeto pronto para receber a ação de instrumentos que os idosos vêm a participar do processo de produção social*. As práticas de saúde não estariam neste caso, conforme já foi caracterizado, repondo força de trabalho, mas, sim “eternos e permanentes” consumidores, que no próprio momento do trabalho consomem os meios empregados por essa atividade (instrumental diagnóstica e terapêutica, medicamentos, médicos, etc.) e, dessa maneira, realizam outros setores da produção social (Castanheira, Teixeira, Lima, 1990).

Nesse consumir parece residir sua principal “produtividade”, pois mesmo não sendo esta uma característica apenas dada na assistência dirigida

aos idosos, esta assistência representa um componente de presença qualitativa e quantitativamente maior que em outras situações do trabalho em saúde (Campos, 2004).

As indústrias de medicamentos e equipamentos médicos representam os setores produtivos de maior peso econômico envolvidos neste processo cujos produtos se realizam através dos serviços de saúde. E da perspectiva destas indústrias, o modelo assistencial que toma o envelhecimento pela cronicidade, e esta última pelo que tem de medicalizável, corresponde à contrapartida de consumo necessária para sua própria condição de existência social: é na produção de uma vida-produto da alta tecnologia que se dá a razão de ser da tecnologia-produto da vida social (Castanheira, Teixeira, Lima, 1990).

Nesse sistema produtor de mercadoria, trabalho e emprego passaram a ser tomados como sinônimos e “o ser social que trabalha deve ter somente o necessário para viver, mas deve ser constantemente induzido a querer viver para ter ou sonhar com novos produtos” (Antunes, 1997 apud Campos, 2004).

Para Stotz (1991) e Mendes-Gonçalves (1992) as NS e necessidades de serviços ficaram articulados, e as NS passaram a designar uma condição que requer serviços de saúde. Com essa concepção, a Saúde Pública apreendeu NS como um conceito “referido a um sujeito abstrato, cujas carências são institucionalmente respondidas pela sociedade” (Stotz, 1991, Mendes-Gonçalves, 1992).

Ou seja, as NS foram tomadas para traduzir a medida do desvio da normalidade, quanto maior o desvio, maior a NS. Dito de outra forma, NS representariam o que é necessário para passar do estado de saúde observado (problema) ao estado de saúde desejado (normal). Essa definição concreto-operacional do conceito de NS assume explicitamente a perspectiva do planejador, técnico ou da instituição que oferece o serviço de saúde (Campos, 2004).

Uma vez que as necessidades concretizam-se nos indivíduos de maneira desigual, o processo de trabalho, do ponto de vista operacional,

deveria ser instaurado a partir do conhecimento das diferenças existentes entre os grupos sociais homogêneos, deveria tomar a satisfação das NS como projeto.

NS, no entanto, estão quase sempre referidas à assistência, representadas pela procura de cuidados médicos e pela oferta de serviços de saúde. O usuário busca ativamente os estabelecimentos de saúde para consumir um produto, no caso a saúde, uma intervenção (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 2000).

Portanto, o resultado dessas intervenções tem sido reconhecido como necessidade e, a partir da solução antevista para cada necessidade, o usuário sabe o que precisará consumir e a busca por essa intervenção fica sempre reiterada. O modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas a resposta às necessidades, mas, imediatamente “contexto instaurador de necessidades”. Assim, há uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta ou a distribuição de serviços e o seu consumo (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 2000).

Para Schraiber, Nemes e Mendes Gonçalves (2000), a organização dos serviços deve ter as NS como o aspecto mais importante, pois suscitam e embasam a configuração geral da sua estrutura. Para os autores, pensar em NS, imediatamente, remete à assistência, pois a imagem mais clara delas está representada pela procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial. Caracterizando essa procura como demanda, uma busca ativa de intervenção que representa também consumo, no caso dos serviços.

Vale ressaltar que, as NS não foram sempre as mesmas para todos os tempos e lugares, mas se modificaram conforme o processo histórico de cada tipo de sociedade. As formas de trabalho encontradas para satisfazê-las também foram se modificando, na dependência de como seus agentes históricos internalizaram tais necessidades, traduzindo-as numa finalidade daquela ação transformadora. Portanto, devemos considerar as NS em níveis

progressivamente mais concretos, enquanto necessidades historicamente constituídas (Castanheira, Teixeira, Lima, 1990).

A origem desta busca é o *carecimento*, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital. Pode ser uma alteração física, orgânica, que o impede de seguir a vida vivendo em sua rotina de vida, ou um sofrimento ainda não identificado fisicamente, ou até mesmo uma situação que reconhece como “uma falta”, algo de que carece, como, por exemplo, uma informação. O resultado das intervenções sobre qualquer desses carecimentos é reconhecido, portanto, como necessidade tornando as próprias intervenções também necessidades (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 2000).

Os autores propõem a instauração de novos sistemas de valores para conhecer outras necessidades, uma vez que, os serviços de saúde conhecem as necessidades do ponto de vista tradicional e do capitalista, e suas técnicas se relacionam ao adoecer humano e à recuperação. Para os autores, existem três possibilidades nesta esfera de valores: evitar a redução de NS a processos fisiopatológicos nas concepções de serviços; revalorizar a busca por assistência progressivamente totalizadora do cuidado e, instituir a dimensão subjetiva através de uma prática cujas relações interpessoais resguardecem o sentido humano das profissões em saúde (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 2000).

O modelo liberal-privatista, ao coisificar a relação trabalhador e usuário, reduz o universo de necessidades e dos saberes a ele referente a um processo sempre previsível e estruturado, tratando os agentes deste processo como não sujeitos e sim como mero cumpridores de rituais. É um ritual nada interessante para ambos, principalmente para o usuário, inclusive empobrecendo a própria visão de problemas e necessidades ao não tratá-las na universalidade em que elas se comportam (Merhy, Campos, Cecílio, 1997).

A situação existencial de ser “velho” passa a ser representada pela situação do “estado de velhice”, enquanto estado virtual em que é a presença das patologias a condição de seu maior atributo. De certa forma, opera-se

aqui a passagem de uma condição que é inexorável para uma relativização de seu “destino”, onde a fatalidade se substitui pela cronicidade, cuja similitude a um patológico transitório, tal qual o estar doente, de outros segmentos etários é garantida pela forma médica de controle sobre os impactos orgânicos do envelhecer. Tudo se passa como se fosse possível, pela medicalização, um retorno indefinido desta condição (Stotz, 1991 apud Campos, 2004).

É deste modo que, em vez de se qualificar positivamente a velhice e assistir o adoecer que lhe é próprio em conformidade com sua situação existencial, termina-se por indefinidamente desqualificar esta última preterindo-se uma intervenção a que se qualifica positivamente exatamente por incidir, e então buscar valorizar, o que há de fato negativo no envelhecimento: as restrições físicas, a carência afetiva, e a dependência econômica e social (Stotz, 1991 apud Campos, 2004).

É por esta razão que tal recorte das NS do idoso termina por construir um projeto de intervenção que leva ao curioso paradoxo de se constituir no espaço de práticas a que cada vez mais se atrelam os idosos para quaisquer problemas da condição de “ser velho”, demandando uma assistência progressivamente medicalizadora e na qual progressivamente também eles próprios medicalizem sua existência social, quando, ao mesmo tempo, é um projeto de intervenção cujo produto pretende, ao contrário, constituir homens idosos cada vez mais independentes, ainda produtivos, de modo a não onerarem o conjunto social (Stotz, 1991 apud Campos, 2004).

O usuário, qualquer que ele seja, espera que a relação trabalhador de saúde-usuário seja capaz de gerar um acolhimento, que permita uma atuação sobre seu sofrimento, o seu problema. Há uma grande expectativa de que o trabalhador, individual ou coletivamente possa resolver resolutivamente o seu problema. Espera que o conjunto de ações de saúde ao qual se dispõe a se submeter lhe traga benefícios (Merhy, Campos, Cecílio, 1997).

Em vez da Clínica e Epidemiologia servirem de instrumentos serviços da qualificação das ações de saúde, junto com outro conjunto de conhecimentos que o trabalhador coletivo de saúde detém, elas se tornam

instrumentos de geração de medicalização, de dependência, de desconhecimentos. O empobrecimento da prática médica tem se feito acompanhar de um nítido empobrecimento da Saúde Pública (Merhy, Campos, Cecílio, 1997).

No processo de produção de serviços de saúde os processos de trabalho deveriam tomar como finalidade atender às NS reveladas na construção dos perfis epidemiológicos dos grupos sociais homogêneos que constituem um território. Para a Saúde Coletiva, atender a estas necessidades deveria significar tomar o conceito da determinação social do processo saúde-doença.

Várias definições têm sido dadas sobre saúde-doença nos meios técnicos e científicos. Mas, é importante deixar claro que a concepção de saúde-doença está diretamente atrelada à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades e a prática da assistência é orientada pela visão que os grupos sociais têm sobre saúde, doença, vida, trabalho e assim por diante.

A concepção mais integral, que diz respeito à associação entre as condições sociais e a produção da saúde, ganhou novas forças em meados da década de 70, sobretudo na América Latina, palco do desenvolvimento de processos de exclusão social, devido à adoção de determinadas políticas de ordem econômica e social. Como resposta a essa situação, na qual a maioria das populações exibe condições cada vez mais precárias em termos de acesso ao consumo e uma vez, despojadas de emprego e de salários, desenvolve-se a Medicina Social. Fruto de este pensar, que buscava uma compreensão diferenciada dos fenômenos sociais inclusive de saúde, consolida-se o desenvolvimento da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença (Brasil, 2001).

A Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença explica como e porque o indivíduo adoece e que este fenômeno ocorre em função de como a sociedade está organizada. Conduz-nos a pensar que a saúde e doença compõem momentos de um processo maior, que se refere à vida das

pessoas, que, por sua vez, está intrinsecamente ligada ao potencial que elas têm ao acesso às necessidades para viver a vida, seja a moradia, a alimentação, a educação, a saúde, o lazer. Em vários momentos da vida pode predominar um dos polos: de fortalecimento ou de desgaste do corpo humano e isso se dá através da manifestação de saúde e doença, como estado de saúde ou de doença (Brasil, 2001).

Essa abordagem que busca a integralidade orienta uma nova intervenção que transcende ao fazer tradicional carregado substantivamente pela Vigilância Epidemiológica que opera na base da História Natural da Doença, que vincula atributos aos integrantes da cadeia da enfermidade, ou seja, o ser humano, denominado hospedeiro, o agente etiológico e o meio ambiente (Brasil, 2001).

Conforme se falou anteriormente, as intervenções aqui são focais e dizem respeito ao restabelecimento do equilíbrio da cadeia. Não se está defendendo aqui que as ações de Vigilância Epidemiológica são errôneas ou desnecessariamente realizadas; ao contrário, aponta-se a forma como a concepção fatorial pode limitar ou reduzir as intervenções em saúde. Isto significa que os resultados da ação realizados podem ser muito pouco efetivos porque se orienta a apenas um fator ou a alguns outros selecionados pelos técnicos de saúde como os “mais importantes, e que devem ser alvo da intervenção” (Brasil, 2001).

Na abordagem da Vigilância à Saúde está se remetendo a uma forma de atuação que tem em vista a cotidianidade, ou seja, o constante aprimoramento da saúde-doença dos grupos sociais. Neste aspecto, consideram-se como objetos de atenção os perfis de saúde-doença dos grupos sociais e as questões que desencadearam os processos de adoecimento/fortalecimento. A atuação, neste caso, não se reduz à espera de sinais alarmantes ou dos denominados eventos sentinelas, mas, da detecção precoce de estrangulamentos ou de nós críticos que evidenciáramos problemas e as necessidades de saúde. Veja-se que estes ganharam uma nova dimensão, pois deixam de ser fatores e passam a integrar o processo de vida (Brasil, 2001).

Neste sentido, a atuação da Saúde Coletiva deve dar lugar à apreensão da forma como os usuários dos serviços de saúde, individualmente ou nos grupos sociais, entendem o processo saúde-doença, uma vez que se deve partir desse marco para superar o entendimento tradicional. Entendendo-se que a doença não está fatalmente subsumida só à exposição ao agente etiológico ou a alguns fatores, é preciso disponibilizar a população como se originam a saúde e a doença. Convém enfatizar que o entendimento da saúde e doença não deixa de lado o conhecimento sobre como ocorrem para além das questões biológicas (Brasil, 2001).

No âmbito do atendimento individual, a consulta de enfermagem é um momento de encontro entre o indivíduo e o profissional de saúde, na visão da teoria da determinação social sobre o processo saúde-doença, é o momento de realizar o “acolhimento” instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas, que significa “escutar” o indivíduo, valorizar suas queixas, identificar suas necessidades e transformar estas informações em objeto de ações. O usuário ao procurar o serviço busca obter o “acolhimento”, um compromisso por parte do trabalhador de saúde e a priorização/necessidades que o leva ao serviço de saúde. Nesse encontro de necessidades, a negociação se torna presente e importante, pois nem sempre a necessidade de um usuário é um problema para o trabalhador e/ou para o serviço de saúde (Brasil, 2001).

Na esfera familiar, o PSF nos propicia maior proximidade com as pessoas e seus modos de “andar na vida”, principalmente através das visitas e dos atendimentos domiciliares, elencados como práticas importantes dos profissionais que atuam no programa. A VD é um instrumento importante para operacional a concepção do processo saúde-doença, significa buscar compreender uma família e a maneira como suas relações contribuem para a existência de processos protetores ou de desgaste para a saúde e a doença. Ou seja, é um instrumento que possibilita a enfermeira identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros que a compõem, como estas formas são socializadas entre os membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior da família, além de

buscar a identificação dessa funcionalidade familiar, a sua prática compreende ainda entender às funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade (Brasil, 2001).

É essencial a compreensão da família como a mais constante unidade de saúde para seus membros. Seu funcionamento reflete a maneira como as necessidades de seus membros são atendidas, pautada em conhecimento e familiaridade com rotinas de cuidado e na capacidade para detectar sinais de doença com base em evidências, muitas vezes, despercebidas aos outros (Brasil, 2001).

A luta pela *integralidade* implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo e trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas. O autor analisa as NS, em particular a potencialidade que tem de ajudar os trabalhadores/equipes/serviços/rede de serviços a fazer uma melhor *escuta* das pessoas que buscam cuidados em saúde, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas (Cecílio, 2001).

O desafio, então seria conseguirmos fazer uma conceituação de NS que pudesse ser aprimorada e implementada pelos trabalhadores de saúde no seu cotidiano. Segundo Cecílio (2001) as conclusões e indicações de Stotz (1991) têm um papel importante quando dizem que as NS são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual (Stotz, 1991 apud Cecílio, 2001).

Outra contribuição importante de Stotz (1991) é a possibilidade de criar uma taxonomia de NS como instrumento de investigação. Cecílio (2001) adotou as seguintes conclusões teóricas de Stotz (1991):

- a) Embora a saúde seja um bem coletivo, que diz respeito a toda a sociedade, a doença tem características individuais. A dimensão social do fenômeno saúde é a síntese das exigências, das condições particulares de cada homem ou mulher;
- b) As NS são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes;

- c) As NS de têm um componente de natureza subjetiva e individual, o que significa admitir, explicitamente, o valor e as implicações decorrentes deste valor: o individual;
- d) NS não é um conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado “livre”, abstraído de suas relações sociais, concretas, nem pela “estrutura” social colocada de forma genérica.

A partir destas reflexões, Cecílio e Matsumoto (1999) criaram uma taxonomia de NS de uma forma mais operacional, enquanto instrumento de pesquisa e, como roteiro para avaliação e organização da assistência. Os autores defendem a ideia de que conceitos descritivos e operacionais adotados em uma taxonomia precisam ser recontextualizados para exprimir a dialética do individual e social. Adotaram uma taxonomia de NS que “dialoga” com distintos enfoques e perspectivas de necessidades de saúde desenvolvidas por diferentes autores, a partir de múltiplas perspectivas teóricas (Stotz, 1991 apud Cecílio, Matsumoto, 2006).

Esta taxonomia tentou dar conta de vários aspectos ou enfoques de NS, trabalhados a partir de diferentes vertentes teóricas das Ciências Sociais que deságuam na constituição do campo da Saúde Coletiva, sejam de cunho mais funcionalista ou mais devedora do marxismo.

A taxonomia trabalha com a ideia de que NS poderiam ser apreendidas, de forma bastante completa, em uma classificação organizada em quatro grandes conjuntos, são eles: necessidades de boas condições de vida; garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” e, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (Stotz, 1991 apud Cecílio, Matsumoto, 1999).

Taxonomia de Necessidades de Saúde (Cecílio & Matsumoto, 2006).

Necessidades de Saúde	Ideias trabalhadas pelos seguintes autores e/ou escolas e/ou modelos de atenção
Necessidades de boas condições de vida	Funcionalismo-humanista: San Martín e Parson Autores marxistas: Berlinguer e Castelhanos SILOS e Cidade Saudável
Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prologuem a vida	Bradshaw, Pineault, Sousa Campos, Neme e Schraiber
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”	Sousa Campos, Merhy e Cecilio Educação em Saúde
Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	Sousa Campos, Merhy e Kloetzel Programa Saúde da Família

2.1 NECESSIDADES DE BOAS CONDIÇÕES DE VIDA

O tema sobre condições de vida aparece no enfoque funcionalista-humanista e marxista. A vertente funcionalista expressa preocupação com as tensões e conflitos da sociedade industrial e no campo da saúde.

Parson é o autor mais representativo do enfoque funcionalista porque se preocupa com as implicações do industrialismo e das lutas das classes sociais, que estão sempre em processo de mudança “interativa”, podendo gerar disfunções, desvios e tensões, levando à doença. A doença é definida como um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano, conduzindo-o a um comportamento desviante, por um lado, tem a dimensão fisiológica e, por outro lado, uma resposta do indivíduo às pressões sociais (Parsons apud Matsumoto, 1999, p. 62).

As NS estão condicionadas a uma normatividade biológica imposta pelo capital e a doença não é apenas um sofrimento individual, mas também um desvio da normalidade biológica socialmente estabelecida (Stotz, 1991).

Segundo Stotz (1991), a maioria, das definições do enfoque funcionalista baseia-se no indivíduo livre, capaz de adotar um comportamento saudável, e perceber sua saúde como um estado de bem-estar e funcionar de acordo com as funções e tarefas para os quais foi preparado.

Para este autor, a saúde “é um fenômeno vital que se manifesta como unidade relacional do natural e do social, do individual e do coletivo, relação dupla e indissolúvel”. Com base no reconhecimento de que a saúde-doença é um produto global de um complexo de associações causais de determinações sociais e, para isto, o autor preconiza a necessidade urgente do desenvolvimento social para atender às necessidades da população (San Martin apud Matsumoto, 1999, p.68).

A saúde-doença é produto global de um complexo processo de determinantes sociais, segundo as circunstâncias e relações orgânicas individuais. O comportamento humano é “multicausal” conformando um sistema estruturado de relações que condicionam mecanismos de respostas diante de circunstâncias determinadas (San Martin apud Matsumoto, 1999, p.70).

Os autores definem sociedade como a coesão social e cultural, expressa no individualismo “massificado” decorrente do processo de despersonalização, característico do capitalismo. A comunidade reflete a estrutura (econômica e social) da sociedade, gerando diferenciações no interior da mesma comunidade. Estes autores são porta-vozes da Saúde Comunitária que tentam fundar as NS à luz do conceito de comunidade e de desenvolvimento humano (San Martin e Pastor apud Matsumoto, 1999, p.66).

O conceito de comunidade foi redescoberto, no século XIX pela Filosofia Social e Sociologia, assentado no capitalismo e projetando-se sobre o protótipo da comunidade, ou família. A família representa historicamente a base das formas mais remotas da comunidade, porém, não a família burguesa, nuclear, e sim, a família camponesa, extensa, a família

com sistema de parentesco, como unidade de produção e conflitos (Niesbet apud Matsumoto, 1999, p.67).

Para os autores, as necessidades são humanas, se desenvolvem, mudam e surgem novas necessidades, sendo algumas negativas para a vida. Ainda no mesmo processo, como implicações das desigualdades sociais, introduzem-se desigualdades na satisfação das mesmas necessidades. Onde se conclui que toda normatividade é histórica (San Martin e Galtung apud Matsumoto, 1999, p. 69).

O enfoque marxista enfatiza o grupo social, ou as classes sociais. Esta corrente se coloca em oposição às correntes que postulam o sujeito individual (ou mesmo comunidade, uma generalidade abstrata na sociedade capitalista). O resultado da luta entre as classes sociais é o que determina o processo de desenvolvimento e mudança na sociedade (Matsumoto, 1999).

A apropriação da capacidade de produzir excedentes, através das forças produtivas, para o interesse de toda a sociedade, depende de uma classe, cujos interesses coincidem com o seu caráter, o que para Marx e Engels (1974) seria a classe operária, o proletariado industrial, a atingir este objetivo (Matsumoto, 1999, p. 71).

Este autor é apontado como o que mais se aproxima da problemática do indivíduo e do sujeito na sociedade capitalista. Em sua obra “A Doença”, há uma preocupação em reconceptualizar a saúde, considerando a visão dos indivíduos doentes, tal como ela se manifesta historicamente (Belinguer apud Matsumoto, 1999, p. 74).

A saúde é um bem coletivo, que diz respeito a toda a sociedade, mas, isto não anula as características individuais das doenças. Pelo contrário, a dimensão social dos fenômenos da saúde é o somatório e é a síntese das necessidades, das exigências, das condições particulares de cada homem ou mulher. Para este autor, a doença é um sinal, expressão da dificuldade na vida de uma pessoa. Trata-se de um sinal coletivo e também individual. A soma e a interpretação da doença podem fornecer muitos dados de natureza econômica e social e, compreender o que ocorre nas várias sociedades

humanas no passado, presente e futuro (Belinguer apud Matsomoto, 1999, p. 75).

Para combater a doença não basta uma ação preventiva específica do tipo técnica, mas é necessário mudar a maneira de viver, de produzir, de relaciona-se entre os homens. Para o autor, a luta pela saúde tem despertado grandes transformações culturais e sociais e se trata de uma maior “solidariedade”, estimulada pela consciência de que as doenças são expressões de conflitos que se resolvem, pode ser expressa na prevenção e nas ações coletivas (Belinguer apud Matsomoto, 1999, p. 88).

Ao se referir à categoria reprodução social, compreende que a reprodução humana implica a reprodução da vida nos momento biológico, econômico, ecológico e ideológico. Esta definição de saúde-doença é destacada porque situa a determinação social e não perde de vista o caráter histórico do processo (Castellanos apud Matsomoto, 1999, p. 88).

A luta pela saúde tem despertado grandes transformações culturais e sociais e trata-se de uma maior solidariedade, estimulada pela consciência de que as doenças são expressões de conflitos que se resolvem, pode ser expressa na prevenção, nas ações coletivas de saúde pública.

A idéia de necessidades de boas condições de vida também está expressa na proposta do SILOS. Deve contemplar a estrutura político-administrativa de um país, ser definida em um espaço populacional determinado, ter em conta todos os recursos para a saúde e desenvolvimento social existentes neste espaço, e responder aos processos de descentralização do Estado e do setor da saúde. Atender às necessidades da população, a estrutura da rede de serviços de saúde e se organizar para facilitar a condução integral das ações (Silva Junior apud Matsumoto, 1999, p. 88).

O SILOS destaca ainda a centralidade das condições de vida ao se referir, por exemplo, à necessidade de adoção de mecanismos de recursos que devem ser orientados para garantir a atenção integral à saúde. Deve-se incluir o saneamento básico ou o desenvolvimento de um novo modelo de atenção que possam aumentar a capacidade de análise da situação de saúde de populações, definidas territorialmente, até o nível de microrregiões,

reorientar os serviços de saúde para o enfrentamento do conjunto de problemas vivenciados por aquelas populações (Matsumoto, 1999, p. 89).

A proposta de Cidade Saudável surgiu em Toronto (Canadá), em 1984. O movimento ganhou adesão de cidades europeias, sob a articulação da OMS, difundiu-se pelo Simpósio de Lisboa, Portugal, em 1986. Tal proposta visa a “construir uma rede de cidades determinadas a procurar, em conjunto, novas maneiras capazes de promover a saúde e melhorar o ambiente” O desenvolvimento da Cidade Saudável toma como diretriz, questões que lembram o tema de boas condições de vida como uma necessidade. A saúde como qualidade de vida visa a superar a visão polarizada da medicina sobre saúde, contemplando as condições de vida e as relações sociais no espaço urbano. A saúde é vista com respeito à vida e defesa do ecossistema e, enfatiza a “intersectorialidade” como principal estratégia de articulação política e operacional na promoção à saúde (Silva Junior apud Matsumoto, 1999, p. 89).

2.2 GARANTIA DE ACESSO A TODAS AS TECNOLOGIAS QUE MELHOREM E PROLONGUEM A VIDA

A ideia da garantia de acesso às tecnologias de saúde para melhorar e prolongar a vida está presente em vários autores, entre os quais se destaca Bradshaw, com sua clássica taxonomia, que tenta mostrar as diferentes perspectivas segundo as quais podem ser definidas as necessidades de saúde: do ponto de vista do planejador, do técnico ou instituição que oferece os serviços, assim como, do indivíduo e coletividade quem vêm à procura de acesso às tecnologias (Bradshaw apud Matsumoto, 1999, p. 90).

A necessidade possui vários conceitos: necessidade normativa; sentida; expressa e comparativa. A primeira é aquela em que o técnico de saúde, profissional ou administrador compreende que deve ter relação a uma determinada norma. Quando os indivíduos não respondem a esta norma, são considerados estados de necessidade. A necessidade sentida refere-se à

percepção que as pessoas têm sobre seus problemas de saúde e que buscam os serviços para resolvê-los. A necessidade expressa é aquela em que os indivíduos expressam quando buscam o serviço, ou não, e a necessidade comparativa, é quando se comparam as necessidades individuais entre grupos com as mesmas características (Bradshaw apud Matsumoto, 1999, p. 90).

Pineault elabora também uma taxonomia na qual o estado de saúde pode ser descrito por diferentes códigos de morbidade, nos quais o usuário ou a coletividade vêm à procura de acesso tecnológico, qual seja: morbidade sentida, diagnosticável; diagnosticada e real. A morbidade sentida corresponde à necessidade sentida pelo indivíduo a partir da percepção de sintomas ou de moléstias. A diagnosticável é quando a morbidade é objeto de um diagnóstico, a morbidade diagnosticada representa a visão de que tem o profissional sobre o problema ou estado de saúde do indivíduo e a real, corresponde ao verdadeiro estado de morbidade do indivíduo ao buscar a tecnologia (Pineault apud Matsumoto, 1999, p. 90).

A NS é uma deficiência do indivíduo diante de um problema. Neste sentido, a necessidade representa o que se quer para solucionar o problema identificado, é o desvio ou a diferença entre o estado ótimo, definido de modo normativo. A necessidade se mede estimando o desvio em relação à norma: quanto maior é o desvio, mais importante é a NS (Pineault apud Matsumoto, 1999, p. 90).

Em cada uma dessas taxonomias, pode-se reconhecer que, implicitamente, fala-se de necessidades identificadas pelos técnicos ou pessoas potenciais, indivíduos do sistema, traduzidas em demanda, da mesma forma em que se está tentando qualificar como os serviços de saúde estão dando conta de lidar com estas demandas.

Partindo da taxonomia, pode-se ver que para fazer frente aos diferentes tipos de NS deve-se lançar mão tanto das ações de caráter mais coletivo como do atendimento à demanda espontânea por atendimento clínico; ou ainda, que para se garantir acesso a todas as tecnologias para

melhorar e prolongar a vida pode-se trabalhar a partir de uma abordagem mais coletiva ou individual (Cecílio, Matsumoto, 2006).

As ações de caráter coletivo podem se compreendidas a partir da ação programática. Segundo os autores:

“A base tecnológica da ação programática implica na utilização de diagnósticos coletivos na definição dos produtos do trabalho, a rigor, portanto, o conhecimento epidemiológico dirige a escolha dos objetos de trabalho”. Quer dizer que há uma priorização, uma supremacia de alguns objetos sobre outros (Nemes, Schraiber apud Cecílio, Matsumoto, 2006).

Falar em necessidade de acesso a todas as tecnologias disponíveis inclui, para além das necessidades captadas no plano coletivo, através da Epidemiologia, a concepção da necessidade individual tal qual apresentada por Sousa Campos (1994). O autor defende a ideia de que não há oposição entre a Clínica e a Epidemiologia, ao afirmar que “não há sentido em opor radicalmente estas duas disciplinas, nem atribuir à clínica uma base exclusivamente médica, e a Saúde Pública uma Epidemiologia” (Sousa Campos, 1994, Cecílio, Matsumoto, 2006).

Para Sousa Campos (1994) as necessidades e demandas individuais são expressas pela procura espontânea por serviços de saúde e,

[...] esta demanda também traduz as aspirações da sociedade por novos padrões de direitos sociais: o direito à vida saudável, ao alívio da dor, a uma velhice ativa e prazerosa. E que o desenvolvimento desta nova consciência tem uma dinâmica que nenhum diagnóstico epidemiológico é capaz de conter: que nenhum Conselho Popular é capaz de representar completamente, a não ser quando a instituição pública for capaz de criar mecanismos para captar reivindicações e desejos, expressão do movimento de milhões de pessoas que procuram conforto e ajuda, e que o mercado tão bem aprendeu a respeitar e a manipular (Sousa Campos apud Cecílio, Matsumoto, 2006).

Segundo o relatório da “VIII Conferência Nacional de Saúde”, em sua primeira parte sobre o tema “Saúde como direito”, tem início com a defesa de um conceito bastante amplo de saúde. Nele se afirma:

Direito à saúde significa garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em

todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (Conferência Nacional de Saúde, 1986, p.4).

Nota-se que entre as condições dignas de vida, inclui-se o acesso aos serviços de saúde. Essa articulação se torna mais evidente quando, naquele mesmo relatório, pouco adiante, discriminam-se as consequências para o Estado da visão ampliada da saúde e da noção de direito defendidas. Deste conceito ampliado de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir:

- Trabalho em condição digna, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- Alimentação para todos;
- Moradia higiênica e digna;
- Educação e informação plenas;
- Qualidade adequada do meio ambiente, transporte seguro e acessível;
- Repouso, lazer e segurança;
- Participação da população na organização, gestão e controle dos serviços;
- Acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis (Mattos, 2005).

Desses itens, apenas dois se referem às ações e serviços de saúde, que aparecem como ações setoriais. Os demais envolvem políticas diversas que contribuem para promover condições dignas de vida. O pleno exercício do direito à saúde implica a garantia de ambas as dimensões. De fato, nessa concepção, o direito de acesso aos serviços de saúde constitui uma das dimensões das condições de vida digna (Mattos, 2005).

Neste contexto, a luta pela conquista social do direito à saúde precisa se dar um duplo movimento: de um lado, há que se resgatar a luta pelas

políticas públicas que, para além do setor saúde, se voltem para a melhoria das condições de vida de nossa gente; de outro, há que se aprofundar a luta pela conquista do direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, pautado pela perspectiva da participação popular e da integralidade das ações (Mattos, 2005).

Entretanto, são ainda grandes os desafios para garantia efetiva do direito ao acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde. Para a discussão, são indicadas três questões de grande relevância no debate atual do SUS:

1. Há problemas no financiamento do SUS: relativos à insuficiência relativa de recursos. Tanto no Legislativo quanto no Executivo há defensores da redução de recursos que deveriam ser destinados ao SUS, na tentativa de deslocá-los para outros programas capazes de melhorar as condições de vida das pessoas;
2. Diante da dificuldade de financiamento, e no contexto de uma expansão do acesso aos serviços de saúde, alguns gestores adotam práticas de racionamento da oferta de serviços e de insumos, sobretudo aqueles de maior custo: criando protocolos e critérios para acesso/utilização dos mesmos;
3. Como o reconhecimento do direito ao acesso às ações e aos serviços de saúde que são necessários ainda não se concretiza para todos, os movimentos que se organizam em torno da defesa de certos grupos ou causas específicas (pessoas que vivem com certas doenças, ou o próprio movimento feminista) vêm lutando para o reconhecimento e a garantia de direitos específicos: a importância crescente destes movimentos aparece no interior dos conselhos e das conferências de saúde, em articulação com os Técnicos do executivo, pelos projetos de leis e pelas leis aprovadas no Legislativo (Mattos, 2005).
4. Como construção e prática social, a integralidade ganha riqueza e expressão, porque reúne os valores que as pessoas defendem, todo mundo quer minimamente ser bem tratado, ter acesso aos serviços de saúde com qualidade.

2.3 NECESSIDADES DE AUTONOMIA E AUTOCUIDADO NA CONSTRUÇÃO DO “MODO DE ANDAR A VIDA”

Sousa Campos (1994) partindo das ideias de Canguilhem reflete que “curar alguém seria sempre lutar para a ampliação do Coeficiente e Autonomia dessa própria pessoa” e que o objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida (Sousa Campos, 1994, Cecílio, Matsumoto 1999, p. 97).

Nesta medida, tal projeto pressupõe demonstrar que a passividade do paciente ou da comunidade é em geral um empecilho à cura, à prevenção e à promoção da saúde, que esta é uma forma mais contundente do combate à medicalização do que, a introdução no discurso da saúde e nas práticas médicas, do tema autocuidado (Sousa Campos, 1994, Cecílio, Matsumoto 1999, p. 97).

Para Sousa Campos (1994) o objetivo das instituições de saúde seria a ampliação da capacidade de autonomia das pessoas. Para que tal objetivo seja cumprido, é necessário compreender que a doença ou risco de adoecer pode cobrar das instituições um apoio de longo curso para a construção desta autonomia, o paciente curado depende de uma combinação de técnicas de apoio individual (fármacos, reabilitação etc.) como outras, de feição sociocultural (convivência, capacitação para o trabalho). Portanto, devem ser repensadas a desinstitucionalização e a desmedicalização (Sousa Campos apud Cecílio, Matsumoto 1999, p. 98).

A necessidade de autonomia é muito trabalhada no campo da Educação em Saúde. Stotz (2007) nos esclarece que “a forma renovada do positivismo, o marxismo e a fenomenologia constituem as linhas fundamentais do pensamento que informam as abordagens de Educação em Saúde”. Estas poderiam ser classificadas em quatro vertentes filosóficas, a

saber: enfoques educativos, de desenvolvimento pessoal, preventivo e radical (Stotz, 2004).

No enfoque educativo, seus defensores enfatizam o “lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade”, propondo, no campo da ação, o princípio da informação sobre os riscos à saúde. O sujeito da ação é o educador, que deve “compartilhar” e explorar as crenças e os valores dos usuários dos serviços a respeito de certas informações sobre o serviço, bem como discutir suas implicações práticas (Stotz, 2004).

O enfoque de desenvolvimento pessoal adota as mesmas proposições do educativo, aprofundando-as no sentido de aumentar as potencialidades do indivíduo. É essencial facilitar a informação, desenvolver destreza para a vida, ser positivo consigo mesmo e de saber trabalhar em grupos (Stotz, 2004).

De forma geral, o enfoque de educação sanitária dominante nos serviços de saúde é o preventivo, cujos pressupostos são que o comportamento do indivíduo está implicado na etiologia das doenças modernas (crônico-degenerativas) comportamento visto como fator de risco (dieta, falta de exercício) e também o de que os gastos com a assistência médica têm alta relação em termos de custo-benefício (Stotz, 2004).

O enfoque radical parte do propósito de que as condições de vida e estrutural social são as causas básicas dos problemas de saúde. A educação sanitária, segundo este enfoque, é visualizada como uma atividade cujo intuito é facilitar a luta política pela saúde, envolvendo o Estado. A intervenção pelas medidas legislativas, normativas e outras, pode modificar as condições patogênicas (Stotz, 2004).

O autor concluiu que há necessidade de combinar enfoques diferentes e procurar uma síntese que incorpore aspectos de distintas abordagens pelos educadores sanitários. Cabe ressaltar a importância dos educadores sanitários, pois as relações entre o indivíduo e social não são facilmente percebidas e compreendidas pelos indivíduos. Ressalta, ainda que, a dimensão do sofrimento individual e do direito das pessoas à saúde não deve ser secundarizada (ou mesmo esquecida) pela ênfase dada ao

caráter social da doença e das necessidades de políticas públicas na área (Stotz, 2004).

Ao refletir acerca da natureza do encontro que se estabelece entre o trabalhador da saúde e o usuário no serviço, se configura, por um lado, a produção de relações de escutas e responsabilização, constituição de vínculos e de compromissos em projetos de intervenção. Por outro, conforma o encontro das necessidades e processos de intervenção tecnologicamente orientados, implicados com a manutenção e/ou recuperação de certo modo de viver a vida. Ambos os sentidos remetem a processos de produção em saúde no qual o acolhimento adquire uma experiência significativa (Franco, Bueno, Merhy, 1999).

Sem dúvida, o usuário tem uma esperança de que as ações de saúde consigam melhorar a sua vida, e lhe dar mais capacidade para enfrentar os problemas que ele tem diante do seu cotidiano. Ele espera ir se tornando cada vez mais sabido, para ir resolvendo, por si, parte de seus sofrimentos e para ir solucionando parte dos obstáculos que lhe tem causado problemas. Ou seja, o usuário tem interesse em ser cada vez mais autônomo diante do seu caminhar na vida (Merhy, Sousa Campos, Cecílio, 1997).

A relação usuário e trabalhador é presidida por um conjunto de expectativas por parte do usuário que, no modelo liberal-privatista, médico-hegemônico, em que o trabalhador está alienado/fetichizado, não contribui para que o usuário ganhe mais grau de autonomia. O trabalhador terá que mudar sua relação com o conjunto dos saberes e com os outros trabalhadores (Merhy, Sousa Campos, Cecílio, 1997).

Mesmo quando consideramos os problemas de saúde do ponto de vista da sua manifestação coletiva, estas questões estão presentes. Deseja-se capacidade resolutiva das ações de saúde, e que estas necessariamente se traduzam em ações efetivas e que satisfaçam os usuários coletivamente. Inclusive que aumentem suas capacidades de interferir nos riscos as quais estão submetidos, tornando-os mais autônomos diante da vida (Merhy, Sousa Campos, Cecílio, 1997).

As práticas de saúde realizadas neste contexto, produzem trabalhadores altamente dependentes daquelas atividades-meios e pouco atentos às finalidades das ações de saúde, na busca da obtenção de um usuário mais autônomo e mais saudável (Merhy, Sousa Campos, Cecílio, 1997).

Segundo Siqueira-Batista (2004), um outro aspecto deve ser analisado sobre a autonomia no campo da bioética. Este princípio apresenta algumas limitações que restringem a aplicação do conceito: a possibilidade, sempre real. Especialmente, países como o Brasil, com déficits educacionais significativos e onde os indivíduos apresentam dificuldades em compreender as alternativas que se lhes apresentam, e optar pela mais adequada. A obediência às normas de conduta, socioculturalmente determinadas, que condicionam e restringem a liberdade de agir; a existência de conflitos entre os princípios de autonomia, justiça, maleficência ou beneficência e, a assimetria nas relações entre profissionais da saúde e pacientes, podem implicar em um “choque” entre a autonomia do enfermo e a responsabilidade profissional.

Sem discordar das restrições que se impõem ao pleno exercício da autonomia, acreditamos que é possível operar nos limites de suas fronteiras. Parece razoável, por exemplo, respeitar o papel ativo do indivíduo na conformação de seus itinerários terapêuticos. É possível também distinguir os limites entre uma intervenção de caráter sanitário de uma imposição de certo modo de pensar e viver a vida. Esses fundamentos não parecem facilmente assimiláveis pelos trabalhadores da saúde, inclusive entre aqueles que atuam no PSF (Siqueira-Batista, 2004).

As relações entre profissionais do PSF e os usuários não têm conseguido avançar na perspectiva dialógica. Foi observado que sob o pretexto de “conscientizar” os usuários, se lhes tenta impor um código de condutas. São prescrições guiadas exclusivamente pela racionalidade técnico-científica à qual se vincula o profissional. Verifica-se também a dificuldade das equipes de PSF em compreender e integrar o saber e as práticas populares em saúde, assimiladas pelas famílias que elas atendem

que configuram um ponto de tensão nas relações entre profissionais das equipes e das famílias (Santos, 2005).

Observamos que muitas alternativas e caminhos para o cuidado integral estão sendo apontados por grupos religiosos, trabalhos desenvolvidos em organizações não governamentais, associações comunitárias, movimentos sociais, grupos de promoção da saúde, entre outros que se inserem na categoria de apoio social.

Segundo Valla, Guimarães e Lacerda (2004) o apoio social pode ser entendido como os diversos recursos emocionais, materiais e de informação que os sujeitos recebem por meio de relações sociais sistemáticas, incluindo desde relacionamentos de maior densidade social, como os grupos e redes sociais. Trata-se de um processo recíproco, isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece apoio, o que permite que ambos tenham uma sensação de coerência de vida e maior sentido de controle sobre a mesma.

Pois, se compreendemos que na discussão sobre processo saúde-doença deve-se incluir a relação entre sujeito e ambiente, entendemos que no ambiente coexistem fatores psicossociais que podem atuar como estímulos nocivos e outros como, apoio social, protegem a saúde física e mental. Assim, a carência de contatos sociais e a sensação de falta de controle da própria vida têm forte influência no adoecimento e sofrimento (Lacerda, Valla, 2004).

Deslocando a centralidade da doença, em nossa análise, pode-se observar que a origem do sofrimento pode estar associada à perda de papéis sociais, a situação de relacionamentos significativos e pelos eventos estressantes da vida, tais como risco de desemprego, fome, precárias condições de vida e a violência. Desta forma, a origem do sofrimento nem sempre é o que os sujeitos profissionais identificam; é necessário escutar e saber o que os sujeitos sentem e sofrem. Assim, o trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais e pacientes em rede podem ampliar o cuidado e fortalecer as redes de apoio. O modelo biomédico se afastou dessa

perspectiva, sendo necessário resgatar na formação dos profissionais de saúde esta dimensão (Lacerda, Valla, 2004).

Por meio das atividades de apoio e grupos de apoio social, os sujeitos são estimulados a compartilhar as experiências profissionais, tanto agradáveis como as que geraram dor e sofrimento, favorecendo assim, a troca, a reciprocidade e o cuidado mútuo. Esses sentimentos de pertencer a um grupo social e de encontrar ressonância com as dores dos outros, auxilia os sujeitos a buscar soluções que até então não haviam sido pensadas, para resolver ou aliviar os conflitos e sofrimento (Lacerda, Valla, 2004).

Se de um lado, o apoio social oferece a possibilidade de realizar a prevenção através da solidariedade e apoio mútuo, de outro, oferece também uma discussão para os grupos sociais sobre o controle do seu próprio destino e autonomia das pessoas perante a hegemonia médica, através da “nova” concepção do homem como uma unidade (Valla, Guimarães e Lacerda 2004).

2.4 NECESSIDADES DE TER VÍNCULO COM UM PROFISSIONAL OU UMA EQUIPE DE SAÚDE

A necessidade de ter vínculo com um profissional ou com uma equipe de saúde é trabalhada no modelo tecno-assistencial, “Defesa da Vida”, desenvolvido pelo Laboratório de Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp (LAPA) (Merhy, Sousa Campos, Cecílio, 1997).

O “vínculo” profissional de saúde com o paciente proporciona eficácia no tratamento e valoriza a construção de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes. Somente haverá vínculo entre dois sujeitos quando o paciente assume a condição de sujeito que fala e julga sem o que não se estabelecerão relações profissional/paciente adequadas (Sousa Campos, 1994, Cecílio, Matsumoto, 1999, p. 94).

Sousa Campos (1994) trabalha com a noção de vínculo doente/família como responsabilidade de uma equipe, em que o vínculo do doente/família não ocorreria exclusivamente de um único profissional e, durante esse processo poderíamos trabalhar com um contrato de cuidados, direitos e deveres. O contrato significa a explicitação de um projeto terapêutico, em que sejam considerados elementos técnicos, possibilidades de acesso, de intercâmbio usuário/serviço (Sousa Campos, 1994, Matsumoto, 1999, p. 95).

Para Merhy (1994), é no cotidiano do nosso trabalho que construímos um novo agir orientado pelo vínculo efetivo entre usuário e trabalhador, na busca da garantia do acesso do usuário às ações de saúde e à oferta de tecnologia para enfrentar os diferentes problemas de saúde (Cecílio, Matsumoto, 1999, p. 95).

Merhy (1999) ao discorrer sobre as tecnologias assistenciais chama a atenção para as tecnologias leves que ocorrem por meio do trabalho vivo em ato, num processo de relação trabalhador e usuário em que há um “encontro entre duas pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetividade em alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas, interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro (Merhy apud Madeira et al., 2007).

Estas ações nos remetem à reflexão sobre a forma como o cuidado tem sido realizado no cotidiano dos serviços de saúde. Deve-se pensar que todo cuidado é produzido por meio de atos de saúde e que estes nem sempre consideram as necessidades dos usuários, sendo, portanto, centrados muito mais nos procedimentos do que nas necessidades do sujeito (Merhy apud Madeira et al., 2007).

Vale ressaltar que há necessidade de criar uma cultura institucional do trabalho em equipe multiprofissional em todos os tipos de serviços (unidade básica, serviço especializado, hospitais, serviços de emergência), considerando que a organização do trabalho em equipe busca responder ao

desafio da integralidade da saúde e que a responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento é de todo o sistema (Peduzzi, 2007).

Para Kloetzel (1999) o vínculo médico/paciente consiste numa parceria que, além do componente puramente técnico, é acompanhado de uma boa dose de envolvimento emocional, como ocorre entre amigos, entre as pessoas. Em poucas palavras: por parte do médico tal movimento se traduz por duas distintas atitudes: gostar da profissão e interessar-se pela pessoa do paciente (Kloetzel apud Matsumoto, 1999).

Para Pinheiro (2005) a escuta é um quesito fundamental para apreender as NS, considerando-se a alteridade do usuário, respeitando-se a diversidade humana, cultural, social e é de compreensão do processo saúde-doença, ao mesmo tempo em que, é uma oportunidade de construção de caminhos para mudança na clínica.

O MS, considerando que as reformas administrativas, políticas e organizativas do setor saúde não se concretizam na transformação da prática sanitária brasileira, vislumbra na estratégia do PSF e PACS, meios possíveis no processo de reorganização da atenção básica, com forte ênfase na idéia da criação de vínculos e responsabilização da equipe com a população (Cecílio, Matsumoto, 2006).

O PSF *não* significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim, a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde, integralidade e hierarquização. A USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e sejam asseguradas à referência e contrarreferência para os diversos níveis do sistema, sempre, que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

O acolhimento é uma proposta de intervenção para atender à demanda espontânea e visa à responsabilização pelos usuários dos serviços

de saúde por meio do estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população (Fracolli, Zoboli, 2007).

A utilização da taxonomia de NS de Cecílio e Matsumoto (2006) tem sido utilizada pelas equipes locais e gerenciais, em processos de avaliação de serviços, capacitação dos profissionais e no planejamento da rede básica. Pode-se dizer que tem servido como um bom instrumento de reflexão, sensibilização dos profissionais e tem contribuído para a definição de novas estratégias de organização da assistência.

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 GERAIS

- Analisar o entendimento dos gestores, profissionais de saúde e idosos acerca de necessidades de saúde e atenção integral na Atenção Primária de Saúde.
- Realizar estudo comparativo da atenção integral na saúde do idoso, no sistema sócio-sanitário, dos Municípios de Santos/Brasil e L'Hospitalet de Lobregat/Espanha.

3.2 ESPECÍFICOS

- Analisar o entendimento de necessidades de saúde e atenção integral dos gestores e profissionais de saúde que trabalham na APS.
- Analisar o entendimento de necessidades de saúde e atenção integral da população idosa que utiliza a APS.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 MÉTODO

Esta pesquisa trilhou os caminhos da investigação qualitativa para compreender a opinião dos gestores, profissionais de saúde e idosos sobre necessidades de saúde e atenção integral.

Para reunir as *opiniões* individuais e do coletivo, utilizamos a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que, através de um software (Qualiquantisoft) desenvolvido no ano de 2000, conferiu grande versatilidade e agilidade em *inquéritos de opinião* com grande massa de indivíduos e com controle de variáveis quantitativas e qualitativas (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

O DSC é uma metodologia de preparo e processamento da matéria-prima dos depoimentos que revela o que pensam as coletividades sobre determinado fenômeno. Neste estudo, objetivou-se saber o que um conjunto de indivíduos pensa sobre a atenção integral na saúde do idoso, por este motivo, foi coletado um número variado de depoimentos para representar a produção do coletivo.

A técnica do DSC busca dar conta da discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservá-la em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração das perguntas, passando pela coleta e processamento dos dados até culminar com a apresentação dos resultados. Vale ressaltar que, os discursos individuais não são generalizados para gerar um pensamento coletivo e sim, somados (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

Quando se trata de pensamento de um indivíduo ou coletividade, nos remete a descrever os atributos ou qualidades destes sujeitos. As pessoas têm ideias, opiniões, crenças e valores que podem ser investigadas, cientificamente e sistematicamente, da mesma forma que se investiga o peso ou a altura. Quando se diz que uma pessoa ou uma coletividade têm um

pensamento sobre um dado tema, está se dizendo que ela professa ou usa, um ou vários discursos sobre o tema (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

Para obter as descrições de pensamento é preciso fazer perguntas abertas ou utilizar roteiros, deixando o indivíduo se expressar livremente para produzir os discursos. Ao realizar a pergunta aberta, é preciso juntar os discursos individuais. O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, papers, artigos de jornal e cartas, que consiste, basicamente, em analisar o material verbal coletado extraindo-se de cada um dos depoimentos, as ideias centrais e/ou ancoragens e as suas correspondentes expressões-chave; com as expressões-chaves das ideias centrais ou ancoragens semelhantes compõem-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

O DSC se expressa, então, através de um discurso emitido no que se poderia chamar de *primeira pessoa (coletiva) do singular*. Trata-se de um “eu” sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse “eu” fala pela ou em nome de uma coletividade. Esse discurso coletivo expressa um sujeito coletivo, que viabiliza um pensamento social: como afirma Geertz: a sociedade ou as culturas podem ser lidas como um texto (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

Os autores do DSC partem de um pressuposto socioantropológico: o pensamento de uma coletividade sobre um determinado tema pode ser visto como um *conjunto dos discursos* ou *formações discursivas* ou, *representações sociais* existentes na sociedade e na cultura sobre esse tema, do qual, segundo a ciência social, os sujeitos lançam mão para se comunicar, interagir e pensar (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

Partindo-se do suposto que o pensamento coletivo pode ser visto como um conjunto de discursos sobre um dado tema, o DSC visa a dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social. O DSC é, em suma, uma forma ou um expediente destinado a fazer a coletividade *falar* diretamente (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

Para confeccionar os DSC foram criadas as seguintes figuras metodológicas: expressão-chave (ECH), idéia central (IC), ancoragem e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conforme abaixo:

- Expressão-chave (ECH): são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso que devem ser sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador, e que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento (que, em geral, correspondem às questões de pesquisa). Busca-se aqui, o resgate da literalidade do depoimento. Esse resgate é fundamental na medida em que, através dele, o leitor é capaz de comparar um trecho selecionado do depoimento com a integralidade do discurso e com as afirmativas reconstruídas sob a forma de *ideias centrais*. As expressões-chave são: uma *prova discursivo-empírica da verdade das ideias centrais e das ancoragens* e vice-versa. É com a matéria-prima das expressões-chave que se constroem os DSC.
- Ideia central (IC): é um nome ou expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada *conjunto homogêneo de ECH*, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC. É importante assinalar que a IC *não é uma interpretação*, mas uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos. Essas IC podem ser resgatadas através de descrições indiretas ou mediatas, que revelam o tema do depoimento ou *sobre o* que o sujeito enunciator está falando. Nesse último caso, será preciso, após o levantamento do tema, identificar a ou as IC correspondentes a cada tema.
- Ancoragem (AC): algumas ECH remetem não a uma IC correspondente, mas, a uma figura metodológica que, sob a inspiração da Teoria da Representação Social, denomina-se AC, que é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, *na*

qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica (Lefèvre, 2005).

Considerando cada depoimento/discurso isoladamente, a IC é uma descrição do sentido do discurso, sendo que um discurso pode ter mais de uma IC. Considerando conjuntos de discursos/depoimentos, pode-se observar que eles podem conter ideias centrais semelhantes ou complementares. A IC tem, portanto, a importante função de individualizar um dado discurso ou conjunto de discursos, descrevendo, positivamente, suas especificidades semânticas o que permite distingui-lo de outros discursos portadores de outras especificidades semânticas (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

A IC é considerada como o *nome* ou a *marca* do sentido dos discursos, que permite afunilar ou reduzir a sua polissemia, pode-se dizer que as expressões-chave representam o *conteúdo* ou a *substância* ou o *recheio* desse sentido, identificado por esse *nome* ou por essa *marca*. As ECH são segmentos de discursos que remetem à IC e a corporificam (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

Fica claro, que as IC e as ECH são indispensáveis para que os sentidos dos discursos possam ser adequadamente obtidos e descritos, tendo a primeira uma função identificadora, particuladora, especificadora, e a segunda, uma função corporificadora, de substantivação, de “*recheio*” do sentido nomeado. Essas duas funções não devem, então, ser consideradas isoladamente, mas, em interrelação dialética. De fato, não é possível identificar e nomear uma IC de um conjunto de depoimentos sem que se tenha examinado, antes, detidamente, as ECH e as IC presentes em cada um deles (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

Como já foi dito, a forma tradicional utilizada para tabular os dados provenientes de questões abertas, consiste na leitura das respostas e na identificação de uma palavra, ou conceito, ou expressão que revele a essência do sentido da resposta. Feito isto e encontradas as palavras ou expressões adequadas para representar os depoimentos, tem-se o que se chama *categoria*.

Com as *categorias*, torna-se possível enquadrar os vários depoimentos/discursos, de sorte que dois depoimentos enquadrados na mesma categoria são reputados iguais ou equivalentes, podendo as respostas serem somadas, da mesma forma que se somam respostas iguais de questionários com questões fechadas. A *categoria*, dessa forma, torna os depoimentos e demais discursos equivalentes porque expressam a mesma idéia, representada simbolicamente pela *categoria* (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

A proposta do DSC como forma de conhecimento ou redução da variabilidade discursiva empírica implica um radical rompimento com essa lógica quantitativo-classificatória na medida em que se busca resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos.

Com efeito, como o DSC, os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora já que o que se busca fazer é reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-sínteses quantos se julgue necessários para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

O DSC é, assim, uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário. Através do modo discursivo, é possível visualizar melhor a representação social na medida em que ela aparece não sob uma forma (artificial) de quadros, tabelas e categorias, mas, sob uma forma (mais viva e direta) de um discurso, que é, como se assinalou, o modo como os indivíduos reais, concretos, pensam (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

Vale ressaltar que, o DSC é uma reunião, agregação ou soma não matemática de pedaços isolados de depoimentos, de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte desse todo e o todo constituído por essas partes. Quando uma resposta apresenta mais de um DSC, podem ser dois os critérios de distinção: diferenças/antagonismos e complementariedade. Quando se trata

de discursos sensivelmente diferentes, a apresentação deles, em separado, é obrigatória: quando se trata de discursos complementares, a apresentação dos discursos, em separado, depende do pesquisador querer os resultados mais detalhados ou mais genéricos (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

O DSC, como estratégia metodológica para descrever o sentido dos discursos presentes em pesquisas de representação social, utiliza-se, entre outras, das figuras metodológicas da *IC* e da *ECH*. O objetivo aqui é mostrar como a interrelação entre essas duas figuras contribui para descrever, de maneira adequada, o sentido dos discursos presentes em pesquisas de representação social (Lefèvre F, Lefèvre AMC, 2005).

4.2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Neste estudo, pretende-se descrever o pensamento coletivo, com base no referencial teórico das *Representações Sociais (RS)*, para tecer comentários interpretativos sobre o pensamento descrito. Um modo legítimo de conceber as RS consiste em entendê-las como a expressão do que pensa determinada população sobre determinado tema.

A RS define-se como, *a representação de um sujeito que se situa em relação a outros sujeitos, a respeito de um objeto*. Os elementos deste conteúdo são os conceitos e imagens. As imagens se condensam em um conjunto de significados, sistemas de referência que nos permitem interpretar o que acontece e dar sentido aos fatos. Trata-se de uma atividade mental de indivíduos e grupos, para se relacionarem aos fatos, objetos e situações que lhes dizem respeito (Jodelet, 1987).

Entretanto, os sujeitos compreendem e interpretam de maneira diferente as situações que se encontram e não se comportam de maneira similar diante de um procedimento idêntico porque as RS dependem do conhecimento e das experiências dos indivíduos. Portanto, os grupos elaboram representações que são definidas por cada um de seus membros. Estas representações incidem sobre os comportamentos sociais e na

organização do grupo, podendo modificar o próprio conhecimento cognitivo de seus membros (Jodelet, 1987).

As RS dos sujeitos da pesquisa sobre *necessidades de saúde* serão fundamentais para que as práticas possam ser organizadas para promover ao idoso uma atenção integral.

A RS é um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado a respeito de um objeto e, portanto, concorre para a construção de uma realidade. As RS perpassam os indivíduos e orientam o comportamento dos mesmos, permitindo interpretar o que acontece na vida cotidiana. Desta forma, nós sujeitos sociais, apreendemos os fatos da vida cotidiana, os dados do nosso ambiente, as informações que nele circulam (conhecimento senso comum), opostos ao conhecimento científico (Jodelet, 1987).

Os conhecimentos produzidos pela RS ocorrem ao longo do processo histórico, revelando a realidade dos sujeitos, sua condição social e seu lugar no processo produtivo, portanto, são histórico e socialmente determinado. A matéria prima deste conhecimento é a base cultural acumulada e as condições econômicas, sociais e históricas (Jodelet, 1987).

A RS também nos permite lidar com o "novo". A introdução de novos conhecimentos no cotidiano, aos poucos, vão sendo incorporados e os indivíduos e grupos passam a modificar as RS e suas ações. Para apreensão do "novo" utilizamos à objetivação e a ancoragem (Spink, 1989).

Para Spink (1989) as RS na área da saúde são constituídas de definições profanas com distorções do saber oficial, focalizando-as, essencialmente, como variáveis intervenientes no comportamento da demanda e utilização dos serviços de saúde.

O processo saúde-doença constitui um campo fértil para os estudos sobre RS por vários motivos. Um deles é porque sabemos que o modelo médico, a doença, se reduz ao estado orgânico do corpo individual ou coletivo, definido e cuidado pelas instituições de saúde (Spink, 1989).

Entretanto, a doença remete à interrogação que extrapola o corpo individual e o diagnóstico médico. A busca de seu significado remete,

necessariamente, a uma interpretação coletiva complexa e em constante movimento, em suma, remete ao discurso da sociedade sobre enfermidades e enfermos. As RS permitem explorar a interface entre o senso comum e o pensamento científico, seja este, concebido como corpo de conhecimentos ou como relações sociais com um grupo definido corporativamente como detentor do saber (Spink, 1989).

A RS é um termo que, frequentemente, encontramos em todas as Ciências Sociais, designada para estudar e observar os múltiplos fenômenos nas diferentes complexidades: individuais, coletivas, psicológicas e sociais. São categorias que servem para classificar as circunstâncias, os fenômenos e os indivíduos com quem temos relação e também nos ajuda a compreender a realidade concreta na nossa vida social.

Nas Ciências Sociais, a bem dizer, as representações têm raízes muito mais longas do que a Psicologia. Marx, Durkheim e Mauss, na virada do século, já lhes haviam dado um estatuto científico, emergindo com força total nos anos setenta (Spink, 1989).

Na Psicologia Social, o conceito de RS foi resgatado por Moscovici (1961) através de um estudo sobre a difusão da Psicanálise e sua integração à cultura francesa. Esta pesquisa abordou as visões diferenciadas dos diversos segmentos da sociedade francesa, buscando a influência do grupo na estruturação das representações sobre a psicanálise; ou seja, enfocando as RS como campos socialmente estruturados. Mas enfocou, também, as representações como núcleos estruturantes ou esquemas organizadores das interpretações e comunicações que possibilitam a compreensão do mundo social e orientam a ação (Moscovici apud Jodelet, 1987).

Para Moscovici (1961) a objetivação é a constituição formal do conhecimento. Este processo consiste, primeiramente, a descontextualização dos elementos de uma teoria em função de critérios normativos e culturais; em segundo lugar, a formação de um núcleo figurativo, uma estrutura de imagem que reproduz, de maneira figurativa, uma estrutura conceitual, ou seja, a transformação destas imagens em elementos da realidade (Moscovici apud Jodelet, 1987).

A ancoragem é toda representação que emerge da nossa necessidade de transformar o que é estranho em algo familiar. Para lidar com a idéia ou percepção estranha recorreremos à ancoragem (Moscovici apud Jodelet, 1987, Spink, 1989).

A RS sobre o processo saúde-doença está focada, ainda hoje, na assistência curativa e preventiva, ou seja, no modelo de atenção biológico. Além do que, os órgãos governamentais, supostamente portadores do conhecimento científico, enfatizam para a população que, para resolver os problemas das doenças, existem, os programas que foram desenvolvidos pelo MS.

Todos os programas têm o objetivo de melhorar à saúde da população, no entanto, estão direcionados para erradicar a doença. Os gestores e profissionais de saúde têm a concepção de que *saúde é a ausência da doença*. Sendo assim, o objetivo dos órgãos competentes é buscar a prevenção das doenças para que os indivíduos tenham mais saúde.

No entanto, não percebemos uma preocupação dos gestores em buscar a raiz do problema ou da doença que podem ser decorrentes de outros fatores que não seja somente a saúde, como por exemplo, moradia, alimentação e outros problemas de caráter social.

Além do que, parece interessante para os gestores desenvolver nos grupos sociais esta representação, talvez e porque, não conseguem organizar os serviços de saúde para atender a população nas suas necessidades de saúde e sociais.

Para a maioria dos indivíduos, a atenção integral significa assistir ao enfermo na sua totalidade. Porém, a integralidade, princípio do SUS também é propiciar aos indivíduos acesso aos serviços de saúde e realizar atendimento e encaminhamento para outras instâncias de acordo com a complexidade dos problemas de saúde.

Acreditamos que, somente após uma mudança no comportamento e ações dos órgãos governamentais a respeito do modelo de atenção, os grupos sociais poderão mudar as RS sobre saúde e doença.

4.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Município de Santos/SP/Brasil e L'Hospitalet de Lobregat/Espanha, com os gestores, profissionais de saúde e idosos, vinculados na APS para compreender o entendimento dos sujeitos acerca de necessidades de saúde e atenção integral.

Neste momento, serão apresentados os municípios para melhor compreensão do contexto no qual foi desenvolvido o estudo.

4.3.1 Município de Santos

O Município de Santos possui 418.288 habitantes, dos quais 220.854 são do sexo feminino e 197.434, masculino, uma área total de 271 km², sendo 39 km² (insular) e 232 km² (continental) (IBGE, 2007).

Este ano (2009), a cidade realizou 463 anos de idade. O Prefeito é o engenheiro João Paulo Tavares Papa e o Secretário de Saúde o Dr. Odílio Rodrigues Filho.

Da população residente no município, encontramos: 80 anos e mais (8.462 hab.); 70 a 80 anos (22.940 hab.); 60 a 70 anos (34.490 hab.); 50 a 60 anos (43.894 hab.); 40 a 50 anos (59.068 hab.); 30 a 40 anos (62.954 hab.); 20 a 30 anos (68.581 hab.); 10 a 20 anos (65.999 hab.); menores que 10 anos e maiores que 3 anos (31.253 hab.); 0 a 3 anos de idade (21.034 hab.) (IBGE, 2001).

Segundo o IBGE (2005), o Município de Santos possuiu um total de 180 estabelecimentos de saúde e 1.997 leitos de internação, dos quais, 428 são públicos, nenhum federal, 297 estaduais e 131 municipais. Nos estabelecimentos privados, o número de leitos de internação total é de 1.569, dos quais, 1.102 são destinados ao SUS.

O Município possui equipamentos nos serviços de saúde, tais como: Mamógrafos (18); Raio X para densitometria óssea (5); Tomógrafo (12)

Ressonância Magnética (3) Ultra-som Doppler (45); Raio X (110); Equipamento de Hemodiálise (106), Eletroencefalógrafo (15) e Eletrocardiógrafo (106).

Quanto ao número de estabelecimentos de saúde com atendimento ambulatorial, o Município de Santos possui um total de 122 dos quais 71 com atendimento médico contendo diferentes especialidades médicas (IBGE/2001).

A mortalidade é maior no sexo masculino do que no feminino. Em ambos os sexos prevalecem as doenças do aparelho circulatório (29,22%) e depois, as neoplasias (19,33%) (IBGE, 2005).

A Secretaria Municipal de Saúde de Santos possui 05 Departamentos de Saúde: Dep. Atendimento Pré-Hospitalar e Hospitalar; Dep. Atenção Básica; Dep. Atenção Especializada; Dep. Vigilância, Programas de Saúde e Formação Continuada e, Dep. Administrativo, Financeiro e de Infra-Estrutura.

O Município, desde 2005, conta com a Gestão Plena da Atenção Básica, ou seja, passou a gerir os seus recursos, com a finalidade de dar agilidade aos procedimentos, racionalizar recursos e permitir que a Secretaria tenha controle mais efetivo sobre seu próprio orçamento.

Havia, em 1989, o Conselho Comunitário, composto por integrantes do movimento sindical da cidade. Os membros do Conselho faziam visitas às unidades de saúde, realizaram a intervenção no hospital psiquiátrico, levando ao fim do manicômio e também debatiam assuntos de interesses da área, porém, não contavam com nenhum respaldo legal para suas atividades.

Com a adesão de outros segmentos da população e de técnicos da saúde ao Conselho Comunitário, nesse mesmo ano (1989), foi realizada a 1ª Plenária de Saúde no Município, com a finalidade de discutir a construção do Sistema Único de Saúde e formas de participação social. A conclusão dessa plenária foi a realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde (1990) com o objetivo de formação de um Conselho Municipal de Saúde (1991), atendendo a resolução da 8ª Conferência Nacional de Saúde. A 1ª

Conferência Municipal de Saúde (1990), o tema foi “Construção do Sistema Único de Saúde em Santos”, e as demais ocorrerão a cada dois anos, sendo que, começou a ocorrer no ano ímpar a partir da 8ª Conferência Municipal de Saúde (2005). A 9ª e última, ocorreu em 2007, com a participação de mais de 500 delegados e a discussão sobre o Plano Estadual de Saúde do Triênio 2008-2010.

O Município de Santos, atualmente, oferece atendimento de saúde aos usuários através das 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS), três Prontos-Socorros e quatro Hospitais. Desenvolve todos os Programas preconizados pelo Ministério da Saúde: Hiperdia; Pré-Natal; RN de Risco; Programa Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários, e ainda, parcerias com as Universidades públicas e privadas locais com o objetivo de desenvolver interação entre os serviços e os acadêmicos, mas, principalmente, para proporcionar para a população qualidade de vida.

O Programa Saúde da Família foi implementado em quatro áreas da cidade: Área Continental (Caruara e Monte Cabrão); Morros (Monte Serrat, Penha, Santa Maria e Vila Progresso); Centro (Paquetá, Vila Nova e Ilha Diana) e, Zona Noroeste (Areia Branca e Jardim Castelo).

O campo do estudo foram as Unidades do PSF (USF) das áreas: Continental (Caruara), Morros (Monte Serrat) e, Centro Histórico (Paquetá e Vila Nova), uma vez que até o ano de 2008, o município possuía somente estas unidades de PSF (USF).

4.3.2 Município de L’Hospitalet de Llobregat

Faz parte da região de Catalunha, uma das Comunidades Autônomas da Espanha, assim, como a Galícia, o País Basco, com identidades e língua próprias. Na Catalunha, a população é bilíngue porque fala, escreve e lê dois idiomas, o espanhol e catalão.

L’Hospitalet de Llobregat está situado entre os municípios de Barcelona, Esplugas de Llobregat, Cornellá de Llobregat e El Prat de

Llobregat, e na margem esquerdo do rio Llobregat³⁶. Com uma população de 264.404 habitantes, é o segundo município da Catalunha em número de habitantes e o 16º da Espanha, sendo que 52,20% da população nasceram na Catalunha; 27,37% procedem do resto da Espanha e, 20,43% da população são imigrantes e, 17,59% são idosos.

O nome de "Hospitalet", em catalão "o pequeno hospital", popularmente provem do hotel que existia junto à igreja de Santa Eulália de Provençana na Idade Média, e que servia para alojar os viajantes que chegavam de noite quando as portas das muralhas de Barcelona já estavam fechadas, a aproximadamente 7 km. As origens da cidade atual se encontram no século XII ao redor da igreja de Santa Eulalia de Provençana (no bairro de Santa Eulalia) e do Hospital da Torre Blanca (bairro do Centre). L'Hospitalet era uma vila tradicionalmente agrícola até finais do século XVIII, momento no qual se instalam as primeiras fábricas têxteis. No princípio do século XX, a cidade experimenta um grande desenvolvimento industrial e um espetacular crescimento demográfico. No dia 15 de dezembro de 1925, o rei Alfonso "XIII", outorga o título de cidade.

Nos anos 60 e 70, L'Hospitalet aumenta em grande quantidade sua população devido à imigração de outras regiões da Espanha e, nos anos 80 a cidade começou a mudar, sendo dotada de escolas, poliesportivos, feiras livres, centros culturais e parques. Cumpridos estes objetivos, no final dos anos 90, L'Hospitalet inicia uma segunda transformação, uma modernização para ser um município de peso dentro da área metropolitana de Barcelona.

O Serviço Social está distribuído nos seis Distritos Sanitários (I,II,III,IV,V e VI), tem a finalidade de atender às pessoas, famílias ou grupos, e contribuir à prevenção das problemáticas sociais, à reinserção e integração social das pessoas com situação de risco social de exclusão.

A cidade possui sete Distritos Sanitários com Centro de Atenção Primária (CAP): Distrito I (El Centre, San Josep, San Feliu e Just Oliveras); Distrito II (Collblanc e La Torrassa); Distrito III (Santa Eulália e Gran Via

³⁶ Ayuntamiento de L'Hospitalet de Lobregat, 2009. Catalunya. [citado 2009 oct 10]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Hospitalet_de_Llobregat [citado 2009 oct 10].

Sud); Distrito IV (La Florida e Les Planes) e Distrito V (Bellvitge e El Gornal). Encontramos, também, várias clínicas, centros médicos e fundações públicas, além de, 14 hospitais de referência, o Hospital Sócio Sanitário de L'Hospitalet, o Consórcio Sanitário Integral e Residências para idosos.

O campo de estudo foram dois CAP: San Feliu e Just Oliveras, além do Hospital de Dia Sócio Sanitário e a Fundação Santa Eulália (Residência/Centro de Dia Sócio Sanitário).

4.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram os gestores, profissionais de saúde e idosos do Município de Santos/SP (Brasil) e L'Hospitalet de Lobregat/Barcelona (Espanha) que trabalham e se utilizam dos serviços da Atenção Primária de Saúde (APS).

Os critérios de inclusão para os idosos foram: possuir 60 anos ou mais e não apresentar dificuldades cognitivas para expressar suas opiniões. Para os gestores e profissionais de saúde era necessário trabalhar na rede de serviços sanitários do município.

No Município de Santos, os sujeitos que participaram do estudo foram:

- Área Continental (Caruara): nove, dos quais, cinco profissionais de saúde e quatro idosos.
- Área dos Morros (Monte Serrat): dezoito, dos quais, um gestor, oito profissionais de saúde e, nove idosos.
- Área da Zona Noroeste: 14, dos quais, um gestor, oito profissionais de saúde e cinco idosos.
- Área do Centro Histórico: Em Vila Nova foram 11, dos quais, sete profissionais de saúde e quatro idosos. No Paquetá foram 16, dos quais, oito profissionais de saúde e oito idosos.

O total de sujeitos entrevistados foram 68, dos quais, dois gestores, 36 profissionais de saúde e 30 idosos.

No Município de L'Hospitalet de Lobregat, os sujeitos que participaram do estudo foram:

- CAP San Feliu: cinco, dos quais, 02 profissionais de saúde e três idosos.
- CAP Just Oliveras: cinco, dos quais, 02 profissionais de saúde e três idosos.
- Hospital Sócio-Sanitário e Centro de Dia: oito, dos quais, quatro profissionais de saúde e quatro idosos.
- Fundação Santa Eulália (Residência/Centro de Dia): 10, dos quais, sete profissionais de saúde e três idosos.
- Enfermeira de Enlace: uma (APS)
- Enfermeira Gestora de Casos: uma (APS).

O total de sujeitos entrevistados foram 30, dos quais, 17 profissionais de saúde e 13 idosos. Portanto, o total de entrevistados nos dois municípios foram 98, dos quais dois gestores, 53 profissionais de saúde e 43 idosos.

No Município de Santos (2006), a população idosa (com 60 anos e mais) era de 65.261 idosos, dos quais 39.662 são do sexo feminino e 25.599 do sexo masculino. Os idosos que possuíam a idade entre 60 e 69 anos (34.522), dos quais 20.097 (sexo feminino) e 14.425 (sexo masculino), entre 70 e 79 anos (22.174), dos quais 13.664 (sexo feminino) e 8.510 (sexo masculino), 80 anos e mais (7.565), dos quais 5.901 (sexo feminino) e 2.664 (sexo masculino).

Segundo o Instituto de Pesquisa “A Tribuna” (IPAT), 44,67% dos idosos nasceu e sempre moraram na região. Outros 32,6% vivem aqui há

mais de 20 anos, menos que 10% mudaram a menos de cinco anos e, 22,2% optou pela região depois da aposentadoria (IPAT, 2005)³⁷.

O estudo mostrou ainda que, a maioria dos idosos, *não* vive sozinho: 65% mora com a esposa, ou o marido ou, ainda, companheiro (a); 15,7%, com os filhos; 15,7%, sozinhos; 0,9% com amigos e 2,7% com outros parentes, como irmãos, netos e pais ou em casas de repouso.

No Município de L'Hospitalet de Llobregat³⁸ (2007), a população idosa com 65 anos e mais era de 46.989, dos quais 26.983 são do sexo feminino e 20.006 do sexo masculino. Encontramos o quantitativo de idosos entre 65 e 69 anos (12.414), dos quais 6.495 (sexo feminino) e 5.919 (sexo masculino), entre 70 e 79 anos (22.939), dos quais 12.827 (sexo feminino) e 10.112 (sexo masculino), 80 anos e mais (11.627), dos quais 7.661 (sexo feminino) e 3.966 (sexo masculino). O anuário (2007) mostra que as mulheres entre 65 e 74 anos (13,33%) e 75 e 84 anos (18,24%), vivem sozinhas e, estas taxas são maiores nas mulheres do que nos homens.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Neste estudo, para resgatar os discursos individuais foram preparados dois roteiros, um para os idosos (Anexo 1) e outro para os gestores e profissionais de saúde (Anexo 2), contendo questões norteadoras sobre necessidades de saúde e atenção integral. No formato final da sua elaboração, os roteiros apresentavam-se com alguns tópicos que guiaram as entrevistas de forma coerente, sendo capaz de proporcionar uma relação de confiança entre entrevistado e entrevistador (Minayo, 2005).

³⁷ Município de Santos. São Paulo. Instituto de Pesquisa A Tribuna. São Paulo. [citado 2009 oct 10]. Disponível em: <http://atribunadigital.globo.com/ipat>.

³⁸ Ajuntament de L'Hospitalet. Catalunya. Anuari Estadístic de la ciutat de L'Hospitalet, 2007. Catalunya. [citado 2009 oct 10]. Disponible en: <http://www.l-h.es/anuarisEstadistics>

4.6 COLETA DE DADOS

Uma vez preparados os roteiros, foram realizados cinco pré-testes, três em Santos/SP (Brasil), dos quais, dois com idosos e, um, com profissional de saúde e, dois em L'Hospitalet de Llobregat (Espanha), dos quais um, com o idoso e outro com o profissional de saúde. Depois de realizados os pré-testes, verificou-se a necessidade de realizar alterações nas questões norteadoras do roteiro dos idosos. Uma vez executada as alterações do roteiro, deu-se início a coleta de dados no Brasil, no período de agosto de 2007 até março de 2008, e na Espanha, entre setembro de 2008 até maio de 2009.

A técnica empregada para a obtenção de dados compreendeu a entrevista semiestruturada, uma vez que as respostas poderiam favorecer a compreensão sobre o que pensam os sujeitos a respeito de necessidades de saúde e atenção integral. A entrevista possibilita ao entrevistador fazer questionamentos verbais aos sujeitos da pesquisa, e para tanto, foi necessária uma atitude disponível do entrevistado.

O registro das falas foi efetivado por meio da gravação. A opção por esse recurso se deu por se entender que, não havendo a preocupação por parte do entrevistador no registro imediato dos discursos ou na memorização destes, seria oportunizada uma maior liberdade de observação das expressões e gestos do entrevistado, que muitas vezes complementavam o discurso, sem os quais se poderia incorrer na perda de algum detalhe significativo (Minayo, 1994).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

No Brasil, o projeto de investigação foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de São Paulo (Processo 663/2007 CEP-EEUSP) e submetido à apreciação da Secretaria Municipal

de Saúde de Santos, para a devida liberação do campo de pesquisa (Anexo 3 e 4, respectivamente).

Antes de iniciar a coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5) foi lido para os sujeitos do estudo e solicitava sua anuência por escrito. Em todos os contatos sempre foi enfatizada a permissão para a gravação da entrevista, embora esta estivesse explicitada no termo de consentimento, pois sempre era percebida certa desconfiança quanto ao destino da gravação, assim como, a preservação do anonimato do ator social. A participação dos atores sociais do presente estudo deu-se de forma voluntária.

Na Espanha, o Projeto de Pesquisa foi encaminhado a Direção de Pós-Graduação, da Universidade de Barcelona (UB) em L'Hospitalet de Lobregat e após a anuência e tradução dos instrumentos, deu-se início a coleta de dados.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Posteriormente, a coleta e transcrição na íntegra dos discursos foram realizados os seguintes passos:

Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1):

1º passo: analisamos isoladamente as perguntas do roteiro, isto é, inicialmente a questão 1 de todos os sujeitos entrevistados; a seguir a questão 2 e, assim, sucessivamente. Dessa forma, o primeiro passo consistiu em copiar, integralmente o conteúdo de todas as respostas referentes à questão 1 e sucessivamente no IAD1 (Instrumento de Análise de Discurso 1) na coluna expressões-chave.

2º passo: identificamos e sublinhamos, em cada uma das respostas, com uma cor determinada as expressões-chaves das ideias centrais.

3º passo: identificamos as ideias centrais, a partir das expressões-chaves, colocando essas ideias centrais na casela correspondente (Ideias Centrais).

4º passo: identificamos e agrupamos as ideias centrais de mesmo sentido ou de sentido equivalentes, ou complementares, e depois etiquetadas com letras: A, B, C, etc.

5º passo: denominamos cada um dos grupamentos por A, B, C etc., o que, na realidade, implica em criar uma ideia central que expresse da melhor maneira possível todas as ideias centrais de mesmo sentido.

6º passo: construímos o DSC. Para isso é preciso usar o IAD2 (Instrumento de Análise de Discurso 2).

Foi construído o DSC para cada agrupamento identificado no passo anterior. E a partir destes, utilizados o IAD-2 para a construção final do DSC.

Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2):

Primeira etapa: para a construção do DSC, foi copiado do IAD1 todas as expressões-chave do mesmo agrupamento e colocadas na coluna das expressões-chaves do IAD 2.

Segunda etapa: Para construir o DSC, foi preciso “*discursivar*” ou sequenciar as expressões-chave obedecendo a uma esquematização clássica do tipo: começo, meio e fim ou do mais geral para o menos geral e mais particular. A ligação entre partes do discurso ou parágrafos foi feita através da introdução de conetivos que proporcionam a coesão do discurso como: assim, então, etc. Igualmente foram eliminadas as repetições de ideias, mas não da mesma ideia quando expressa de modos ou com palavras ou expressões distintas ainda que semelhantes.

Para melhor compreender o DSC, foi elaborado um quadro (Quadro 2) com as ideias centrais que surgiram na análise de cada questão, sendo possível, em cada questão, encontrar diferentes DSC, que foram denominados de *subcategorias*.

As subcategorias encontradas no DSC foram associadas às categorias analíticas do referencial teórico do estudo, a Taxonomia “Necessidades de Saúde” criada por Cecílio e Matsumoto (1999).

Quadro 2: Taxonomia de Necessidades de Saúde. Santos, Barcelona, 2009.

Taxonomia “Necessidades de Saúde” (categorias analíticas)	Subcategorias do DSC: “Gestores e profissionais de Saúde”	Subcategorias do DSC: “Idosos”
A. Necessidades de boas condições de vida	1. Atenção Global 2. Desenvolvimento social e suporte familiar 3. Intersetorialidade 4. Qualidade de vida	1. Atenção Global
B. Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prologuem a vida	1. Direito a saúde 2. Atenção Domiciliária 3. Acesso às tecnologias na atenção à saúde do idoso 4. Acesso a todos os níveis de atenção 5. Ações de prevenção e promoção da saúde	1. Acesso a todos os níveis de atenção
C. Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”	1. Promoção da autonomia e independência do idoso 2. Educação em Saúde	1. Promoção da autonomia e independência do idoso
D. Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	1. Acolhimento e responsabilização	1. Acolhimento e responsabilização

Os resultados das análises dos discursos representam os sentidos construídos pelos sujeitos da pesquisa no cotidiano das suas ações.

A partir da classificação da Taxonomia de Necessidades de Saúde foram identificadas expressões-chave que, sintetizadas, se transformaram em subcategorias, conforme descrito abaixo:

- **A:** Necessidades de boas condições de vida,
- **B:** Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prologuem a vida,
- **C:** Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida,
- **D:** Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação).

Os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) foram construídos e indicados de acordo com a seguinte legenda: W, Y e Z, como seguem:

W: categorias (A à D);

Y: subcategorias (1 à 5), para os profissionais de saúde, e (1) para os idosos.

Z: Município da coleta de dados (“S”- Santos e “L”- L’Hospitalet de Llobregat).

Por exemplo:

DSC(C5L): categoria “C”, subcategoria 5, Município de L’Hospitalet de Llobregat.

A seguir, apresentaremos os DSC, divididos em duas partes: a primeira relacionada aos gestores e profissionais de saúde e a segunda referente aos idosos.

5.1 PRIMEIRA PARTE: DISCURSO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

5.1.1 Categoria A: Necessidades de boas condições de vida.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Atenção Global (A1S).	Atenção Global (A1L).

Atenção Global (A1S):

...O atendimento deve ser de forma simples, abordando o idoso de forma clara para que ele entenda as nossas explicações dos procedimentos que vão ser feitos. Normalmente, a odonto olha só os dentes ou a boca, no nosso caso, a gente tem sempre que enxergar ele como um todo, mas, nós aqui em Santos, estamos tentamos fazer a promoção da saúde e não somente da boca. Ainda estamos construindo a integralidade e tentando desfocar essa coisa da doença, da queixa e vamos pensando de uma forma mais tranqüila na integralidade que é primordial. A questão do idoso tem que se pensada como um todo, não dá para pensar só na doença, na medicação, tirar a pressão, estamos promovendo atividades no território para que o idoso tenha acesso. O Programa Saúde da Família (PSF) tem como estratégia a organização do serviço, na verdade, o que a estratégia precisa fazer é organizar o paciente dentro do seu atendimento, uma organização interna, pensando desde a atenção básica até o nível terciário, onde você tem o médico à disposição, o enfermeiro, auxiliares de enfermagem que coletam sangue e fazem os curativos e, os agentes comunitários passam todo mês na casa dos idosos. O programa tem a intenção de atender todas as necessidades, mas eu ainda não vejo o PSF atendendo todas as necessidades, deveria ter o psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, todo esse atendimento possibilitaria chegar ao médico se há real necessidade do médico e não queimar as etapas. O nosso objetivo é atender ao idoso de uma maneira integral, mas, como a maioria dos problemas é social, não dá para trabalhar sozinha, a gente tenta, mas fica um atendimento pela metade, não é um atendimento integral...

Podemos observar, neste discurso, que a fala do profissional de saúde é carregada de poder, correspondendo ao modelo de atenção tecnoassistencial, próprio do capitalismo, através do qual a sociedade está

dividida em classes sociais e o Estado reproduz os interesses do grupo hegemônico, a classe médica. A relação do profissional de saúde com o paciente, neste modelo é procedimental, isto é, o principal compromisso do ato de assistir à saúde relaciona-se com a produção de procedimentos. Estas ações, ao longo do tempo, sob o princípio da integralidade, se transformam em relacionais, centradas na ação acolhedora e no vínculo com o usuário, comprometidos na busca do cuidado à saúde e cura, em uma relação simétrica (Franco, Merhy, 2003).

O discurso reproduz que os profissionais de saúde devem agir desta maneira quando atendem e se comunicam com os idosos, adotando uma posição de *poder* e assimetria em relação ao paciente.

No Brasil, mesmo com a implantação do PSF, o atendimento à população continua fragmentado, o indivíduo é visto pela sua doença, em um descompasso entre as necessidades do indivíduo e a oferta dos serviços.

Segundo Mattos (2001), a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo. A recusa ao reducionismo se expressa de várias maneiras:

Um paciente não se reduz a uma lesão que nesse momento lhe provoca sofrimento. Tampouco não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra. O profissional que busca orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar a tais reducionismos. Analogamente, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. As respostas aos problemas de saúde devem abarcar as suas mais diversas dimensões “biopsicossocial”.

Para Ceccim (2006), a integralidade deve ser o eixo orientador para a afirmação do SUS associada à superação ao reducionismo nas práticas de saúde, à organização dos processos de trabalho e do sistema sócio-sanitário, à formulação das políticas de atenção aos problemas e populações específicas, às necessidades das pessoas e suas condições de vida, à escolha

das tecnologias de atenção e às relações subjetivas e de produção da autonomia.

Segundo Silva Junior et al. (2006), os sentidos da integralidade atribuídos na literatura internacional, apresentam como atributos a capacidade dos profissionais de perceber os usuários em todas as dimensões, como um indivíduo biopsicossocial, ofertar serviços que compreendam desde a promoção de saúde à reabilitação de sequelas, e possibilitar a articulação de serviços em níveis crescentes de sofisticação tecnológica para solucionar os problemas da população.

Neste discurso, parece que os profissionais de saúde compreendem que a integralidade não consiste somente em tratar a doença, é uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual e sistêmico), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos devem ser considerados (Pinheiro, Mattos, 2001).

Para Mattos (2001), organizar o princípio da integralidade envolve três conjuntos de sentidos. O primeiro refere-se a atributos da *práticas dos profissionais de saúde*; nele a integralidade é exercida através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente requer ao buscar a atenção do profissional. O segundo conjunto diz respeito à *características da organização dos serviços*; em que os serviços de saúde deveriam estar aptos a realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população assistida. O terceiro conjunto de sentidos da integralidade aplica-se às *respostas governamentais* que são dadas aos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos, como o idoso.

Entretanto, alguns serviços de saúde são organizados e não atendem às necessidades de saúde da população. Por exemplo, um portador de doença crônica que busca o serviço frequentemente para “tratamento”, que não se cuida e não consegue tocar a sua vida. O resultado dessa prática para o doente consiste na falta do auto-cuidado, sujeitos sem autonomia e dependentes do serviço. Certamente isto ocorre porque a maneira de

trabalhar em saúde não está pautada pela interatividade entre o usuário e o serviço (Franco, Merhy, 2005).

O idoso deve ser atendido em todas as suas necessidades, de tal forma, que tenha boas condições de vida e acesso às tecnologias supostamente capazes de melhorar ou de prolongar a sua vida.

Segundo o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde: todas as pessoas têm direito à saúde, condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis. A partir deste conceito ampliado de saúde, emerge a ideia de que todas as pessoas devem ter: trabalho em condições dignas; alimentação para todos, segundo suas necessidades; moradia higiênica e digna; educação; qualidade adequada do meio-ambiente; transporte seguro; direito à liberdade; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis. Segundo a Constituição, quando se fala do princípio da integralidade, podemos dizer que há que se enfatizar a melhoria das condições de vida, sem prejuízo dos direitos de todos terem igualmente acesso às ações e aos serviços de saúde dos quais necessitem (Mattos, 2001).

Atenção Global (A1L):

...Pues una atención global, biopsicosocial y muy individualizada, que valore toda a persona en su conjunto, su situación familiar, la patología física, el aspecto social y psicológico. Creo que es viéndola como una persona y no como un trocito que tiene la tensión alta, no solamente mirar la persona por el problema puntual que ella viene porque, a veces, si sienten enfermos no por una patología, sino, porque hay aspectos sociales o psicológicos descubiertos. Exploro toda su historia familiar, su situación económica y se está satisfecho con su vida? Busco que la persona pueda adaptarse, sentirse más a gusto posible y al final aprender que está en su casa y si sienta bien para que ella pueda integrarse bien y relacionarse con los compañeros³⁹. “Hoy ha sido un caso de un señor que has venido para

³⁹ NT: Pois uma atenção global, biopsicossocial e muito individualizada, que avalie toda a pessoa em seu conjunto, sua situação familiar, a doença física, o aspecto social e psicológico. Creio que é vendo-a como uma pessoa e não como um troço que tem a pressão alta, não somente ver a pessoa pelo problema pontual que ela vem porque, às vezes, se sente doente não por uma doença, se não, porque tem aspectos sociais ou psicológicos descobertos. Exploro toda sua história familiar sua situação econômica e se está satisfeito com sua vida? Busco que a pessoa possa adaptar-se, sentir-se mais a gosto possível e ao

una vacuna de gripe y miro su historia, que desde 2005, no tenia la tomada de tensión y ahora he tomado la tensión, y detectamos una crisis hipertensiva. Todo esto, ha nos llevado a esfuerzo ostensivo, hemos hecho un electro, una revisión analítica, hábitos de higiene y dietéticos y, todo aquello que pretendía llevar cinco minutos, nos has llevado media hora porque la crisis hipertensiva, teníamos que solucionarla. Entonces este señor ha venido por una vacuna y acabó con un completo y ostensivo esfuerzo [del profesional de salud] porque tenía otros problemas que no podíamos olvidar y cuando revisando su historia vimos que hacia años que no había venido aquí a tomar la tensión y no tenía nada pendiente para hacer, intentamos hacer un barrido por toda la historia y ver que en este momento precisaría ya actualizar”⁴⁰. Pienso que ocurrió cambios, el cambio más importante que se ha producido es dejar de ver la persona por su enfermedad y si mirar la persona a través de la salud. Actualmente, creo que los profesionales están siendo formados con esta visión biopsicosocial⁴¹. La sociedad ha cambiado mucho, la mujer trabaja más y las hijas cuidadoras están desapareciendo. Antiguamente, teníamos las hijas más mayores cuidando de sus padres mayores, y hoy en día, el tipo que tenemos de cuidadora es la hija que tiene hijos pequeños, porque lo mejor, ha tenido los hijos con 35 años y cuida de sus padres mayores. Es una sobrecarga y además es una mujer trabajadora, esto está dificultando...⁴²

O sujeito do discurso faz uma comparação entre a “pessoa” e o “troço” objeto) para explicar que todos os indivíduos devem ser avaliados de forma global em todas as dimensões: biológica, social e psicológica, individualmente e no âmbito familiar. Muitas vezes, o idoso procura o

final atender quem está em sua casa e se sinta bem para que ela possa integrar-se bem e relacionar-se com os companheiros...

⁴⁰ NT: ...“Hoje foi um caso de um senhor que veio para uma vacina de gripe e olho sua história, que desde 2005, não tinha verificado a pressão e agora verifiquei a pressão, e detectamos uma crise hipertensiva. Tudo isto, nos levou a um esforço ostensivo, fizemos um eletro, uma revisão analítica, hábitos de higiene e dietéticos e, tudo aquilo que pretendia levar cinco minutos, nos levou meia hora porque a crise hipertensiva, tinha que solucioná-la. Então este senhor veio por uma vacina e acabou com um completo e ostensivo esforço do profissional de saúde porque tinha outros problemas que não podíamos esquecer e quando revisando sua história vimos que há anos não tinha vindo aqui para verificar a pressão e não tinha nada pendente para fazer, tentamos fazer um varrido por toda a história e ver que neste momento precisaria já atualizar”...

⁴¹ NT:...Penso sim que ocorreu uma mudança, a mudança mais importante que se produziu é deixar de ver a pessoa pela sua doença e sim ver a pessoa através da saúde. Atualmente, acho que os profissionais estão sendo formados com esta visão biopsicossocial...

⁴² NT:...A sociedade mudou muito, a mulher trabalha mais e as filhas cuidadoras estão desaparecendo. Antigamente, tínhamos as filhas mais velhas cuidando de seus pais idosos, e hoje em dia, o tipo que temos de cuidador é a filha que tem filhos pequenos, porque o melhor teve os filhos com 35 anos e cuida de seus pais idosos. É uma sobrecarga e, além disso, é uma mulher trabalhadora, isto está dificultando...

serviço de saúde porque apresenta uma depressão e necessita conversar com alguém. Neste caso, a raiz do problema pode não ser biológica, e sim, psicológica ou social. É muito importante que o profissional de saúde tenha esta visão ampla para compreender a origem do problema, principalmente o idoso, que devido ao processo do envelhecimento se encontra mais vulnerável a vários riscos.

Na Espanha, com a Reforma da Atenção Primária (1977 a 1982), passou-se de uma assistência pontual, exclusivamente sanitária, para um processo de atenção continuada, integral e multidisciplinar, que compreende tarefas sociais e sanitárias (sócio-sanitário) com a finalidade de melhorar a qualidade de vida do paciente e seu entorno (Brunet, 2007).

Com a regulação da Especialidade Medicina de Família (1978) e, posteriormente, a Lei Geral de Saúde (1986) criou-se o sistema de saúde denominado Sistema Nacional de Saúde (SNS) para definir o conjunto de serviços de saúde da Administração do Estado e os serviços de saúde das Comunidades Autônomas. Pode-se afirmar que a reforma supõe um esforço importante para o primeiro nível de atenção, impulso dado a promoção da saúde, a realização dos programas preventivos de saúde e a melhora da acessibilidade de toda a população na APS (Brunet, 2007).

A maioria da população busca o serviço de saúde para resolver um problema pontual (a doença), momento este, em que a enfermeira identifica que o indivíduo não frequenta o serviço por um longo tempo e não se concretizaram as ações de prevenção das doenças.

O trabalho em saúde, principalmente na APS, primeiro nível de atenção, tem como característica o encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades e outras pessoas que dispõem de um conhecimento específico ou de recursos instrumentais que podem solucionar o problema trazido pelos primeiros (profissionais). Neste encontro, são mobilizados os sentimentos, emoções e identificações, que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção ou interpretação das demandas trazidas pelo usuário (Silva Junior, Alves, Alves, 2005).

Em geral, as pessoas buscam a APS para serem atendidas em algum problema pontual, raramente vão à procura de uma orientação ou para realizar a prevenção de hipertensão, diabetes, etc. É neste encontro ou interação que o profissional de saúde deve realizar uma busca ampliada em todos os âmbitos.

Segundo Lesende (2004), durante o processo de envelhecimento são produzidas modificações nas distintas áreas da pessoa, considerada esta como um todo desde a perspectiva biopsicossocial. Ocorrem mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Não existe um padrão único na forma de viver ou perceber o envelhecimento: este depende da personalidade do sujeito e dos fatores externos. O envelhecimento adequado deve acontecer nas três áreas vitais: a física, a intelectual e a interpessoal. As atividades de promoção e prevenção de saúde quando consideradas desde um modelo biopsicossocial podem ajudar a melhorar o bem-estar pessoal.

Os profissionais de saúde devem ter competência para conhecer quais modificações biopsicossociais ocorrem no envelhecimento e ajudar os idosos a conhecê-las; o envelhecimento não é uma doença, é um declínio das funções biológicas que aumenta a susceptibilidade ao desenvolvimento de enfermidades; não existe uma forma específica de envelhecer; não está demonstrado que exista uma personalidade do idoso e, as atividades preventivas e de promoção a saúde devem ser mantidas porque favorecem o envelhecimento saudável (Lesende, 2004)

Nos últimos vinte anos, com o aumento do número de idosos na Espanha, muitas mudanças têm ocorrido, principalmente, em relação a estrutura familiar. A incorporação da mulher no trabalho, a diminuição do número de filhos e a diminuição do número de cuidadores informais, fez com que o modelo atual de ATDOM, fosse reformulado. O futuro deve levar-nos a aumentar nossa oferta de cuidados na comunidade para dar respostas a alta complexidade e intensidade de cuidados, com o objetivo de que a ATDOM seja verdadeiramente uma alternativa real a institucionalização (Brunet, 2007).

O ritmo da mudança tem sido acelerado e está afetando a demanda de serviços sanitários. As profundas mudanças sociais estão configurando um novo tipo de paciente-usuário dos serviços sanitários. Os serviços sanitários estão saturados, invadidos por demandas de todo o tipo e com dificuldades para encontrar saídas que não retroalimentem esta situação. As equipes da APS devem planejar novas respostas às demandas através da contenção de pessoas saudáveis para poder atender aos doentes; abandonar as atividades de baixa efetividade e eficiência; desenvolver as competências dos profissionais e potencializar a autonomia; a participação e a corresponsabilidade dos usuários-pacientes em seus processos de saúde-doença (Brunet, 2007).

Síntese da subcategoria: Atenção Global

Verifica-se nos discursos que o princípio da integralidade tem sido um grande desafio na organização do trabalho da APS nos dois países. A APS está sendo reorganizada, com o objetivo de fortalecer as ações preventivas e de promoção da saúde, melhorar o acesso aos diferentes níveis de atenção e, através da atenção domiciliária atender às necessidades de saúde e sociais dos idosos.

No Brasil, através do PSF, das VD, e dos Programas de Saúde do Idoso, os profissionais de saúde realizam nos serviços e domicílio atividades assistenciais, de prevenção e promoção da saúde para atender as necessidades de saúde da população idosa. Entretanto, às necessidades sociais não estão sendo atendidas. A população está envelhecendo e os idosos vivem em moradias inadequadas, sem recursos financeiros e suporte social.

Na Espanha, o Departamento de Saúde e Seguridade Social criou o sistema sócio-sanitário com o objetivo de dar respostas às necessidades de saúde e sociais e, melhorar a qualidade de vida e longevidade dos idosos.

(Cont.) **5.1.1 Categoria A: Necessidades de boas condições de vida.**

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Desenvolvimento social e suporte familiar (A2S).	Desenvolvimento social e suporte familiar (A2L).

Desenvolvimento social e suporte familiar (A2S):

...O atendimento ao idoso, não deve se esgotar apenas na doença, é muito comum os idosos terem hipertensão e diabetes e, dentro desse plano, nós atendemos satisfatoriamente, mas, as coisas não se esgotam por aí porque o idoso tem necessidades afetivas, de se sentir útil. As consultas devem ser feitas com bastante vontade de escutar suas queixas e tentar solucionar os problemas mais urgentes e propor atividades que contribuam para que ele tenha uma qualidade de vida melhor. O idoso deveria ter um atendimento bem melhor, é difícil cobrir todas as suas necessidades, teria que ter mais a assistência social porque o idoso está muito abandonado, falta lazer e caminhada com os idosos. Você vê a situação do idoso e não consegue resolver aquilo que ele precisa naquela hora...um prato de comida ou um medicamento que é caro e não tem na rede... como eu vou ajudar aquela pessoa? O idoso sempre está associado ao problema social, familiar, abandono pelo filho ou pela mulher e de perdas. O Programa Saúde da Família (PSF) é recente e está sendo implantado com todas as dificuldades naturais de uma implantação. Há uma programação de diversão e de lazer para o idoso e há um entrosamento com o idoso por toda a equipe de saúde, o médico, os enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários. Procuramos ver a parte social do idoso, mesmo essa não sendo umas das nossas funções, mas, faz parte saber se eles estão em uma boa moradia, se a condição do porãozinho ou do quartinho que ele habita está apropriada, comem adequadamente, porque a maioria vive sozinha e não constitui família, a gente procura dar um apoio, acho que o PSF está caminhando, engatinhando, mas, está conseguindo cumprir os objetivos propostos...

O envelhecimento da população brasileira impulsiona, cada vez mais, o Poder Público a criar alternativas que viabilizem a permanência do idoso na comunidade, otimizando suas capacidades e estimulando, dessa maneira, o exercício de sua cidadania (Domingues, 2000).

Para que se efetivem tais alternativas, faz-se necessária a identificação e mobilização das pessoas que compõem sua rede de suporte

social. A rede de suporte social pode ser entendida como os vínculos construídos ao longo da vida, nos quais podem imperar o aspecto afetivo (Domingues, 2000).

De acordo com Erbolato (2002), a rede de suporte social pode ser definida como o conjunto de pessoas de uma rede de relações responsável pelo fornecimento do suporte e/ou o apoio necessário ao indivíduo, para que este lide com as situações decorrentes de sua vida. À medida que o indivíduo envelhece, o mesmo ocorre com os que o rodeiam, tanto nas relações familiares, quanto nas comunitárias, havendo, desse modo, um envelhecimento estrutural de sua rede de relacionamentos. Nesta perspectiva, há uma tendência a se evitar o estigma de idoso-problema, pois, entende-se o envelhecimento como um fato que acomete todo o núcleo relacional do indivíduo, sendo assim, todos envelhecem juntos. A rede possui, desta maneira, uma característica jovem, madura ou envelhecida, de acordo com a idade, os papéis sociais desempenhados e as demandas de seus componentes.

Moreno (1967), criou um mapa de relações, em que o princípio fundamental é a sociometria, área de pesquisa da psicologia social. Esse pesquisador cunhou o conceito de psicologia geográfica com o propósito de esboçar um mapa de relações do tipo -“ quem conhece quem”- para ser aplicado a grupos e comunidades. Nele os relacionamentos significativos são dispostos em vários círculos que simbolizam os diversos graus de proximidade de relacionamento. Para que se configure um mapa de relações, dois conceitos são fundamentais: a proximidade do relacionamento, segundo a percepção do pesquisado, e a frequência com que o contato ocorre. Para avaliar o suporte social recebido pelo indivíduo, existe um instrumento gráfico denominado Mapa Mínimo de Relações que identifica os relacionamentos significativos para o indivíduo, delimitando sua rede social. Esse instrumento foi adaptado e modificado por Domingues para identificar a rede de suporte social do idosos sendo submetido a um processo de adequação às demandas dessa população, denominando-se Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI).

Posteriormente, em outro estudo, o MMRI foi submetido à análise de um grupo de especialistas para a validação consensual, por meio da técnica Delfos. O MMRI, contém perguntas sobre: quais pessoas que visitam o idoso e a frequência; com quem o idoso pode contar se desejar ou precisar de alguém para lhe fazer companhia; quem o ajudaria financeiramente se precisar de auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar comida, remédios, etc. Este instrumento tem uma grande vantagem em relação a outros tipos por ser um instrumento gráfico e pode ser aplicado por profissionais de saúde de uma equipe multidisciplinar (Domingues, 2000).

Com o aumento da longevidade do ser humano, alcançado através do desenvolvimento socio-econômico-científico da humanidade, viver cada vez mais, desejo da maioria das pessoas, pode resultar numa sobrevida marcada por incapacidades e dependência. Portanto, o desafio é conseguir que os anos vividos a mais, quantos forma, não importa se poucos, sejam anos plenos de significados, levando a uma vida digna e respeitosa, que valha a pena ser vivida. Ainda não há concordância a respeito do termo Qualidade de Vida. Durante essas últimas décadas, o debate sobre seu significado não encontrou consenso satisfatório. É notável que *Qualidade de Vida* significa diferentes coisas para diferentes pessoas e incorpora diferentes significados de acordo com a área de aplicação. Qual é seu significado para um pesquisador clínico, ou para um planejador urbano? Para o primeiro, talvez queira priorizar os aspectos da vida que são afetados por uma doença, ou pelos tratamentos propostos. Para o outro, as facilidades de transporte, o acesso a serviços e a quantidade de áreas verdes (Paschoal, 2005).

O PSF tem como proposta desenvolver os aspectos psicossociais afetados no idoso. Suas ações consistem em: observar o comportamento verbal e não-verbal do idoso e associá-lo as mudanças recentes em sua dinâmica de vida; observar as alterações na auto-imagem e autocuidado do idoso; verificar interações sociais intra e extra-familiares; estimular a aquisição de animais domésticos (reabilitação emocional de muitos idosos, especialmente aqueles que vivem sós); auxiliar o idoso no melhor

aproveitamento de seu tempo livre; promover oportunidades de socialização inter e intra-geracional e, prover oportunidades de verbalização sobre sua história de vida, valorizando-a (Manual de Enfermagem, 2001).

Desenvolvimento Social e suporte familiar (A2L):

...Pues desde mi ponto de vista de un centro hospitalario, pienso que debe ser una atención no solamente bajándose en lo tema hospitalario, mas también, complementándose con la parte social. Para que un anciano esté bien, necesita que sus necesidades estén cubiertas socialmente y psicológicamente, con mucho apoyo de la familia. Desde aquí, Hospital de Día, el equipo de salud comprende que para prestar la atención integral, tenemos que cubrir todo. Tenemos algunos ancianos que, después de cumplido el objetivo sanitario vuelve para casa, pero, si vuelta al Hospital de Día, su problema no es sanitario, el problema de raíz está en su casa, principalmente se está sola⁴³. Penso que aquí [Residencia/Centro de Día] somos un equipo con profesionales del ámbito sanitario y social. En las reuniones, debatimos los casos personales y la prevención de posibles problemas que pueden tener las personas mayores. Las acciones que hacemos son de estimulación de memoria y lenguaje, bailes, presentamos películas, estas actividades son para que estas personas sean aceptas y se relacionen entre ellos, así, se encuentren bien con ellos mismos y se encuentren bien donde están. La persona mayor acude la Residencia cuando no puede seguir sola en su casa y la opción del Centro de Día es muy buena porque al final de día las personas mayores vuelven para su casa. Todas las familias dicen que mejoran un montón porque cuando están en casa todo el día, no hacen nada o están a mirar la tele, no trabajan ni la cabeza y ni el cuerpo y aquí ellos tienen mucha mejoría⁴⁴. Hay persona mayor que vive sola y por parte del ayuntamiento tiene una persona que le ayuda, pero, la dedicación es muy pequeña, solo una o dos horas a cada día

⁴³ NT:...Pois desde meu ponto de vista de um centro hospitalar, penso que deve ser uma atenção não somente baseando-se no tema hospital, mas também, complementando-se com a parte social. Para que um idoso esteja bem, necessita que suas necessidades estejam cobertas socialmente e psicologicamente, com muito apoio da família. Desde aqui, Hospital de Dia, a equipe de saúde compreende que para emprestar a atenção integral, temos que cobrir tudo. Temos alguns idosos que, depois de cumprido o objetivo sanitário, voltam para casa, mas, se volta ao Hospital de Dia, seu problema não é sanitário, o problema de raiz está na sua casa, principalmente se está só...

⁴⁴ NT:... Penso que aqui na Residência/Centro de Dia somos uma equipe com profissionais do âmbito sanitário e social. Nas reuniões, debatemos os casos pessoais e a prevenção de possíveis problemas que podem ter as pessoas idosas. As ações que fazemos são de estimulação de cor e linguagem, bailes, apresentamos filmes, estas atividades são para que estas pessoas sejam aceitas e se relacionem entre eles, assim, se encontrem bem com eles mesmos e se encontrem bem onde estão. A pessoa idosa acode à Residência quando não pode seguir só na sua casa e a opção do Centro de Dia é muito boa porque no final do dia as pessoas idosas voltam para sua casa. Todas as famílias dizem que melhoram um montão porque quando estão em casa todo o dia não fazem nada ou estão a olhar a tevê, não trabalham nem a cabeça e nem o corpo, e aqui eles têm muita melhoria...

y el resto del día están solas. Estas personas mayores necesitan de una ayuda puntual, para ir a comprar, hacer la comida y ayuda en la higiene. Serían aquellas que tienen mucha necesidad y no tienen a nadie. “Tengo una persona con 100 años que vive sola, dos horas al día va una trabajadora familiar que le hace la compra e ayuda un poco, pero, el resto del día está sola”. Esta persona mayor debería tener más soporte, pero, tiene que seguir viviendo sola en su domicilio. Hacemos un taller a cada semana para dar más herramientas para los familiares que tiene una persona con demencia en casa para evitar hospitalizarlo e intentar mantenerlo lo más posible en casa y con autonomía. Para las personas mayores estar en casa es el ideal, quizá podríamos trabajar más con el tema de las trabajadoras familiares. Otro día en el Programa de Atención Domiciliaria y Equipo de Soporte [PADES] hablaban sobre las trabajadoras voluntarias que hacían compañía para persona mayor que vive sola. A veces, estas personas no necesi tan que le haga la higiene y mantiene cierta autonomía. Tengo una abuelita que tiene 90 años que está con oxígeno en casa, durante el día va al Centro de Día, pero, por la noche está sola en su casa. Otro día ella me llamo y nos quedamos en el teléfono una hora. Estamos pendientes de una Residencia para esta persona mayor hace un año y estamos de soporte para esperar una plaza para ella ⁴⁵. Con la Ley de la Dependencia se dio un paso adelante, para las personas mayores fue bueno porque sus ingresos no son suficientes para ingresar en una Residencia, cuesta muy caro, as veces, son dos mil euros mensuales. Mi bisabuela le cobra cuatrocientos euros al mes para estar en una Residencia, o sea todo su ingreso de la pensión... ⁴⁶

⁴⁵ NT:...Há pessoas idosas que vivem sozinhas e, por parte da prefeitura tem uma pessoa que lhe ajuda, mas, a dedicação é muito pequena, só uma ou duas horas a cada dia e o resto do dia está só. Estas pessoas idosas necessitam de uma ajuda pontual, para fazer compras, fazer a comida e ajudar na higiene. Seriam aquelas que têm muita necessidade e não têm ninguém. “Tenho uma pessoa com 100 anos que vive só, duas horas por dia vai uma trabalhadora familiar que lhe compra e ajuda um pouco, mas, o resto do dia está só”. Esta pessoa maior deveria ter mais suporte, mas, tem que seguir vivendo só no seu domicílio. Fazemos uma oficina a cada semana para dar mais ferramentas para os familiares que têm uma pessoa com demência em casa para evitar hospitalizá-lo e tentar mantê-lo o mais possível em casa e com autonomia. Para as pessoas maiores estar em casa é o ideal, talvez poderíamos trabalhar mais com o tema das trabalhadoras familiares. Outro dia [no Programa de Atenção Domiciliária e Equipe de Suporte] [PADES] falavam sobre as trabalhadoras voluntárias que faziam companhia para pessoa maior que vive só. Às vezes, estas pessoas não necessitam que lhe façam a higiene e mantém certa autonomia. Tenho uma vizinha que tem 90 anos que está com oxigênio em casa, durante o dia vai ao Centro de Dia, mas, durante a noite está só na sua casa. Outro dia, ela me chamou e nós ficamos no telefone uma hora. Estamos pendentes de uma Residência para esta pessoa idosa há um ano e estamos de suporte para esperar um lugar para ela...

⁴⁶ NT:...Com a Lei da Dependência se deu um passo adiante, para as pessoas idosas foi bom porque seus ingressos não são suficientes para ingressar em uma Residência, custa muito caro, às vezes, são dois mil euros (€) mensais. Minha bisavó lhe cobra quatrocentos euros (€) ao mês para estar em uma Residência, ou seja, todo seu ingresso da pensão...

As redes de suporte são necessárias porque funcionam como polos de apoio aptos a auxiliar seu membros a enfrentar os problemas da vida cotidiana que só se manifestam em momentos de crise.

Na Espanha, os Hospitais de Dia Geriátricos são sócio-sanitários, ou seja, promovem a atenção sanitária e social, através de uma equipe multidisciplinar. Os Hospitais de Dia possuem a enfermeira para dar suporte de saúde e a fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico geriatra, psicólogo e trabalhador social que realizam estimulação física, emocional e cognitiva. Geralmente, o idoso é acolhido neste serviço quando apresenta um problema social, na maioria das vezes, vive sozinho e sua situação econômica é desfavorecida, ou, apresenta doença degenerativa, mas com um certo grau de autonomia. Sendo assim, a equipe de saúde hospitalar atende ao idoso de forma integral, em todos os âmbitos, físico, emocional e social e, com ações de prevenção, manutenção e recuperação da saúde.

Das atribuições das redes de suporte social, podemos destacar as seguintes: “companhia social e apoio emocional”, proporcionado pelo psicólogo, trabalhador social e educador social para aqueles idosos que vivem sozinhos, representando sustentação, simpatia e solidariedade; “guia cognitivo”, significa compartilhar e/ou esclarecer informações e conhecimentos, expondo modelos de comportamentos; “ajuda material e de serviços”, refere-se ao auxílio para solucionar um determinado problema de ordem econômica, de saúde, etc., finalmente, “acesso a novos contatos” supõe a ampliação da rede social pessoal.

Da mesma forma, a Residências e Centros de Dia, a atenção é biopsicossocial. A equipe multiprofissional trabalha em conjunto para solucionar o problema de saúde e social do idoso. Estes serviços foram criados para que o idoso que não possui família possa viver com todo o acompanhamento, inclusive sanitário, através da assistência médica e do CAP na proximidade do serviço. Quando os idosos necessitam de um atendimento sanitário, é solicitado o médico e a enfermeira do serviço e, neste centro são realizadas atividades de recreação, lazer, visitas externas,

entre outras para que os idosos possam se relacionar entre eles e com outras pessoas.

Os idosos que vivem nas Residências Assistidas realizam as mesmas atividades que aqueles que retornam para suas casas e durante o dia ficam no Centro de Dia. Os familiares percebem que os idosos que passam o dia no Centro de Dia, são atendidos nas suas necessidades e mantêm seu estado de saúde porque são estimulados em todos os sentidos. Ao contrário de quando estão nas suas casas e passam o dia todo ociosos, sem serem estimulados.

Por outro lado, os idosos que possuem um grande grau de dependência, recebem a ajuda sanitária e social em seu domicílio, através do sistema sócio-sanitário. Neste sistema, incluem o Programa de Atenção Domiciliária e o Programa de Atenção ao Domicílio e Equipe de Suporte (PADES), da APS. Estes idosos, necessitam de ajuda para as atividades básicas (higiene, etc.), fazer limpeza na casa, compras e muitas vezes, de um cuidador informal.

Para os idosos que recebem uma pensão pequena, possuem um certo grau de dependência foi criado através de recursos sociais, o Sistema para Autonomia e Atenção à Dependência (SAAD), que permite ao idoso ter acesso aos serviços sócio-sanitários, como os Hospitais de Dia, Centros de Dia e Residências Assistidas. E, para aqueles idosos que estão fragilizados pela doença e necessitam estar internados nos Hospitais Geriátricos, são acolhidos em unidades específicas e de acordo com a sua necessidade.

Na possibilidade de este idoso não estar ingressado nos serviços sócio-sanitários, através da Lei 39/2006, de Promoção da Autonomia Pessoal e Atenção às Pessoas em Situação de Dependência, receberá ajuda financeira do governo, para ser assistido por um cuidador informal (España, 2006).

Síntese da subcategoria: desenvolvimento social e suporte familiar

No Brasil, através da APS e do PSF está sendo possível reorganizar redes de suporte com as famílias dos idosos, entretanto, os serviços e os profissionais de saúde realizam ações que se concentram no âmbito sanitário e pouco fazem no âmbito social porque ainda continuam insuficientes os recursos sociais.

Entretanto, na Espanha, devido ao envelhecimento populacional, os serviços sócio-sanitários estão mais desenvolvidos para poder atender a esta demanda cada vez mais crescente. A partir da reforma na APS, através do Programa de Atenção Domiciliária e “*Vida Als Anys*” (1992), grandes esforços têm sido realizados para promover ao idosos suporte social, desde o financiamento até mudanças na forma de gestão.

(Cont.) 5.1.1 Categoria A: Necessidades de boas condições de vida.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Intersetorialidade (A3S).	Intersetorialidade (A3L).

Intersetorialidade (A3S):

...Estamos iniciando o Programa Saúde da Família (PSF) e ainda tentando levar um atendimento mais humanizado, mais global, com uma visão diferente da medicina assistencialista. O programa tem uma filosofia muito bonita, de acolhimento, nós ainda barramos em dificuldades do profissional querer resolver o imediato e contamos também com a dificuldade da integração com as outras áreas. Não é só a área da saúde. Temos dificuldades com a área social, atividade de lazer, de condições psicológicas, de condições de moradia, que não faz com que o programa deslanche tudo o que poderia...

O PSF visa a inovar, reestruturar o modelo de atenção assistencial e fortalecer as políticas sociais. Segundo o MS (1998), os objetivos da implantação do modelo de saúde da família são: prestar assistência integral,

contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita e, proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais (Costa, Carbone, 2004).

O homem precisa ser considerado na sua integralidade, em uma visão que busca superar a fragmentação, o que tem levado a gestão pública responsável pelas políticas sociais a uma nova dimensão na percepção da *intersetorialidade*. A conquista de uma vida saudável não passa apenas pela saúde, mas pela interação das diversas políticas sociais, pela intersetorialidade. Essa é uma nova visão, que coloca a saúde como direito do cidadão e dever do estado (Junqueira, 1997).

A superação da fragmentação de saberes pela especialização excessiva e o desenvolvimento de ações intersetoriais parece ser um caminho em busca de soluções para ações integrais em saúde e para a nova lógica de gerenciamento político na resolução de problemas nos municípios. O reconhecimento e a legitimação da intersetorialidade no governo municipal podem “alavancar” o processo de resolução de problemas de saúde e o enfrentamento de novos arranjos e articulações (Pauli, 2007).

A ação intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver os problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território. Essa é uma perspectiva importante porque aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Com isso, busca-se otimizar os recursos escassos procurando soluções integradas, pois a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social (Junqueira, 2004).

Junqueira (1999) ressalta que, a intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as dimensões das políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões do território, como sua infra-estrutura e ambiente, que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais.

Diante da complexidade dos problemas sociais torna-se necessário integrar os diversos atores sociais e organizacionais na gestão das políticas sociais, privilegiando a ação intersetorial. A intersetorialidade, enquanto

integra saberes e experiências das políticas setoriais, constitui um fator de inovação na gestão da política, e possibilita a articulação das diversas organizações que atuam no âmbito das políticas sociais, constituindo as redes sociais (Junqueira, 2004).

Com o objetivo de proporcionar melhoria da qualidade de vida e o fortalecimento de políticas sociais, em algumas cidades brasileiras foram inseridos movimentos como Cidades/ Municípios Saudáveis e Agenda 21 (1992), entre outros. Essas propostas, guardadas suas especificidades, pressupõem pessoas vivendo em um dado território, enfrentando problemas concretos que demandam *novas formas de gestão local, baseadas na ação intersetorial* (Mendes, Bógus, Akerman, 2004).

No Brasil, o processo de descentralização, iniciado no ano de 1980, permite que as políticas locais possam integrar os diferentes setores. Este papel deve ser desempenhado pelas autoridades locais, ou gestores sociais, que passam a ter uma importante função na definição de políticas e na execução de programas que beneficiam a população da cidade. Esses gestores podem ser considerados pontos focais para a coordenação das ações intersetoriais, pois no nível local é possível unir a coletividade em torno de problemas específicos e buscar soluções próprias, convertendo o esforço conjunto em ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida. Ao gestor municipal cabe um papel central na efetivação dessa lógica de governo com reorientação do desenho institucional, potencializando a ação comunicativa entre dirigentes, profissionais e população (Mendes, Bógus, Akerman, 2004).

A intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses. Essa forma de atuar é nova, por isso, deve acarretar mudanças nas práticas e na cultura das organizações gestoras das políticas sociais (Junqueira, 2004).

Os governos, especialmente os municipais, têm decidido sobre suas políticas fundamentais quase sempre de uma forma segmentada, setorizada, utilizando um conjunto de organizações, secretarias, departamentos, autarquias, fundações e empresas públicas, através das quais, exercem seu poder de regulação e prestam serviços à sociedade. A maioria das estruturas organizacionais municipais reforça a fragmentação das políticas, pois apresenta-se com um formato piramidal, com vários escalões hierárquicos e departamentos separados por disciplinas ou áreas de especialização. Tais estruturas dificultam aos cidadãos o exercício do controle social sobre seus direitos de segunda geração, os direitos sociais e econômicos, uma vez que os problemas têm origem múltiplas, tornando impossível cobrar sua solução de um único setor (Westphal, Mendes, 2000).

O organograma da Secretaria de Saúde do Município de Santos, apresenta-se horizontalmente, com desdobramento de órgãos no mesmo nível hierárquico (departamentalizado). A Assistência Social promove atendimento à criança e ao adolescente; à família; à mulher vítima de violência; população adulta em situação de rua; à pessoa portadora de deficiência e ao idoso. O idoso quando é vítima de maus tratos, abandono, negligência, deve ser informada à Central de Atenção ao Idoso, para que ele possa receber atendimento psicossocial, sua família e o cuidador.

Em Santos, o número de denúncias de maus-tratos e abandono contra idosos este ano (2005) já é 142% maior em relação ao registrado durante o ano passado (2004). O Conselho Municipal do Idoso recebeu 54 denúncias em 2004 e 131 este ano. A maioria trata-se de abandono (51,8%), seguido por maus-tratos psicológicos (24,1%) e físicos (7,4%). Segundo a presidente do conselho e também coordenadora de assistência especializada da Secretaria de Assistência Social (Seas), os responsáveis pelas agressões geralmente são os próprios filhos ou netos. “O problema está no seio da família. O idoso ainda não é respeitado e valorizado pelos parentes por sua experiência”. Ao receber uma denúncia, o conselho encaminha técnicos à residência do idoso. Em muitos casos, um aconselhamento resolve o problema, mas, em outros, é necessário até o registro de Boletim de

Ocorrência (BO) na delegacia de polícia e encaminhamento do caso à Promotoria Pública (IPAT, 2005)⁴⁷.

Para a presidente do Conselho do Idoso, Santos oferece uma boa rede de serviços aos idosos, mas, ressalta que a terceira idade ainda tem muitas reivindicações. Entre elas, está o maior acesso aos medicamentos, a agilização na marcação das consultas, a criação de mais Repúblicas do Idoso, hoje são três, uma casa de convalescência e o transporte gratuito a partir dos 60 anos, em vez de 65. Quando um idoso não conta com nenhum parente para lhe dar assistência após a alta hospitalar, a Seas solicita vagas em casas de repouso particulares, através de convênio da prefeitura. Em média, duas pessoas precisam deste tipo de cuidado todo mês (IPAT, 2005).

Os principais programas de atendimento ao idoso, em Santos, são as repúblicas que abrigam 40 pessoas; três centros comunitários, que têm 8 mil inscritos (a maioria idosos); o projeto Vovô Sabe Tudo, de valorização do idoso; e as atividades de esportes específicas para a terceira idade (IPAT, 2005).

Quanto às condições precárias em que vivem as idosas dos cortiços, a Prefeitura planeja implantar mais uma República de Idosos. Mas, muitas vezes, o idoso prefere morar sozinho. Além do Conselho do Idoso, um dos principais locais de discussão sobre os problemas da terceira idade no Município é a Câmara, onde funciona, desde 2000, o programa *Qualidade de Vida para um Envelhecimento Saudável*. Representantes de diversos setores se reúnem toda última quarta-feira de cada mês para discutir problemas, sugerir propostas e fazer denúncias. Para a vereadora, “Santos possui uma boa retaguarda para a terceira idade, mas ainda há muito que fazer, especialmente no combate ao preconceito”. Ela defende uma intensificação do trabalho de campo por parte de técnicos da Seas, a fim de identificar idosos em situação de risco; o aluguel de imóveis para abrigar

⁴⁷ Município de Santos. São Paulo. Instituto de Pesquisa A Tribuna. Conselho registra aumento de denúncias de maus-tratos, 05 de dezembro de 2005. Santos. [citado 2009 oct 10]. Disponível em: <http://atribunadigital.globo.com/ipat>

aqueles que vivem em locais sub-humanos e reforça a necessidade de casas de convalescência (IPAT, 2005).

As ações intersetoriais dos setores saúde e social não são integradas. Um exemplo disto, seria o idoso que apresenta um problema de saúde no seu domicílio, e que necessita assistência domiciliária. Os programas de saúde devem estar integrados com o Serviço Social. Às vezes, os Programas de Atenção Domiciliária (PAD), Programa de Internação Domiciliária (PID) ou PSF, não resolvem a necessidade do idoso que não possui família e não pode morar sozinho.

Para o idoso que apresenta uma doença neurológica degenerativa e necessita de cuidados básicos, não encontramos, em Santos, unidades hospitalares específicas para atendê-lo, assim como, equipes de suporte social para prover recursos sociais à estes idosos no seu domicílio. Em geral, a atenção sanitária ao idoso ocorre através do PSF, na qual a equipe prestadora do serviço não é interdisciplinária, prejudicando, desta forma, a integração dos setores saúde e social, e a intersetorialidade.

Intersetorialidade (A3L):

*...Los cambios también están ocurriendo porque la población está cada vez más envejeciendo y hoy hay las asociaciones de Alzheimer, son subvenciones con fondos públicos y privados de empresas que ayudan...*⁴⁸

Na Espanha, com a reforma na APS, com a consolidação do sistema sanitário de provisão mista e diferentes fórmulas de gestão (1990), e ainda, a parceria com organizações sem fins lucrativos, tem inovado e mudado a lógica da gestão pública e das políticas sociais, como também introduzido novas formas de gerenciar a política social. *Integrar* as diversas políticas sociais não apenas aumenta a sua eficiência e eficácia, como também sua

⁴⁸ NP:...As mudanças também estão ocorrendo porque a população está cada vez mais envelhecendo e hoje há as associações de Alzheimer, são subvenções com fundos públicos e privados de empresas que ajudam...

efetividade, pois o cliente não é considerado em cada uma de suas demandas, mas na sua totalidade (Junqueira, 2004).

É nessa perspectiva que a intersectorialidade constitui um importante fator de inovação na gestão das políticas sociais. Em vez de estabelecer parcerias isoladas por políticas, muda-se a lógica, ou seja, identificam-se os problemas sociais, integrando saberes e experiências das diversas políticas, passando a população também a desempenhar um papel ativo e criativo nesse processo. Se apenas com as organizações estatais esse trabalho era de difícil consecução, devido às suas práticas e valores, que privilegiam os interesses individuais, com as organizações sem fins lucrativos, com uma lógica de gestão que valoriza o cliente, esse processo pode ser facilmente instaurado, dando maior eficácia à gestão das políticas sociais (Junqueira, 2004).

A complexidade dos problemas sociais demanda diversos olhares, que convergem para objetivos construídos coletivamente. As redes sociais integrando pessoas, organizações públicas e agentes econômicos preocupados com a realidade social constituem um meio para tornar mais eficaz a gestão das políticas sociais. Cada membro da rede preserva sua identidade na gestão dos recursos, e a articulação de todos os seus membros faz com que se integrem, tanto na concepção das ações sociais como na sua execução, para garantir à população seus direitos sociais.

Portanto, o processo instaurado pelo Estado com a descentralização, transferindo suas competências para outras instâncias governamentais na gestão das políticas sociais, cria novas possibilidades de gestão e de parcerias. Nesse contexto, as organizações sem fins lucrativos passam a integrar esse movimento e a articular-se em rede com outros organismos estatais e privados, privilegiando a ação intersectorial, que ocasiona a criação de respostas novas aos problemas sociais. Esse novo processo de gestão das políticas sociais exige mudanças significativas nas práticas das organizações, sejam públicas ou privadas, pois a possibilidade de participar não torna homogêneos os interesses que permeiam as relações sociais,

inclusive pela descrença no poder de influenciar os acontecimentos (Junqueira, 2004).

O Serviço Social está localizado próximo a cada Centro de Atenção Primária (CAP) realizando uma conexão entre os dois serviços. É objetivo do Serviço Social atender pessoas, famílias ou grupos que possuem necessidades imediatas, gerais e básicas, contribuir para a prevenção de problemas sociais, a reinserção e integração social das pessoas com situação de risco social de exclusão. O atendimento a população ocorre nas Áreas Básicas de Serviço Social. Estas áreas, estão distribuídas em Área Básica de Serviço Social e através do Departamento de Bem-estar Social. Este serviço oferece aos idosos 12 Residências, e 13 Centros de Día.

Os serviços sócio-sanitários foram criados pelo Programa “*Vida als Anys*” (1986) que integrou o social e a saúde em uma mesma prestação, pelos Departamentos de Saúde e Seguridade Social. Este programa quando foi criado, teve como objetivo atender às doenças crônicas, incorporar o conceito de atenção integral, prevenção e interdisciplinaridade, e definir critérios de planejamento e coordenação assistencial, como também de regulação normativa deste setor. Posteriormente, em 1988, o Departamento de bem-estar Social, passa a ser interdepartamental, de Seguridade Social e Saúde. Neste momento, o trabalho é centrado nos conteúdos e desenvolvimento do modelo de atenção para os idosos, doenças crônicas, câncer, SIDA e outros processos.

O novo modelo de atenção promove qualidade de vida ao enfermo com uma concepção integral, através da atenção física, emocional, social e espiritual, reabilitadora e eficaz para a tender às necessidades.

Para o idoso, a rede sócio-sanitária oferece outros serviços: PADES (Programa de Atenção ao Domicílio e Equipe de Suporte); as UFISS (Unidade Funcional Interdisciplinária Sócio-Sanitária) no Hospital Geral; Hospital de Día (Ambulatorial); Centro de Día (Ambulatorial) e Hospital Sócio-Sanitário (Unidade de Convalescência, Longa Permanência, Cuidados Paliativos e Psicogeriatria); Enfermeira de Enlace e Gestora de Casos.

Síntese da subcategoria: Intersetorialidade.

Sabendo-se que o Brasil está caminhando para o envelhecimento populacional, é necessário, emergencialmente, adequar as ações sociais para atender à demanda de problemas neste setor. É no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde e através do PSF que nos deparamos com estes problemas e buscamos resolutividade dos gestores locais.

Na Espanha, as políticas sociais estão mais desenvolvidas devido ao envelhecimento populacional. Os setores social e saúde trabalham em conjunto para atender a demanda dos problemas sócio-sanitários com ações inovadoras e através da intersetorialidade.

(Cont.) 5.1.1 Categoria A: Necessidades de boas condições de vida.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Qualidade de vida (A4S).	Qualidade de vida (A4L).

Qualidade de vida (A4S):

.. Sim, o PSF trouxe algumas mudanças, um pouco mais de qualidade de vida, mas falta mais...

Talvez a referência mais antiga acerca de definição de *Qualidade de Vida* seja de Aristóteles (384-322 a.C.), em sua *Ética*: “Tanto a população geral, quanto as pessoas refinadas concebem que boa vida e progredir têm o mesmo significado que ser feliz. É evidente que Aristóteles não cunhou o termo qualidade de vida. Falava em boa vida, em progresso, em felicidade (Paschoal, 2005).

Para Aristóteles, a boa vida é a vida mais desejável. Após a Segunda Guerra Mundial, qualidade de vida tornou-se um constructo importante,

significando melhoria do padrão de vida. O conceito de boa vida foi usado para se referir à conquista de bens materiais: possuir casa própria, carro, etc., ter aplicação financeira, uma boa aposentadoria, poder viajar. Paulatinamente o conceito foi ampliado, englobando o desenvolvimento socio-econômico e humano e a percepção das pessoas a respeito de suas vidas. Indicadores econômicos surgiram e se tornaram instrumentos importantes de se medir e comparar qualidade de vida entre diferentes cidades. Passaram a ser usados o Produto Interno Bruto (PIB), a renda per capita, a taxa de desemprego, o desenvolvimento social, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, etc. (Paschoal, 2005).

A partir da década de 60, percebeu-se que, embora todos fossem indicadores importantes para se avaliar e comparar a qualidade de vida entre países, não eram suficientes para medir a qualidade de vida dos indivíduos, pessoas que se inseriam diferentemente naquela sociedade e que podiam se distanciar do índice médio para a população como um todo. Era necessário e fundamental avaliar a qualidade de vida percebida pela pessoa, o quanto as pessoas estão satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade de vida de suas vidas (qualidade de vida subjetiva). Passou-se a valorizar, então, a opinião dos indivíduos (Paschoal, 2005).

O grupo de especialistas em *Qualidade de Vida* da OMS elaborou um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, construído através do método transcultural (WHOQOL), e afirmam que, “embora não haja uma definição consensual de qualidade de vida, há concordância considerável entre os pesquisadores acerca do constructo, subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. A subjetividade está relacionada às condições externas às pessoas, presentes no meio e nas condições de vida e trabalho que influenciam a qualidade de vida das mesmas, não é subjetividade pura e total. A multidimensionalidade, inclui, pelo menos, três dimensões, a física, psicológica e social. O próprio WHOQOL inclui a dimensão espiritual. A bipolaridade possui duas dimensões: positiva e negativa. Exemplos destes podem ser o desempenho de papéis sociais,

mobilidade, autonomia, dentre outros. Exemplos de dimensões negativas, a dor, fadiga, dependência (Paschoal, 2005).

Kimura (1999), traduziu e validou o instrumento “Quality of Life Index” de Ferrans (1985) e Powers (1992), recebendo no Brasil o nome de Índice de Qualidade de Vida (IQV). No mesmo ano (1999), Ciconelli e cols, apresentaram os resultados de tradução para o português e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36) e, ainda em 1999, Fleck e col. apresentaram o desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Posteriormente, dado o tamanho e a dificuldade prática do instrumento com cem questões, foi desenvolvido um questionário menor do projeto WHOQOL. Em todo o mundo, há poucos instrumentos construídos para a população idosa (Kimura apud Paschoal, 2005).

No Brasil, foram criados dois instrumentos para avaliar a qualidade de vida na velhice, um deles o WHOQOL-OLD (Centro Brasileiro), de Porto Alegre (RS), ligado ao *World Health Organization Quality of Life Group*, através de um projeto multicêntrico da OMS. E, o outro instrumento com oito dimensões e quarenta e três itens, retratando a multidimensionalidade do constructo “Qualidade de vida na Velhice”, que vem sendo desenvolvido no Serviço de geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, denominado índice de qualidade de vida dos idosos (IQVI) (Paschoal, 2005).

No Brasil, existem grandes diferenças individuais entre os idosos em quase todos os tipos de características, físicas, mentais, psicológicas, condições de saúde e socio-econômicas, o que torna as conclusões a respeito da qualidade de vida e do cuidado necessário altamente individualizadas. Em nosso meio, a velhice está associada à perda, incapacidade, dependência, impotência, doença, desajuste social, baixos rendimentos, solidão, viuvez. O idoso é chato, rabujento, implicante, triste, demente e oneroso. Tal visão estereotipada, aliada a dificuldade de se distinguir entre o envelhecimento normal e patológico, senescência e senilidade, leva a negação da velhice ou a negligência de suas necessidades. Isso mostra a

enorme variedade de dimensões a serem aferidas numa avaliação de qualidade de vida dos idosos.

Um dos modelos mais conhecidos sobre qualidade de vida na velhice foi desenvolvido por Lawton (1983), que definiu o constructo como resultado da avaliação multidimensional, levando em conta critérios sociais, normativos e intrapessoais a respeito das relações entre o indivíduo e seu ambiente. O modelo descreve quatro dimensões: competência comportamental; condições ambientais; qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo (Lawton, 1983 apud Paschoal, 2005).

A competência comportamental é a avaliação do funcionamento do indivíduo quanto à saúde, habilidade física, cognição, ao comportamento social. As condições ambientais são relativas ao entorno físico, avalia as condições de acesso, conforto e segurança. A qualidade de vida percebida depende da auto-avaliação da saúde e da habilidade funcional em todos os domínios e, o bem-estar subjetivo, diz respeito à avaliação pessoal que o idoso faz do conjunto e da dinâmica das relações entre três áreas precedentes: satisfação, felicidade e estado de espírito (Paschoal, 2005).

Ao mesmo tempo, o grupo do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, está trabalhando com a definição do MS (The WHOQOL Group, 1995) porque valorizam a subjetividade do constructo e a necessidade de que sejam os próprios idosos, os avaliadores de suas vidas (Paschoal, 2005).

As dimensões que devem compor um instrumento de avaliação da qualidade de vida de idosos são várias, destacando-se a Saúde Física, Capacidade Funcional/Autonomia, Psicológica, Social/Família, Econômica, Hábitos/Estilos de Vida, Meio Ambiente e Espiritualidade/Transcendência.

O PSF, preocupa-se em promover a saúde através de uma abordagem sobre os hábitos e estilos de vida; o conhecimento dos fatores de risco para as doenças na dinâmica familiar e do processo saúde-doença (Costa, Carbone, 2004).

Segundo Bertalanffy (1974) uma família é, ao mesmo tempo, um sistema porque “parte de um suprasistema mais amplo e, por sua vez, composto de muitos subsistemas” e, está aninhada em suprasistemas amplos como igrejas, associações de bairros, clubes esportivos, vizinhança. E dentro dela há subsistemas, como: relação pai/filho, sogra/genro, irmãos, primos (Bertalanffy apud Costa, Carbone, 2004).

A estrutura biofísica-social do indivíduo é produto de seu determinismo estrutural, ou seja, da estrutura do sistema em que vive, das influências intrapessoais e ambientais. As mudanças serão desencadeadas pelas “perturbações”, mas as intervenções em educação em saúde, podem se constituir em uma destas “perturbações”, fatores desencadeantes de modificações. Assim, a ação dos profissionais de saúde no PSF sobre estas famílias devem tender a provocar mudanças no estilo de vida para que o indivíduo tenha qualidade de vida (Costa, Carbone, 2004).

Os suprasistemas, como igreja ou escola, são da maior importância nesta atuação. Junto a eles podem-se organizar caminhadas, grupos de ginásticas e exercícios, cursos de culinária saudável ou mutirões para limpeza de reservatórios de água. Também atividades religiosas ou de lazer que podem distanciar, especialmente os jovens, do alcoolismo e uso de drogas (Costa, Carbone, 2004).

A Prefeitura de Santos mantém diversos programas que têm como meta propiciar melhor qualidade de vida à terceira idade. Além da beleza natural da cidade, com a praia, ampla área verde e facilidade de locomoção, nas artes, no esporte, na assistência social e na saúde, idosos regram a vida de forma salutar, resgatam a autoestima e a vida social ⁴⁹.

Na “Pulsar Companhia de Dança”, por exemplo, mulheres de 66 a 85 anos encontraram na dança a felicidade. O grupo existe há seis anos e foi criado para participar dos Jogos Regionais do Idoso (Jori), por meio de parceria entre as Secretarias de Cultura (Secult) e Esportes (Semes), e o

⁴⁹ Município de Santos. São Paulo. Programas propiciam qualidade de vida aos idosos em Santos, 15 de dezembro de 2006. Santos. [citado 2009 ago 10]. Disponível em site: <http://www.clicklitoral.com.br/02921.html>

Fundo Social de Solidariedade. Desde então, as 16 bailarinas se apresentam em eventos dentro e fora da Cidade, exibindo versatilidade, sincronismo e vigor. Com duas aulas por semana, aprendem coordenação motora, ritmo, disciplina e noção espacial.

Outro projeto desenvolvido pela Secult é o “Dance ao Entardecer”, com cerca de 200 alunos que praticam aulas de dança de salão. A Secult ainda promove cursos de teatro, pintura, desenho, violão e bordados da Ilha da Madeira para todas as idades. Cerca de mil alunos freqüentam as atividades, incluindo a terceira idade.

A Secretaria Municipal de Esportes atende cerca de seis mil idosos, na Área Continental, em parceria com as Secretarias de Assistência Social (Seas) e da Saúde (SMS). Entre as atividades encontramos: ginástica preventiva para a osteoporose e para cardiopatas, alongamento, natação, vôlei, hidroginástica, tai-chi-chuan, tamboréu, tênis de praia, ginástica terapêutica corporal, ginástica na praia, caminhadas e surfe. O Campeonato de Pedestrianismo, promovido pela Prefeitura, teve neste ano (2006) cerca de 100 participantes com mais de 50 anos. A terceira idade também participa do Programa Jogos dos Idosos, realizados nas etapas regional e estadual.

Na área da Saúde, os idosos têm atendimento privilegiado por meio da Coordenadoria de Saúde do Adulto e Idoso. Geriatras, nutricionistas e professores de Educação Física asseguram atendimento de qualidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Cerca de 60 idosos fazem surfe, aulas na praia e são usuários das UBS, que fazem parte do Programa de Hipertensos e Diabéticos. As aulas ocorrem no verão, numa parceria com a Semes, como o objetivo de complementar a atividade física promovida nas unidades de saúde por estagiários de educação física. O intuito é promover interação, controle da hipertensão e diabetes e cura da depressão e, as oficinas de jardinagem para os idosos, ocorrem no Jardim Botânico Chico Mendes, numa parceria com Secretaria de Meio Ambiente (Semam).

As equipes de saúde do PSF, referenciadas na estratégia definida pelo atual modelo de organização da saúde pública do Brasil, têm realizado suas atividades visando a cumprir com o compromisso de promover a saúde e elevar a qualidade de vida da população que atende. Na medida em que se entende o conceito de qualidade de vida por um viés multidimensional, considerando o caráter biopsicossocial da natureza humana, um programa de assistência à saúde não limita seu trabalho a intervenções de nível epidemiológico e sanitário (Souza, Carvalho, 2003).

Qualidade de vida (A4L):

*...Las personas más ancianas valoran mucho la cualidad de vida, más que la propia patología. A lo mejor que la atención sea perfecta y que esté el mejor posible. No vamos [profesionales de salud] esperar hasta los 80 o 90 años para mejorar la salud de los ancianos. El hecho, por ejemplo, de ocupar el tiempo libre de estas personas, de realizar actividades de ocio, realizar salidas, excursiones, de que ellos se relacionen entre ellos, que se hagan estables incluso para que si sientan bien y se encontrar un poquito mejor. No solo el hecho de que se encuentre bien espiritualmente y cubiertas las necesidades de la comida, medicación, si no que, esté a gusto y que tenga unas ocupaciones aquí, amistades y que se encuentren bien...*⁵⁰

Para a OMS, o envelhecimento ativo é o processo pelo qual se otimiza as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objetivo de ampliar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice (Pajares, Fuente, 2004). Os profissionais de saúde devem adotar este conceito para cuidar do indivíduo idoso desde a fase adulta, com ações de prevenção e promoção da saúde.

O termo adotado, “envelhecimento ativo”, pela OMS no final de 1990 tem como o objetivo transmitir uma mensagem mais ampla que é do

⁵⁰ NT:...As pessoas mais idosas dão mais valor à qualidade de vida, mais que a própria patologia. O melhor seria que a atenção fosse perfeita. Não vamos, nós, os profissionais de saúde esperar até os 80 ou 90 anos para melhorar a saúde dos idosos. De fato, por exemplo, ocupar o tempo livre destas pessoas, realizarem atividades de ócio, realizar saídas, excursões, que eles se relacionem entre eles, que se façam estáveis inclusive para que se sintam bem e se encontrem um pouquinho melhor. Não só o fato de que se encontrem bem espiritualmente e cobertas as necessidades da comida, medicação, se não que, esteja à vontade e que tenham umas ocupações aqui, amizades e que se encontrem bem...

“envelhecimento saudável” e reconhecer os fatores e setores, além da assistência à saúde, que afetam o envelhecimento dos indivíduos e populações. A palavra “ativo” se refere a uma implicação contínua social, econômica, espiritual, cultural e não simplesmente a capacidade de permanecer fisicamente ativo. Manter a autonomia é o principal objetivo tanto para os indivíduos como para os políticos responsáveis (Pajares, Fuente, 2004).

O enfoque do envelhecimento ativo está baseado no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e os princípios das Nações Unidas, de independência, participação, dignidade, cuidado e autorrealização (Pajares, Fuente, 2004).

A saúde e a produtividade dependem de uma diversidade de fatores ou determinantes que rodeiam as pessoas, as famílias e as nações, que são: gênero e cultura; os sistemas sanitário e social; fatores econômicos (salário, trabalho e proteção social); fatores do entorno físico; fatores pessoais; fatores comportamentais e fatores do ambiente social. O envelhecimento é portanto, um fenômeno que tem sua origem em um conjunto de efeitos multifatoriais (Pajares, Fuente, 2004).

Para fomentar o envelhecimento ativo, é necessário que o sistema sanitário adote uma perspectiva do ciclo vital orientada a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades, o acesso equitativo a APS e um enfoque equilibrado de cuidados de longa período. É óbvio que através da realização de atividades preventivas e de promoção a saúde, que começam na infância, já estão contribuindo ao envelhecimento saudável.

Não obstante, temos que levar em conta que o objetivo destas atividades com os idosos é o aumento da expectativa de vida ativa ou livre de incapacidade, quer dizer, prevenir o deterioramento funcional, e quando este já se produziu, recuperar o nível de função com o objetivo de que o idoso possa permanecer em seu domicílio com o maior grau de independência possível. A avaliação funcional se considera prioritária por ser um dos melhores indicadores do estado de saúde, de qualidade de vida,

de morbimortalidade e de consumo de recursos assistenciais(Pajares, Fuente, 2004).

No momento de realizar atividades de prevenção e promoção da saúde tem que ter em conta uma série de princípios: confiar na sua capacidade para melhorar seus hábitos; avaliar sua experiência e saber; aproveitar seu interesse pela manutenção de sua saúde; aproveitar seu maior tempo livre; utilizar uma linguagem clara e respeitosa; utilizar meios que favoreçam a compreensão e a memória; adaptar-se a sua capacidade física, mental e sensorial (Pajares, Fuente, 2004).

Um estudo publicado no Journal of personality and Social Psychology, desenvolvido pela American Psychological Association mostrou que, as pessoas de idade avançada com percepções positivas do envelhecimento, medidas a 23 anos, costumavam viver em média 7,5 anos mais que aqueles com percepções negativas da velhice. Nestes 7,5 anos mais de longevidade nas pessoas com atitudes positivas estão incluídos os fatores como a idade; gênero; status sócio-econômico, solidão e a saúde em geral. Os autores do estudo indicam que o efeito das percepções positivas da própria velhice reflete nas medidas fisiológicas, a baixa pressão sistólica e colesterol que se associam com maior ou menor duração da vida na margem de quatro anos (Pajares, Fuente, 2004).

Isto nos sugere que as atividades preventivas e de promoção não se devem limitar somente no âmbito biomédico de prevenção de fatores de riscos individuais, mas, deve ampliar-se no campo psicossocial, com estratégias de intervenção educativa grupal e de orientação comunitária. Não obstante, pela complexidade e o aspecto multifatorial do conceito, é óbvio que para seu alcance é necessário o desenvolvimento de políticas intersetoriais, com ações concretas nos três pilares básicos, que são: a saúde e a independência; a produtividade dos idosos e a proteção social (Pajares, Fuente, 2004).

Devemos incidir na realização das atividades preventivas e de promoção da saúde não somente na velhice, mas, ao longo de todo o ciclo vital, assim como, promover cuidados equitativos e dignos por longo

período, coordenados com o setor social e o sistema de apoio informal, detectar o abuso dos idosos e procurar uma morte digna.

A chave para envelhecer com êxito é treinar o corpo e a memória; desenvolver alguma atividade produtiva; cultivar amizades; percepção de autoeficácia e um sentimento positivo desde o próprio processo de envelhecimento. Devemos atuar, especialmente com as mulheres, com maiores discapacidades e menos recursos sociais e econômicos, que assumem o cuidado de outros membros da família, sem atender as suas próprias necessidades como também o deterioro da sua saúde. A promoção do seu autocuidado e a corresponsabilidade do resto da sociedade no papel de cuidar são tarefas fundamentais que se deve desenvolver com este grupo (Pajares, Fuente, 2004).

Síntese da subcategoria: Qualidade de vida.

Segundo a Declaração da OMS sobre *Envelhecimento e Saúde* (Brasília/1996) a saúde deve ser vista a partir de uma perspectiva ampla, resultado de um trabalho intersetorial e transdisciplinar de promoção de modos de vida saudável em todas as idades. Cabe aos profissionais de saúde liderarem os desafios do envelhecimento saudável para que os idosos sejam um recurso cada vez mais valioso para suas famílias, comunidades e para o país (OPAS/OMS, 2005).

Atingir o objetivo do envelhecimento ativo irá demandar ações em vários setores além dos serviços sociais e de saúde, incluindo educação, emprego e trabalho, segurança social e financeira, habitação, transporte, justiça e desenvolvimento rural e urbano. Embora esteja claro que o setor de saúde não é responsável diretamente pelas políticas de todos os outros setores, estas estão inseridas, em um sentido mais amplo, no âmbito da saúde pública, pois defendem os objetivos de melhorar a saúde através da ação intersetorial (OPAS/OMS, 2005).

Deve-se dar atenção especial aos indivíduos mais velhos, pobres e marginalizados, e que vivem nas zonas rurais. Uma abordagem de

envelhecimento ativo busca eliminar a discriminação de idade e reconhecer a diversidade das populações mais velhas. As pessoas mais velhas e seus cuidadores precisam estar envolvidos ativamente no planejamento, na implementação e avaliação de políticas, programas e atividades para desenvolvimento do conhecimento relacionadas ao envelhecimento ativo. Colocar em vigor políticas e programas que melhorem a qualidade de vida de pessoas com deficiências e doenças crônicas. Apoiar sua independência contínua e sua interdependência, através de mudanças no ambiente, oferta de serviços de reabilitação e apoio comunitário para os familiares, e facilidade de acesso aos equipamentos necessários (OPAS/OMS, 2005).

5.1.2 Categoria B: Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prologuem a vida.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Direito à saúde (B1S).	Direito à saúde (B1L).

Direito a saúde (B1S):

...O idoso tem uma vida mais vivida, no entanto, tem tanto preconceito na sociedade em relação a ele para arrumar emprego devido suas limitações físicas, nada mais justo que na saúde e no SUS podermos dar uma assistência melhor para ele. Devemos procurar dar todo o atendimento e toda a proteção que é possível de ser dada ao idoso. Em relação ao Estatuto do Idoso, os idosos tem um atendimento mais rápido do que antes, mas ainda, na rede hospitalar há um descaso no atendimento. O tratamento não mudou para o idosos, a única diferença é a senha, como em uma agencia bancária, pega a senha para ser atendido, o idoso fica esperando como os outros, igual acontece no ponto de ônibus ele dá o sinal e o ônibus passa direto. Têm muitos programas mostrando que ele só está mudando de idade e que não tem que ficar em casa fechado, ou na pior das hipóteses quando não tinha família para cuidar, ficar jogado em uma instituição...

A partir da Constituição Brasileira (1988) grandes esforços são realizados para que a saúde seja um direito. O artigo 196 diz que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade (art. 229), a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (art. 230) (Brasil, 1988).

Segundo o documento Pacto pela Vida (Brasil, 2006), elaborado pelo Ministério da Saúde, o idoso deve ser assistido no seu município com algumas prioridades: direito ao atendimento integral das suas necessidades contempladas na Caderneta da Pessoa Idosa; acolhimento dos profissionais nas unidades de saúde; avaliação do geriatra, e acesso a assistência farmacêutica. A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde do idoso, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Partindo da análise de Mattos (2001), podemos sustentar que o direito à saúde apresenta-se como base para diversos sentidos da integralidade enquanto princípio constitucional, tais como: expressão de um atributo das boas práticas de saúde; expressão de um modo de organizar os serviços e, expressão de um atributo das políticas de saúde específicas. Nesta direção, a integralidade emerge como eixo estruturante na defesa do direito à saúde, ao delinear propostas de mudanças das práticas no cotidiano dos serviços. É justamente nesse sentido que encontramos os nexos

constituintes das práticas de integralidade, pois nela reside uma postura de escuta ativa das demandas, por meio de vozes que têm por implicação ética a produção de saúde como direito de cidadania. Nesta linha, direito à saúde e integralidade formam um todo indivisível na medida em que a garantia de um depende da existência do outro.

Direito à saúde (B1L):

...Yo considero que mucho, por tener el cuarto pilar de Bien-Estar Social, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Protección de la Persona con Dependencia, que por una parte, garantiza el derecho universal de que nadie se quedará sin ser atendido, pero, por otra parte, deja muchas cosas descubiertas, no solamente en la base sanitaria, si no en la complejidad del nivel socio familiar...⁵¹

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o grau máximo de saúde que se possa alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social. O direito à saúde obriga aos Estados a gerarem condições nas quais todos possam viver o mais saudavelmente possível. Essas condições compreendem a disponibilidade garantida de serviços de saúde, condições de trabalho saudáveis e segura a estar são ⁵².

Segundo as Nações Unidas, o direito à saúde abarca quatro elementos:

1. Disponibilidade: Possuir um número suficiente de estabelecimentos, bens e serviços públicos de saúde, assim como de programas de saúde.

⁵¹ NT:...Eu considero que muito, por ter o quarto pilar de Bem-Estar Social, a Lei de Promoção da Autonomia Pessoal e Proteção da Pessoa com Dependência, que por uma parte garante o direito universal de que ninguém ficará sem ser atendido, mas, por outra parte, deixa muitas coisas descobertas, não somente na base sanitária, se não na complexidade do nível sócio familiar...

⁵² Organización Mundial de la Salud (OMS). [citado 2009 ago 13]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

2. Acessibilidade: Os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis a todos dentro da jurisdição do Estado: sem discriminação; acessibilidade física; acessibilidade econômica e acesso à informação.
3. Aceitabilidade: todos os estabelecimentos, bens e serviços de saúde deverão ser respeitosos da ética médica, sensíveis aos requisitos do gênero e o ciclo de vida.
4. Qualidade: os estabelecimentos, bens e serviços de saúde deverão ser apropriados desde o ponto de vista científico e médico e ser de boa qualidade.

A disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade e a qualidade são elementos interrelacionados e essenciais do direito à saúde, e serão os critérios úteis para avaliar o respeito do direito à saúde em um contexto determinado segundo o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

Para a OMS, o direito à saúde não só abrange a assistência à saúde oportuna e apropriada, mas também, os principais fatores determinantes da saúde, como o acesso à água limpa potável e as condições sanitárias adequadas, o abastecimento adequado de alimentos, nutrição adequada, moradia adequada, condições sanas no trabalho e o meio ambiente, acesso à educação e informação sobre questões relacionadas com a saúde, incluídas a saúde sexual e reprodutiva⁵³.

A atenção às pessoas em situação de dependência e a promoção de sua autonomia pessoal constitui um dos principais desafios da política social dos países desenvolvidos. O desafio não é outro que atender às necessidades daquelas pessoas que, por encontrar-se em situação de especial de vulnerabilidade, requerem apoio para desenvolver as atividades essenciais da vida diária, alcançar uma maior autonomia pessoal e poder exercer plenamente seus direitos de cidadania.

⁵³ Derechos Humanos. [citado 2009 ago 13]. Disponible en: <http://www.es.amnesty.org/exposiciones-virtuales/derecho-a-la-salud/factores-determinantes>

A presente lei regula as condições básicas de promoção da autonomia pessoal e de atenção às pessoas em situação de dependência mediante a criação de um Sistema para a Autonomia e Atenção à Dependência (SAAD), com a colaboração e participação de todas as Administrações Públicas. O Sistema tem por finalidade principal a garantia das condições básicas e a previsão dos níveis de proteção. Contempla a prestação econômica para cuidados no ambiente familiar ao beneficiário para ser atendido por cuidadores não profissionais quando estiver em seu ambiente familiar em condições adequadas de convivência e de moradia (Espanha, 2006).

Considera-se que o Serviço de Ajuda a Domicílio é um dos pilares da Lei de Dependência. Este serviço é subvencionado pela Secretaria de Bem-estar Social mediante a publicação, a cada ano, da ordem de subvenções. Concretamente, a ajuda a domicílio é uma prestação básica dos serviços sociais que tem como finalidade prestar atenção de caráter doméstico, social, psicológico e reabilitador. Está dirigido às pessoas ou grupos familiares que possuem problemas na convivência; idosos com dificuldades de autonomia pessoal e com incapacidade que afetem sua autonomia pessoal. São estes dois últimos grupos, precisamente, os destinatários principais aos que se dirigem as medidas estabelecidas na lei de Dependência.

Síntese da subcategoria: Direito à Saúde.

A saúde é um direito e uma responsabilidade individual e coletiva. A adequação das políticas de saúde à realidade territorial e social requer a criação de novas estruturas de governo no âmbito local e a revisão das funções, as responsabilidades e as vias de participação dos diferentes atores do sistema público de saúde e, especialmente, da cidadania.

Vinculada à participação política, mas no âmbito pessoal, nos últimos anos se há evidenciado a necessidade de mais autonomia, compromisso e responsabilidade das pessoas para sua saúde. Este fato foi propício pelo aumento da esperança de vida, que implica um aumento da

população que tem que conviver com problemas de saúde crônicos e incapacidades, e por um posicionamento mais ativo da cidadania, consciente de seus direitos como usuária de um serviço público e com capacidade de decisão sobre sua saúde.

Reconhecemos a necessidade de conseguir progressivamente a plena realização do direito de todas as pessoas desfrutarem do grau máximo de saúde física e mental que se possa alcançar. Reafirmamos que alcançar o grau mais alto possível de saúde é um objetivo social de grande importância no mundo inteiro, e para que se faça realidade é preciso adotar medidas em muitos setores sociais e econômicos, à parte do setor saúde. Comprometemos-nos a proporcionar aos idosos, acesso universal e em condições de igualdade à atenção médica e serviços de saúde, nos serviços de saúde física como mental, e reconhecemos o aumento das necessidades de uma população que está envelhecendo (Naciones Unidas, 2002).

5.1.2 Categoria B: Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prologuem a vida.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Atenção Domiciliária (B2S)	Atenção Domiciliária (B2L)

Atenção Domiciliária (B2S):

...O atendimento depende das necessidades dos idosos, a maioria, tem dificuldade de andar por conta da idade avançada. A visita domiciliária é realizada para os idosos acamados, para aqueles que estão abandonados. O agente comunitário quando faz as visitas leva os medicamentos e passa as informações para a enfermeira. Aqui, no Monte Serrat por conta da topografia procuramos atender os idosos no seu domicílio poupando ele de vir à unidade, fazemos na casa do idoso o atendimento da hipertensão, diabetes e coleta dos exames. O PSF veio para facilitar o atendimento e em alguns casos facilitou porque antes do SUS não tinha essa estrutura e oferta de serviços para a população, a saúde para todos e em todos os níveis. Com

esta organização nos serviços, o idoso passa a ter seus benefícios também, como a medicação, a marca popular genérica. Em Santos, antes do SUS tinha o PAM (Posto de Atendimento Médico), era o único lugar que atendia toda a população da Baixada Santista e hoje nós temos as Policlínicas em cada região, as equipes do Programa Saúde da Família (PSF), o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), e o Programa de Internação Domiciliar (PID).

A visita domiciliária (VD) é um instrumento de intervenção fundamental da ESF, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Para isso, devem utilizar suas habilidades e competências não apenas para o cadastramento dessas famílias, mas, também, principalmente, para a identificação de suas características sociais e epidemiológicas, seus problemas de saúde, vulnerabilidade aos agravos de saúde (Brasil, 2001).

Certamente, tal caracterização não se esgota na visita domiciliária, pois todos os momentos de intervenção junto a essas famílias permitem aprimorar a captação desses dados. Entretanto, por se dar no domicílio, a visitação possibilita compreender parte da dinâmica das relações familiares. A visita domiciliária só se configura como parte do arsenal de intervenções de que dispõem as equipes de saúde da família quando planejadas e sistematizadas (Brasil, 2001).

A organização da assistência domiciliar deve estruturar-se dentro dos princípios organizativos da APS, considerando que as ações a serem desenvolvidas são principalmente inerentes a ela. A proposta da assistência domiciliária é que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades a partir das vivências que envolvam não somente à cura das doenças, mas também, a prevenção e a promoção da saúde (Santos, 2007).

Na assistência domiciliária os profissionais devem fornecer uma atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade; realizar ações de vigilância da saúde de forma integrada às práticas dos serviços, considerando o contexto sócio-econômico e cultural de sua área de atuação; realizar diagnósticos de situação sócio-sanitária aplicando os indicadores e instrumentos da epidemiologia, do planejamento e programação em saúde;

comunicar-se com a população assistida por meio de linguagem adequada, respeitando valores e crenças; trabalhar em equipe multidisciplinar e participar na formação e recursos humanos, por meio da educação continuada de agentes comunitários de saúde e outros profissionais (Santos, 2007).

Estudos demonstram que a atenção domiciliária à saúde do idoso pode auxiliar a reduzir as internações hospitalares e o tempo de permanência, e contribuir com a contenção de despesas. Os autores relatam que a atenção em nível domiciliar pode enfatizar medidas preventivas, melhorar o cumprimento das medicações, providenciar medidas de arranjos para uma vida adequada e suporte social, e melhorar o reconhecimento dos primeiros sinais de declínio clínico e/ou funcional (Kerber, Kirchhof, Cezar-Vaz, 2008).

Outro aspecto considerado importante na atenção domiciliária é o trabalhador ser referência para o usuário quando surgir uma necessidade, como por exemplo, a falta de uma medicação; alterações na situação de saúde do usuário, e dúvidas relacionadas ao processo de vida e saúde, entre outras. Ao adentrar no domicílio, os trabalhadores lidam com a dimensão subjetiva presente nas relações estabelecidas entre os seres humanos, principalmente com seres humanos “em seus espaços de poder, de privacidade, de maior autonomia de viver suas vidas, ou seja, ao sair do espaço conhecido e vivido dos serviços de saúde, há chance de horizontalizar mais as relações entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde” (Kerber, Kirchhof, Cezar-Vaz, 2008).

É importante que o enfermeiro conheça as atribuições de todos os membros da equipe (médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde) que realizam visitas domiciliares, entretanto, deve haver uma equipe na Unidade Básica de Saúde capaz de oferecer suporte técnico quando houver necessidade. Essa equipe contempla os seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, nutricionista, dentista, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. A atuação do enfermeiro permite que ele direcione uma conduta mais específica à clientela atendida, seja na UBS

ou na Unidade Saúde da Família em que está inserido pela equipe, o que facilita suas condutas individuais e contribui para que as condutas do grupo de trabalho sejam eficazes (Santos, 2007).

Atenção Domiciliária (B2L):

*...Hacemos [Enfermeras] visitas domiciliarias para aquellas personas mayores que por alguno motivo no pueden desplazarse, por la persona o por barrera arquitectónica. En todos los casos valoramos la conveniencia de ir al domicilio y hacer el seguimiento de manera periódica y establecemos la periodicidad de acuerdo con las carencias y necesidades de la persona en aquel momento, pues, si necesita, iremos a cada 15 días o en cada semana. Se la persona tiene una ulcera de decúbito, establecemos una cota mas frecuente. Normalmente hacemos la primera visita en conjunto, el medico de familia y la enfermera y cuando el tema es de enfermería, la enfermera va sola o, el médico va solo, pero, a cada dos o tres meses vamos juntos ⁵⁴. Yo pienso que ha mejorado muchísimo todo que es la atención en domicilio. Por un lado, estamos con los Centros de Atención Primaria y por otro, el Programa de Atención al Domicilio y Equipo de Soporte (PADES) que combinamos entre nosotros. Por ejemplo, una semana vamos nosotros en domicilio y la otra ellos. Ellos hacen el control de dolor y más el paliativo y nosotros hacemos más el acompañamiento y curas. Se ha potencializado la atención domiciliaria para que la persona mayor reciba todas las informaciones sobre el tratamiento. Cuando la familia me contacta agradece muchísimo porque para ellos esto es una gran ayuda...*⁵⁵

Na Espanha, o envelhecimento progressivo da população representa em torno de 17% os espanhóis com 65 anos e mais. A diminuição da taxa de

⁵⁴ NT:...Fazemos (Enfermeiras) visita domiciliária para aquelas pessoas idosa que por algum motivo não podem deslocar-se, pela pessoa ou por barreira arquitetônica. Em todos os casos, avaliamos a conveniência de ir ao domicílio e fazer o seguimento de maneira periódica e estabelecemos a periodicidade de acordo com as carências e necessidades da pessoa naquele momento, pois, se necessita, iremos a cada 15 dias ou em cada semana. Se a pessoa tem uma úlcera de decúbito, estabelecemos uma cota mais freqüente. Normalmente, fazemos a primeira visita em conjunto, o médico de família e a enfermeira, e quando o tema é de enfermagem, a enfermeira vai só ou, a médica vai só, mas, a cada dois ou três meses vamos juntos...

⁵⁵ NT:...Eu penso que melhorou muitíssimo tudo que é a atenção no domicílio. Por um lado, estamos com os Centros de Atenção Primária (CAP) e por outro, o Programa de Atenção ao Domicílio e Equipe de Suporte (PADES) que combinamos entre nós. Por exemplo, uma semana vamos nós no domicílio e a outra eles. Eles fazem o controle de dor e mais o paliativo e nós fazemos mais o acompanhamento e a cura. Se a potencializado a atenção domiciliária para que a pessoa idosa receba todas as informações sobre o tratamento. Quando a família se comunica agradece muitíssimo porque para eles, isto é uma grande ajuda...

mortalidade e o aumento da taxa de morbidade neste grupo faz com que exista a possibilidade de um crescimento da dependência, fragilidade e necessidade de cuidados de longa duração, o que requereria um aumento de cuidadores informais e prestações sanitárias e sociais, representando um esforço econômico e pessoal importante para as diferentes administrações (Pérez et al., 2006).

Apesar da diversidade de serviços sócio-sanitários as pessoas doentes ou dependentes seguem preferindo majoritariamente permanecer no próprio domicílio. Isto comporta que a família, na Espanha, seja um recurso fornecedor de cuidados em 80% dos casos, podendo-se considerar como um elemento sanitário de primeira ordem de provedores de atenção e cuidados dentro do sistema sócio-sanitário (Pérez et al., 2006).

Existe uma crescente sensibilidade e preocupação por parte dos administradores, profissionais sanitários e sociais sobre as dificuldades para o desenvolvimento dos cuidados no domicílio do idoso. Entre algumas iniciativas se encontra o Serviço de Atenção Domiciliária (SAD) que constitui um conjunto organizado e coordenado de ações que se realizam no lar do usuário/a e/ou em seu ambiente. São ações dirigidas a proporcionar atenções pessoais, ajuda no lar e suporte social a àquelas pessoas maiores, que por situação de falta de autonomia pessoal, ou por problemática familiar, não podem realizar tarefas da vida cotidiana (Pérez et al., 2006).

Os objetivos do SAD são preventivos, educativos e assistenciais, assim como evitar a internação do idoso e melhorar sua qualidade de vida. Os serviços que compreende o SAD são: ajuda no domicílio, higiene e lavanderia, comida a domicílio, serviços de tele-alarma e tele-assistência, compra e gestão de aspectos administrativos, entre outros (Pérez et al., 2006).

Os idosos que fazem uso do SAD possuem idade média de 82 anos, dos quais 77,3% são mulheres e 20,7% são homens; a maioria é viúva (58,6%); casadas 24,9%, solteiras 10,7% e separadas ou divorciadas 5,9%. A distribuição do nível de autonomia dos usuários do SAD analisados

segundo o Índice de Barthel resultou em dependência moderada (50,1%), dependência severa (24%), dependência total (12,5%), autonomia (7,6%) e dependência leve (5,9%). Em relação à capacidade para realizar atividades instrumentais segundo o questionário de Lawton e Brody, 51,6% necessitava de alguma ajuda; 46,6% requer muita ajuda e somente 1,8% dos usuários é independente (Pérez et al., 2006).

A avaliação cognitiva dos usuários do SAD se distribuía em estado cognitivo mantido (49,4%), deterioração grave (19,3%), deterioração moderado (16,9%), e deterioração leve (14,6%). Entre as atividades e serviços mais solicitadas pelos usuário do SAD foram: a higiene pessoal (28%), limpeza do lar e compra (16,9%), dos outros 18 serviços que se avaliaram sua utilização está embaixo de 10% (Pérez et al., 2006).

A maioria, vive só (62,8%) dos quais, 49% necessita de alguém que lhe ajude, às vezes e, 46,1% prefere ter um cuidador principal de referência. Somente 37,8% dos usuários recebe outro tipo de ajuda e serviços complementares ao SAD. Quanto às visitas da equipe no domicílio para receber cuidados primários de saúde, (48%) dos usuários referem “não haver sido visitado por nenhum profissional” (Pérez et al., 2006).

Quanto à gestão da medicação, mais da metade (64,9%) refere preparar a sua medicação, e o restante (35,1%) necessita de ajuda e supervisão pessoal. Somente 33% tinha registro que lhe ajudava a lembrar sobre o uso da medicação e a grande maioria (82%) carecia de um dispensador de pastilhas, ou qualquer outro dispositivo para organizar as tomadas da medicação (Pérez et al., 2006).

O perfil dos usuários estudados do SAD de L'Hospitalet de Llobregat é na sua maioria mulheres, com sobre-envelhecimento, alto nível de dependência, que apresenta pluripatologias, evidencia a necessidade de desenvolver sistemas de apoio e cuidados formais e informais de longa duração no próprio domicílio. A existência de serviços de ajuda a domicílio como o SAD permite a identificar os problemas e detectar as deficiências na continuidade de atenção, pois, como se observou no estudo, não é possível cobrir as necessidades de atenção na sua totalidade.

Destacamos a necessidade de maior participação e apoio dos profissionais da APS melhorando a coordenação da atenção domiciliária. Como se evidenciou no estudo, a maior participação permitiria a identificação e prevenção de problemas de saúde, promoção da qualidade de vida e ajuda na detecção e a derivação de problemas sociais.

Na Espanha, a ATDOM, na APS é uma das atividade básicas dos profissionais de saúde. Define-se como o conjunto de atividades de caráter biopsicossocial e de âmbito comunitário que se realiza no domicílio da pessoa, com a finalidade de detectar, avaliar, apoiar e seguir os problemas de saúde e sociais. São suas características, a atenção longitudinal e continuada, a avaliação biopsicossocial, a atenção ao indivíduo e sua família e a interdisciplinaridade (Brunet, 2007).

Dentre os recursos encontrados na APS, encontram-se as *unidades específicas de assistência sanitária domiciliária* que são dirigidas a pacientes extremamente complexos e cuja ação da equipe torna-se-insuficiente, necessitando de um apoio externo da Equipe de Suporte de Atenção Domiciliária (ESAD). A ESAD foi criada em 1988, com a função de contribuir para a melhora da qualidade assistencial, oferecer atenção continuada na comunidade, ser um elemento de apoio aos profissionais da APS e da Unidades Básicas de Assistencia Social e servir de conexão entre os diferentes recursos assistenciais. Constituído no mínimo por um médico, duas enfermeiras e um trabalhador social, as ESADs contribuem para melhorar a assistência aos pacientes no domicílio, capacitação dos profissionais da APS e facilitam a coordenação entre os diferentes níveis assistenciais (Brunet, 2007).

Na Espanha, a hospitalização domiciliária tornou-se uma alternativa a assistência hospitalar, sendo que, a atenção hospitalária é mais frequente, portanto, os centros hospitalares devem dispor de infraestrutura diagnóstica e terapêutica própria. Em relação à hospitalização domiciliária, supõe-se melhores respostas, depois da alta hospitalar que pode prolongar-se por meses e também, a necessidade de outros recursos como: ventilação

mecânica, nutrição enteral, medicamentos por via endovenosa mediante infusão prolongada (Brunet, 2007).

Na APS também encontramos, desde 1999, as Enfermeiras de “Enlace” e Gestora de Casos, como resposta à necessidade de potencializar os serviços de ATDOM. A Enfermeira de “Enlace” realiza a transferência de comunicação e conhecimento do processo de alta dos pacientes internados no hospital ou Centro Sócio-Sanitário que necessitem da ATDOM, garantindo a continuidade assistencial no processo da alta. O papel Enfermeira Gestora de Casos compreende duas áreas de atuação: o hospital, onde o serviço está centrado nas pessoas que sofrem um episódio agudo e na comunidade, na gestão da continuidade assistencial de cuidados para pessoas com episódios crônicos.

Para que a ATDOM seja uma linha de serviços de qualidade, precisa um enfoque integral e multidisciplinar, mas, a realidade está muito distante do desejável. A organização interna do centros está pouco orientada para realizar a atenção domiciliária. Necessita de um novo modelo de organização interna e externa que permita aumentar as coberturas de atenção, garantir a continuidade assistencial por 24 horas, 365 dias do ano.

Síntese da subcategoria: Atenção Domiciliária.

A atenção e o seguimento no domicílio aos idosos podem reduzir a mortalidade e a internação hospitalar. A avaliação geriátrica multidimensional, as visitas preventivas podem retardar a deterioração funcional e reduzir a mortalidade às pessoas idosas de mais 80 anos. Ao domicílio, se recomenda fazer a avaliação dos aspectos clínicos, funcionais, cognitivos e sociais para detectar os problemas de saúde existentes. Também se incorporará a atenção no domicílio às síndromes geriátricas: quedas, má nutrição, poli-medicação e transtornos cognitivos. Na avaliação dos idosos, podem-se utilizar instrumentos validados para a detecção de determinados problemas de saúde (Catalunya, 2003).

São candidatos a receber atenção intensiva no domicílio, os idosos com incapacidades ou dependência física, com alta hospitalar ou dos centros sócio-sanitários, e com alguma atividade da vida diária afetada. No domicílio há a oportunidade de se observar os fatores ambientais, relacionais e de conduta das pessoas que convivem com o idoso. À enfermeira cabe a coordenação dos profissionais, que têm que concretizar a avaliação global do paciente; o estabelecimento por escrito de um plano de atenção; a prática de um seguimento individualizado que priorize as intervenções necessárias, em função das necessidades detectadas e de acordo com os recursos existentes.

(Cont.) 5.1.2 Categoria B: Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prologuem a vida.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Acesso às tecnologias na atenção à saúde do idoso (B3S).	Acesso às tecnologias na atenção à saúde do idoso (B3L).

Acesso às tecnologias na atenção à saúde do idoso (B3S):

...O PSF oferece todo o atendimento ao idoso através de um conjunto de ações do Programa de Saúde do Idoso, hoje tem o protocolo do idoso que diz tudo o que deve ser feito com ele e a principal contribuição foi a cartilha do idoso. Nesta cartilha tem explicado o atendimento preferencial e os programas do SUS. Dentre os programas tem o HIPERDIA, voltado para a hipertensão arterial e diabetes mellitus, doenças prevalentes nos idosos....

A ação programática em saúde pode ser definida como uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica. Pode-se dizer que esta base toma por ponto de partida a lógica de estruturação dos programas de saúde (Nemes, 1995).

Apenas a alguns anos mais recentes, quando a magnitude da população idosa no Brasil permite pensá-la como estrato de consumo importante e como grupo socialmente “visível”, é que surgem políticas de saúde voltadas para os idosos. Estas políticas começam a concretizar-se nos anos de 1980, no processo de reformulação do sistema de atenção que resultou no Sistema Único de Saúde (SUS) e originou os Programas de Saúde voltados para o Idoso (Lima; Filho; Rodrigues; Teixeira, 1995).

As atividades propostas nos programas voltados para os idosos, prioritariamente, são aquelas relacionadas às doenças cronicodegenerativas, que representam parte importante da demanda trazida pela população que envelhece. As ações são organizadas com base neste objeto, introduzindo o seguimento médico orientado por referenciais epidemiológicos e os programas são desenvolvidos com os referenciais do Ministério da Saúde. Atualmente, são realizados grupos com os idosos para seguimento da doença crônico-degenerativa de acordo com os objetivos programáticos, por exemplo, grupos com idosos que estão cadastrados no HIPERDIA (Programa de Hipertensão e Diabetes), com a finalidade de detectar precocemente as enfermidades e controlar os sintomas.

É muito importante que os programas sejam organizados e articulados a partir do princípio da integralidade, ou seja, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de serviço, em seu planejamento, considere o atendimento da demanda espontânea e que a atenção primária seja a porta de entrada, onde o profissional de saúde estará capacitado para atender à população idosa em todas as suas necessidades.

Em 1998, no PSF foi implantado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), um sistema especial para gerenciamento das informações de saúde obtidas nas visitas às comunidades e produz relatórios que auxiliam as equipes de saúde da família, as Unidades Básicas de Saúde e os gestores municipais a acompanharem o trabalho que realizam, e a avaliar a qualidade do mesmo (Brasil, 2001).

O SIAB é um instrumento que agrega dados e possibilita informações sobre a população atendida. Esses dados são recolhidos através

de fichas de cadastramento e acompanhamento, devendo ser objeto de análise e discussão das equipes e dos gestores do PSF (Brasil, 2001).

Os instrumentos de coleta e consolidação dos dados propostos pelo SIAB, são descritos no manual editado pelo MS. Os instrumentos de coleta de dados organizados pelo SIAB são: a ficha de cadastramento das famílias; ficha de acompanhamento das gestantes, hipertensos, diabéticos, pacientes com tuberculose e hanseníase, e a ficha de acompanhamento de crianças. Os registros quantitativos das atividades, procedimentos e notificações são realizados pelas equipes. O agente comunitário de saúde tem um papel fundamental no processo de produção das informações, pois é ele o interlocutor entre as famílias e as equipes. Assim, registrar corretamente os seus dados com a maior fidedignidade possível é uma grande contribuição do agente no processo de “diagnóstico de necessidades” de saúde de uma população (Brasil, 2001).

Os dados dos membros das famílias, após coletados, devem ser selecionados, processados, analisados e transformados em informação pela equipe de PSF. Os relatórios municipais são mensais e permitem visualizar as famílias cadastradas, a situação das famílias. As fichas de acompanhamento domiciliar dos hipertensos e diabéticos têm por finalidade o monitoramento domiciliar desses grupos prioritariamente (Brasil, 2001).

O SIAB, enquanto instrumento de informação, possibilita que a equipe do PSF discuta as questões de saúde para além das dimensões individuais e biológicas e que a equipe lance um olhar sobre os modos de vida e as formas de enfrentamento dos problemas de saúde que as famílias acessam permitindo, assim, a identificação dos determinantes do processo saúde-doença na área geossocial em que se inscreve a equipe de PFS (Brasil, 2001).

Em alguns locais, a coleta de informações tem sido feita pelo próprio município, sendo os dados enviados para órgãos regionais e estaduais e, posteriormente, para os responsáveis pelo processamento em todo o país.

Outro sistema de informação importante é a “Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa”, criada pelo MS, a partir do Estatuto do Idoso. O Ministério

da Saúde (MS) está disponibilizando a Caderneta como parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde da população idosa. Nessa Caderneta, são registradas informações importantes sobre as condições de sua saúde do idoso e irá auxiliar os profissionais de saúde sobre quais as ações necessárias para que você tenha um envelhecimento ativo e saudável. Com ela, você poderá acompanhar a evolução da saúde do idoso (Brasil, 2006f).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é preenchida no momento da realização da visita domiciliar, na qual haja um morador com 60 anos ou mais de idade ou na unidade de saúde durante a consulta. A função primordial da Caderneta é propiciar um levantamento periódico de determinadas condições do idoso e de outros aspectos que possam interferir no seu bem-estar. Antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco e é função do profissional de saúde, por meio do registro na caderneta, identificar esses sinais para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para uma saúde pública mais consciente e eficaz .

Acesso às tecnologias na atenção à saúde do idoso (B3L):

...En la actualidad disponemos de un programa que nos facilita mucho la tarea de identificar las necesidades de la persona porque nos hace ver cuales actividades tenemos pendientes, como una tomada de tensión, un analítico, electro o un examen de pie⁵⁶. Tenemos un programa en el ordenador y una carpeta para cada paciente. En esta carpeta ponemos los datos a cada día, la valoración y las anotaciones sobre las actividades de cada paciente individuales y grupales, dónde todos del equipo tienen acceso⁵⁷. En los últimos años, se ha facilitado la Tele-asistencia a las personas mayores. Cuando la persona mayor necesita de una ayuda porque

⁵⁶ NT:...Na atualidade, dispomos de um programa que nos facilita muito a tarefa de identificar as necessidades porque nos faz ver quais atividades temos pendentes com aquela pessoa, como uma verificada da pressão, um exame, eletro ou um exame de pé. Através das necessidades que os idosos nos apresentam, em equipe, colocamos nossos objetivos e depois trabalhamos em conjunto para atender estes objetivos...

⁵⁷ NT:...Temos um programa no computador e uma pasta para cada paciente. Nesta pasta, colocamos os dados a cada dia, a avaliação e as anotações sobre as atividades de cada paciente individual e grupal, onde todos da equipe têm acesso...

*la mayoría, está sola, llama a un centro, a través de un alarma que el paciente tiene en el domicilio, este servicio es gratuito...*⁵⁸

Na Espanha, existem alguns programas de informação na APS, desenvolvidos com a participação da Sociedade de Medicina de Família e Comunitária, para a melhora contínua da atenção primária e o operativo nos Centros de Saúde. O programa “ISIS”⁵⁹ tem o objetivo obter um Indicador Sintético de Informação Sanitária que, em princípio, por razões operativas, se circunscreve na efetividade da atenção primária e o qual, no futuro, seus elementos permitam uma aproximação da resolução dos problemas sanitários (Brunet, 2007).

Na década de 1980, ocorreu uma mudança do sistema sanitário espanhol com a LGS (1986) que implantou a reforma da Atenção Primária, e novas formas de organizar serviços de saúde para prestar assistência sanitária. Este processo foi incrementado pela melhora da capacitação dos profissionais derivada da criação da Especialidade de Medicina Familiar e Comunitária e pela potencialidade do papel da Enfermaria no Centro de Saúde (Pinto, Puime, 2004).

O planejamento; seguimento e controle das reformas sanitárias requerem um sistema de informação adequado, incluindo tanto os aspectos formais do registro como seus conteúdos (aspectos individuais dos usuários dos serviços de saúde, aspectos relativos à comunidade, aspectos relativos às famílias, atividades curativas, atividades de promoção, prevenção, tratamento, recuperação e outros). Cada vez mais, os sistemas de informação estão servindo para uma avaliação e garantia de qualidade pelos próprios profissionais, de forma que eles possam se engajar em uma melhora contínua da qualidade (Pinto, Puime, 2004).

⁵⁸ NT:...Nos últimos anos, facilitaram a Tele-Assistência as pessoas idosas. Quando a pessoa idosa necessita de uma ajuda, porque a maioria está só, chama a um centro através de um alarme que o paciente tem no domicílio, este serviço é gratuito...

⁵⁹ España. Proyecto ISIS. [citado 2009 ago 16]. España. Disponible en:<http://www.institutoapcom.org>

Na Espanha, foi implantando em Centros de Saúde de Atenção Primária o Programa Informático OMI-AP⁶⁰ (Oficina Médica Informatizada). A história clínica e o cartão sanitário constituem as fontes de dados principais para a avaliação da carteira de serviços. Os indicadores que se utilizam a partir dos dados da OMI e da história clínica para a carteira de serviços são: cobertura para cada atividade da carteira (número de pessoas atendidas/população alvo) e normas técnicas de qualidade (proporção de histórias que cumprem com os requisitos de qualidade previamente aceitados do total de histórias estudadas). A carteira de serviços da Atenção Primária foi implantada no final de 1990, e se organiza em blocos de serviços para atenção aos diferentes grupos de idade da população: criança, mulher, adulto e idoso. Em cada serviço da carteira, enumeram-se uma série de atividades. Na atenção aos adultos e idosos: consulta; vacinação contra a gripe para os maiores ou igual a 65 anos; vacinação contra o tétano; vacinação contra a Hepatite B para grupos de risco; prevenção de doenças cardiovasculares; atendimento a pacientes crônicos: hipertensos, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, obesos, hipercolesterolemia; atendimento a pacientes com HIV–AIDS, educação para a saúde de grupos de pacientes diabéticos; educação para a saúde a outros grupos, atenção domiciliar a pacientes imobilizados e atenção a pacientes terminais (Pinto, Puime, 2004).

O sistema de informação OMI-AP tem três objetivos principais: o administrativo, atenção clínica nos níveis individual e populacional e a geração de conhecimento. A Carteira de Serviços contém os serviços que se ofertam à população e é um instrumento fundamental para medir a atuação sanitária das equipes de Atenção Primária em quantidade (coberturas), em qualidade (normas técnicas mínimas) e em resultados (melhoria no estado de saúde da população) (Pinto, Puime, 2004).

Nos últimos anos, novas tecnologias foram desenvolvidas para os idosos como, por exemplo, a Tele-assistência e Tele-alarme. São serviços de

⁶⁰ España.. Oficina Médica Informatizada. OMI-AP. [citado 2009 ago 16]. España. Disponible en:<http://www.infodoctor.org>

suporte à atenção domiciliária que oferecem diversos centros coordenadores. O serviço se dirige a pessoas com um nível de autonomia limitado e com dependência, devido à idade ou estado físico, com capacidade para a utilização correta do serviço, que vivem sós ou com pessoas que não podem atendê-las de maneira continuada e suficiente⁶¹.

O serviço de Tele-assistência domiciliária é um recurso que permite a permanência dos usuários no seu meio habitual de vida, assim como o contato com seu ambiente sócio-familiar, evitando o isolamento e assegurando a intervenção imediata em crises pessoais, sociais ou médicas para proporcionar segurança e melhor qualidade de vida. Para conseguir estes objetivos, iniciou-se em 1992, o programa de Tele-assistência domiciliária que permite às pessoas maiores e/ou incapacitadas que vivem sozinhas e em situação de risco, entrar em contato verbal com um centro de atenção especializada, pulsando o botão de um medalhão ou pulseira que levam constantemente posto as 24 horas do dia e todos os dias do ano .

Além disso, se dispõe de unidades móveis que em caso de necessidade se transladam ao domicílio do usuário para dar solução à emergência surgida, mediante a mobilização de recursos. Os destinatários do serviço deverão ser pessoas maiores de 65 anos ou discapacitadas que se encontrem em situação de risco social ou físico; não possuir transtornos mentais graves, incluídas as demências senis e deficiências importantes de audição e/ou expressão oral, e deve dispor no seu domicílio de linha telefônica e de abastecimento de luz.

Dentro do Programa de Tele-assistência domiciliária se prestam os seguintes serviços: apoio imediato através da linha telefônica a demandas de diversas ordens, angústia, solidão, acidentes domésticos, caídas, mobilização de recursos ante situações de emergência sanitária, domiciliária ou social. Promove o seguimento permanente desde o Centro de Atenção mediante chamadas telefônicas periódicas, possui serviço de agenda, para

⁶¹ Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO). Teleasistencia Domiciliaría. España. [citado 2009 ago 15]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso/dependencia>

lembrar ao usuário dados importantes sobre, tomada de medicação, realização de gestões, etc.

A Tele-assistência domiciliária oferece duas modalidades de serviço: *sem unidade móvel*: o serviço se empresta exclusivamente desde o Centro de Atenção e, *com unidade móvel*: a unidade móvel complementa os serviços emprestados desde o Centro de Atenção, com intervenção no domicílio para oferecer apoio pessoal ou pequenos serviços e reparações domésticas assim como possível acompanhamento ao usuário a Centros de Assistência.

Síntese da subcategoria: Acesso às tecnologias na atenção à saúde do idoso

Os sistemas de informação constituem um pré-requisito para um tratamento coordenado, integrado e orientado por evidências científicas. Eles podem ser utilizados para monitorar as tendências da saúde, as taxas de natalidade e mortalidade, os processos clínicos de atenção, a implementação de normas e regulamentações, dentre outras coisas.

No caso das condições crônicas, o “registro” de um paciente pode funcionar como um banco de dados para os serviços de prevenção e seguimento e auxiliar no monitoramento da postura do paciente em relação à aderência aos esquemas terapêuticos ou outras alterações importantes no quadro clínico com o passar do tempo.

No Brasil, em se tratando das necessidades de pacientes que apresentam condições crônicas, a inexistência de um sistema de informação, faz com que os trabalhadores da área de saúde sejam reativos, ao invés de pró-ativos. O fato de não se utilizar uma estratégia para monitorar as condições crônicas permite o desenvolvimento de problemas de saúde em vez de retardar seu surgimento ou evitá-los.

As tecnologias têm como finalidade melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas e incapacidades no domicílio e garantir a

este coletivo uma atenção pessoal as 24 horas do dia, todos os dias do ano. As atuações deste Serviço estão dirigidas a cumprir os seguintes objetivos:

- Favorecer a permanência e integração das pessoas com incapacidade no ambiente social em que desenvolvem sua vida, evitando com isso situações de isolamento e o ingresso desnecessário em instituições.
- Conseguir e manter o maior grau de autonomia e independência das pessoas com incapacidade no seu domicílio.
- Favorecer as pessoas com incapacidade segurança e uma atenção rápida em casos de emergência.
- Proporcionar tranquilidade para a pessoa com incapacidade e para sua família.

(Cont.) **5.1.2 Categoria B: Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prologuem a vida.**

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Acesso a todos os níveis de atenção (B4S).	Acesso a todos os níveis de atenção (B4L).

Acesso à todos os níveis de atenção (B4S):

...O idoso necessita de outros atendimentos que não seja somente o da saúde, às vezes, temos dificuldades de trazer um profissional para dar assistência psicológica e social porque muitos idosos são dependentes químicos e dependem de atendimento psiquiátrico. Com o SUS, muitas coisas melhoraram, mas, ainda ocorre uma demora de 1 a 2 meses em relação ao atendimento na unidade de um especialista (dermatologista e oftalmologista) e os exames mais específicos, em torno de 4 meses a um ano e, às vezes, não conseguem. Houve uma abertura em relação a estes atendimentos, mas, precisaria ampliar mais em relação a um Geriatra e

quando os idosos necessitam de cirurgia ou atendimento de emergência são encaminhados ao hospital...

No Brasil, muitos relatos de experiências têm apontado, para as dificuldades do estabelecimento de um sistema de referência e contrarreferência no âmbito municipal. Em Volta Redonda (Rio de Janeiro), foi verificada a existência de um sistema de referência bastante atuante, mas, com pontos de estrangulamento das suas funções, resultando na demora do atendimento pela rede básica de atenção à saúde. O comportamento dos profissionais médicos nos serviços de referência dificulta a concretização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde no âmbito do SUS (Pinheiro, Mattos, 2001).

A hierarquização é “a garantia de resolubilidade que se deve dar de acordo com cada nível e ao nível do sistema como um todo”. Neste sentido, a insuficiência da capacidade tecnológica de cada nível de atenção vai depender também da capacidade resolutiva do nível que o antecede, isto é, o nível que convencionalmente se denominou como porta de entrada do sistema: a rede básica. Portanto, a capacidade resolutiva dos níveis de atenção estará diretamente relacionada com a eficiência das tecnologias desenvolvidas no primeiro nível de atenção (atenção primária), sendo o profissional, em particular o médico, o principal vetor desta situação (Pinheiro, Mattos, 2001).

Isto implica considerar que, ao se criar um sistema de referência e contrarreferência que funcione, é necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, mas, sobretudo reconhecer que nesse sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde no qual está situado (Pinheiro, Mattos, 2001).

Em Volta Redonda, a gestão da oferta de serviços, com seus respectivos níveis de complexidade, tem se dado numa concepção de gestão democrática das unidades, com o estabelecimento de estratégias que

procuram dar mais consistência à relação entre serviços, profissionais e usuários (Pinheiro, Mattos, 2001).

Os níveis de atenção à saúde são constituídos de diferentes composições tecnológicas referidas por sua densidade, custo e viabilidade, para a solução de conjuntos específicos de problemas de saúde de diferentes naturezas. O termo densidade tecnológica corresponde a composições densas, e portanto, mais custosas. Se os princípios da regionalização e hierarquização no SUS foram assim concebidos, isto é, sob a ótica da densidade tecnológica e complexidade assistencial, será necessária a adoção de lógicas organizativas que estruturem os serviços de saúde municipais em níveis de atenção, de maneira a dispor de uma escala de procedimentos técnicos, em conformidade com a responsabilidade de cada esfera de governo na condução e execução das ações assistenciais.

Por exemplo, as ações relacionadas à *atenção básica ou primária* são de responsabilidade municipal, devendo ser estruturada de maneira descentralizada, fazendo com que o planejamento e a organização dos níveis secundários e terciário tenham uma lógica capaz de disponibilizar os procedimentos técnicos de diagnóstico e tratamento com diferentes graduações e recursos disponíveis para serem ordenados. De qualquer maneira, é praticamente inviável que todos os municípios do país sejam capazes de estruturar e manter os três níveis de atenção dentro de seus limites territoriais, como, por exemplo, os ambulatórios especializados, atenção hospitalar e sistemas de apoio diagnóstico e terapias de alto custo (Pinheiro, Mattos, 2001).

A diferenciação dos níveis de atenção por densidade tecnológica e complexidade assistencial deve partir de uma decisão política e institucional, que pode passar despercebida no cotidiano dos profissionais e técnicos de saúde no interior das instituições de saúde.

O PSF tende a “concorrer” com as demandas dos serviços, aqueles de maior complexidade, numa competição desigual, na qual os resultados podem restringir a sua eficácia social. A demanda significa a busca de um serviço que garanta o atendimento, se possível próximo a sua moradia, ao

mesmo tempo, em que deve ser resolutiva em suas ações. É bem verdade que as estratégias de organização da oferta dos serviços prestados pelos profissionais do PSF possuem semelhanças com a da rede básica. O agendamento é utilizado como recurso operacional para ordenamento das demandas, sendo da mesma forma que na UBS. Porém, é possível perceber que as diferenças qualitativas entre as UBSs e os módulos do PSF residem na multiplicidade de relações e interações entre os atores envolvidos com a oferta e demanda por serviços de saúde (Pinheiro, Mattos, 2001).

Contudo vale ressaltar que o problema de se estabelecer um sistema de referência e contrarreferência que atenda as demandas oriundas do PSF, assim como aquelas encaminhadas pela rede de atenção básica, é uma exclusividade dos sistemas municipais de saúde como um todo. As dificuldades consistem na difícil disponibilização de determinadas especialidades, normalmente aquelas de grande densidade tecnológica e de alto custo; e também na falta de conhecimento e compromisso do próprio profissional médico, da sua importância para o funcionamento dos sistema na sua totalidade (Pinheiro, Mattos, 2001).

A organização do processo de trabalho em unidades de saúde, orientada pelo princípio da integralidade, requer alguns pressupostos: a gestão do sistema orientada para o trabalho em rede, isto é, os sistemas geralmente são organizados, do ponto de vista do desenho organizacional, em níveis hierarquizados, representado por uma pirâmide, contribuindo para a fragmentação da assistência. Hoje é possível constatar que o SUS encontra diversas dificuldades para obter maiores avanços no movimento da integralidade (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

A falência da proposta tradicional do processo referência e contrarreferência pressupõe formular novas estratégias que possibilitem uma comunicação mais viva entre os profissionais da atenção básica e os especialistas, as estruturas de atenção às urgências e o aparato dos hospitais. O resultado desses panorama para os usuários do SUS é enfrentar longos períodos de espera para acessar determinados serviços, o que impede o prosseguimento na condução do seu quadro clínico e descredibiliza todo o

sistema de atenção, despotencializando o aparato da atenção básica (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

Alguns municípios, dentre eles Belo Horizonte, conseguiram de, certa forma, equacionar o acesso à atenção básica e de alta complexidade. Este município utilizou uma potente ferramenta para desenvolver estratégias de aproximação da integralidade, a chamada “linha de cuidado”. É uma forma de se imaginar o caminho a ser percorrido, de forma horizontal ou em círculo, e não com base na pirâmide, como tradicionalmente é representado o sistema de saúde. Trata-se de pensar o usuário iniciando a partir de uma porta de entrada, que, na maioria das vezes, é a unidade básica, mas, também pelos serviços de urgência ou unidades que quebram com a organização tradicional do sistema, juntando vários serviços numa mesma unidade, como por exemplo, o Centro de Referência do Idoso (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

Este desenho da linha permite aos gestores simularem todas as situações decorrentes do problema de saúde inicial, de modo a desenvolver ações gerenciais que possam prover as necessidades dos idosos. As linhas de cuidado podem ser pensadas a partir de patologias, a partir dos ciclos de vida e gênero ou de problemas de saúde. Além de potente ferramenta para organizar os serviços, as “linhas” podem representar dispositivos de integração da gestão, na medida em que, para se concretizem, necessitam de pactos e pressupõem o diálogo e a negociação entre os diversos gestores de serviços, como monitoramento e aferição dos resultados (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

A construção dessa “linha” partiu da necessidade do setor de regulação dos serviços de alta complexidade em estabelecer uma regulação mais qualificada para a autorização de cirurgias e outros procedimentos em cardiologia, saindo do modelo tradicional controlador. O problema consistia em que os procedimentos depois de autorizados, não traziam mais nenhuma informação sobre os pacientes, além de não haver uma integração com a atenção básica e secundária (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

O objetivo foi estabelecer um fluxo bem claro, regulado pelo gestor municipal, que garantisse o respeito à fila, com avaliação clínica das prioridades e o retorno do paciente para acompanhamento no serviço indicado, conforme o protocolo clínico (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

O projeto de atenção secundária de Belo Horizonte foi definido pelo governo municipal como sua prioridade absoluta e apresenta três eixos: ampliação da oferta de consultas especializadas e apoio diagnóstico de média complexidade, a introdução de novas ferramentas de atenção e gestão de toda a rede de especialidades e a implantação dos Centros de Especialidades Médicas (CEM). O CEM é uma proposta de reconfiguração dos tradicionais ambulatorios de especialidades, que busca regionalizar a oferta de consultas especializadas, selecionadas pelo estrangulamento na oferta; prioridade na construção nas linhas de cuidados e pouca dependência de equipamentos no momento da consulta (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

Os princípios organizativos desse serviço buscam enfrentar os principais problemas enfrentados hoje na organização da atenção secundária, dentre eles: regulação do acesso, através das equipes de saúde da família com o apoio das unidades básicas; capacitação dos médicos generalistas não só com consultas mas, também com capacitações específicas; adscrição entre equipes básicas e especialistas, onde as equipes de saúde da família encaminharão seus usuários, a partir da regulação para o CEM; as linhas de cuidado, para garantir a continuidade da assistência na referência secundária e a integração entre os gestores dos serviços, quebrando a impessoalidade entre profissionais e gerentes dos serviços (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

Acesso à todos os níveis de atenção (B4L):

...En la Atención Primaria, cuando me derivan un paciente hago la valoración integral entre 24 y 48 horas, dependiendo de cómo está el paciente aviso a su enfermera asistencial (Enfermera de Cabecera del CAP) que en quince días tiene que volver e mirar el paciente. Hay una trabajadora social en cada un dos CAPs que detecta los problemas sócio familiares y deriva a los profesionales que están de referencia y, cuando no

podemos atender las necesidades del anciano, tenemos que derivar este paciente para otro nivel de atención⁶². Cualquier situación o problema con la persona mayor, se lo comunico con la Enfermera de Enlace ubicada en el hospital, para hacer el ingreso y para que ella sepa en que condiciones vive esta persona. Desde el hospital, através del Programa de Alta (PREALTA), el paciente tiene garantizado la continuidad de la atención en su domicilio, dónde, 24 y 48 horas los profesionales van a supervisar las curas en su casa. En el hospital el paciente geriátrico es valorado pela UFISS (Unidad Funcional Interdisciplinaria Socio-Sanitaria) y en el Centro de Atención Primaria (CAP) a través del Programa de Atención Domiciliaria (ATDOM) y el PADES. En el ATDOM, los profesionales van hasta el domicilio a valorar los pacientes que están deteriorados cognitivamente y no pueden ir hasta el ambulatorio. Los equipos del PADES (Programa da Atención al Domicilio e Equipo de Soporte) van al ambulatorio para evaluar los ingresos de aquellos que están en domicilio. En este sentido hay una buena coordinación y continuidad de la atención entre los diferentes niveles⁶³. En un Hospital de Día, lo que hago (Trabajadora Social) es evaluar la parte social de la persona mayor y el informe médico del servicio solicitante. Lo comento con el geriatra que lleva el Hospital de Día y programamos una visita médica para acabar de confirmar si tiene o no la necesidad de ingresar en este servicio. Programo (Trabajadora Social) con los administrativos y llamo la familia para que ellos vengán un día para una

⁶² NT:...Na Atenção Primária de Saúde (APS), qualquer situação ou problema com uma pessoa idosa, eu comunico à Enfermeira de “Enlace” que está localizada na APS, Hospital Sócio-Sanitário ou Centros de Dia Sócio-Sanitários, para fazer o ingresso, seja em nível domiciliário ou hospitalar. A Enfermeira de “Enlace” localizada no hospital quando tem um paciente de alta e requer um seguimento em domicílio se comunica com a Enfermeira Gerente de Casos do Centro de Atenção Primária (CAP) para que faça uma busca nos recursos que esta pessoa necessita. Há uma trabalhadora social em cada um dos Centros de Atenção Primária (CAP) que detecta os problemas sociais e familiares e deriva aos profissionais que estão de referência e, quando não podemos atender às necessidades do idoso, temos que derivar este paciente para outro nível de atenção...

⁶³ NT: ...Qualquer situação ou problema com a pessoa idosa, eu comunico com a Enfermeira de “Enlace” [Enfermeira hospitalária] para que ela saiba em que condições vive esta pessoa. Desde o hospital, através do Programa de Alta Hospitalar (TRIAL), o paciente ingressado que está de alta, tem garantido, a continuidade da atenção no seu domicílio, onde, de 24 a 48 horas os profissionais vão a supervisionar as curas na sua casa (idoso). No hospital de agudos, o paciente geriátrico é avaliado pela UFISS (Unidade Funcional Interdisciplinária Sócio-Sanitária) e no Centro de Atenção Primária (CAP) através do Programa de Atenção Domiciliária (ATDOM) e no Programa de Atenção ao Domicílio e Equipe de Suporte (PADES). No ATDOM, os profissionais vão até o domicílio avaliar os pacientes que estão deteriorados cognitivamente e não podem ir até o ambulatório. As equipes do PADES vão ao ambulatório para avaliar os ingressos daqueles que estão em domicílio. Neste sentido, há uma boa coordenação e continuidade da atenção entre os diferentes níveis...

primera visita con la doctora y luego conmigo ⁶⁴. Ha habido muchos cambios, principalmente en geriatría, cada vez más vemos pacientes mayores con pluripatologías, tenemos una atención muy basada en el enfermo que tiene muchas patologías de base. En el Hospital de Bellvitge tenemos un internista que es especialista en geriatría que nos hace sesiones de manera más o menos regular, con lo cual podemos tener una comunicación abierta. En cualquier momento podemos llamar él y preguntarle sobre el paciente, esto ha facilitado muy el control del paciente. A cada día hacemos la consulta, en el CAP y solicitamos la opinión del especialista, siempre es una ayuda. A veces, encaminamos los pacientes al Hospital de Bellvitge, dónde queda esto medico y, normalmente, el nos envía informes con una cierta regularidad de como estos pacientes evolucionan, sobre todo son paciente que empiezan con un deterioro cognitivo, una demencia y cuando necesitamos de otros especialistas, encaminamos para la Rambla Justus Oliveras, para un neurólogo⁶⁵. Pero, percibo que en la comunidad, la estructura no está bien porque no está accesible para todo mundo. Hay problemas sociales y faltan profesionales, cuando las personas mayores llegan aquí en el hospital ya están muy deterioradas, gente que estaba a mucho tiempo en su casa sin que nadie se ha preocupado con esta persona y está muy mala...

Segundo Brunet (2007), a adequada relação entre a APS e a atenção especializada (AE) implica em quatro elementos conceituais: a APS como filtro ou porta de entrada do sistema sanitário; a visão do médico da APS como agente de saúde, com a possibilidade de estabelecer distintas formas de interrelação (interconsulta ou encaminhamento e atividades de formação), e a necessidade de desenvolver a atenção compartilhada. Neste

⁶⁴ NT:...Em um Hospital de Dia, o que faço é avaliar a parte social da pessoa idosa e o relatório médico do serviço solicitante. Eu comento com o Geriatra que leva o Hospital de Dia e programamos uma visita médica para acabar de confirmar se tem ou não a necessidade de ingressar neste serviço. Programo com os administrativos e chamo a família para que eles venham um dia para a primeira visita com a doutora e depois comigo [Trabalhadora Social]...

⁶⁵ NT:...Sim, ocorreram muitas mudanças, principalmente em Geriatria, cada vez mais vemos pacientes idosos com pluripatologias, temos uma atenção muito baseada no doente que tem muitas patologias de base. No hospital de Bellvitge, temos um internista que é especialista em Geriatria que nos faz sessões de maneira mais ou menos regular, com o qual podemos ter uma comunicação aberta. Em qualquer momento, podemos chamá-lo e perguntar-lhe sobre o paciente, isto facilitou muito o controle do paciente. A cada dia fazemos à consulta, no CAP e solicitamos a opinião do especialista, sempre é uma ajuda. Às vezes, encaminhamos os pacientes ao Hospital de Bellvitge, onde fica o medico e, normalmente, ele nos envia relatórios com certa regularidade de como estes pacientes evoluem, sobretudo são paciente que começam com uma deterioração cognitiva, uma demência e quando necessitamos de outros especialistas, encaminhamos para a Rambla Just Olivera, para um neurologista...

marco, também se deve considerar diferentes iniciativas desenvolvidas para melhorar a coordenação.

À APS se outorga um papel de filtro como porta de entrada ao sistema, e no qual se define se o paciente deve ou não ter acesso a AE. Este papel de filtro não deve entender como uma barreira ou um obstáculo para diminuir a pressão no nível especializado. A razão mais importante do filtro consiste nas diferentes características e na diferente forma de trabalho da APS e AE. O médico da APS está formado para trabalhar com pacientes com baixa probabilidade de possuir um transtorno raro ou grave, enquanto que no caso do especialista ocorre o contrário. Se não existe o filtro, o especialista aplicará a mesma metodologia para lidar com o paciente com baixa prevalência, de maneira que, os exames diagnósticos perdem o seu valor, e o aumento dos exames, uma maior iatrogenia, com o que perdemos efetividade e eficiência (Brunet, 2007).

Assim, portanto, para o médico de cabeceira gera uma obrigação ética de atuar protegendo o paciente tanto da “falta” ou do “excesso” de tratamento, facilitando o acesso direto ao nível especializado (Brunet, 2007).

Cada vez, existe maior conhecimento sobre os temas relacionados à medicina, maior ênfase dos profissionais e interesse da população na prevenção e preocupação com a saúde. Estamos evoluindo desde uma medicina paternalista, a uma medicina em que a pessoa deve assumir a responsabilidade sobre a sua saúde. É o passo do médico responsável da saúde de seus pacientes, ao médico agente de saúde de seus clientes (Brunet, 2007).

Ainda que conceitualmente contém elementos comuns sobre a APS como porta de entrada, o paciente do médico da APS como agente de saúde de seus pacientes oferece um ponto de vista e uma argumentação distinta. Seus fundamentos são: cada pessoa é quem deve tomar a decisão final sobre aquilo que considere a sua saúde. No entanto, não dispõem de toda a informação necessária para tomar a decisão; o médico conhece a informação e os desejos e necessidades do paciente; o médico como agente de saúde deve salvar a assimetria da informação oferecendo a seus clientes

informação disponível, de forma compreensível, para que eles possam tomar as decisões. Quer dizer, o médico tem um papel de informador e assessor (agente de saúde), mas, a decisão final é da pessoa implicada (Brunet, 2007).

O seguinte elemento conceitual é o de estabelecimento da diferença entre interconsulta e o encaminhamento. Quando o médico de família considera que é necessária a intervenção de um especialista, deve definir o tipo de intervenção que deseja e distinguir uma interconsulta ou um encaminhamento. Na interconsulta, o médico de família solicita a opinião do especialista sobre um paciente em concreto, mas, sua decisão não tem caráter vinculante, enquanto que o encaminhamento, o médico de família pede ao especialista que assuma a responsabilidade de lidar concretamente com o paciente. A decisão será uma interconsulta ou encaminhamento, será do médico de família. A interconsulta pode ser feita com a presença do paciente ou em sua ausência e, por sua vez, de maneira formal ou informal (Brunet, 2007).

Em relação ao encaminhamento, podem-se distinguir quatro tipos: provisória, (encaminhamento por um tempo limitado); colateral (sem limite de tempo e para um problema concreto); fragmentada (várias colaterais, para pacientes com pluripatologias), e cruzada (ocorre entre especialistas sem passar pelo médico de cabeceira). As derivações cruzadas deveriam ser evitadas, e a colateral e provisória são as que ajustariam o grau de resolução de cada profissional ou equipe (Brunet, 2007).

E, por fim, a atenção compartilhada, que consiste em um consenso entre os profissionais e a adequada circulação da informação entre os níveis assistenciais. Em um sentido mais amplo, a capacidade de articular uma perfeita continuidade nos processos de atenção, com independência do lugar onde se preste e concentrando os recursos necessários o mais perto possível do paciente, com os critérios genéricos de máxima qualidade, efetividade e eficiência (Brunet, 2007).

A atenção compartilhada não deve ser imposta, mas, consensuada entre a APS e AE. A formação continuada é o marco da atenção

compartilhada, devendo desenvolver-se em colaboração e nas duas direções. A comunicação é uma condição indispensável para o desenvolvimento da atenção compartilhada, não pode funcionar adequadamente quando a informação e a sua circulação é deficitária entre a atenção primária e secundária. Atualmente, a comunicação entre os níveis assistenciais é disfuncional e desequilibrada. A história clínica única, informatizada, resolve esse problema. Onde não se dispõem deve arbitrar-se de mecanismos ágeis e operativos que facilitem a adequada circulação da informação (Brunet, 2007).

Na Espanha, até os anos de 1980, entre o médico de cabeceira e os especialistas do hospital, existia um nível intermediário que desenvolvia sua prática exclusivamente no ambulatório de forma totalmente independente e sem nenhum tipo de coordenação com os especialistas do hospital. Com a LGS (1986) foi certificado o desaparecimento deste nível intermediário, o especialista de ambulatório foi levado ao serviço hospitalário. Uma vez desaparecido, a prestação de serviços da atenção especializada externa ao hospital permitiu contemplar três fórmulas organizativas distintas (Brunet, 2007).

A primeira é quando o especialista no Centro de Saúde realiza a consulta, interconsulta e atividades formativas. O modelo desejável seria aquele em que o especialista sai do hospital e vai a cada Centro de Saúde para realizar tanto a atividade de interconsulta como atividade assistencial direta. O especialista do hospital realiza uma parte da sua atividade assistencial no Centro de Saúde. Deve-se evitar que este especialista tenha somente atividade no Centro de Saúde e muito pouca no hospital, porque assim, ele estaria contribuindo para se criarem dois tipos de especialistas e manter o nível intermediário (Brunet, 2007).

A agenda do especialista é gerenciada pela equipe da APS e nos Centros de Saúde informatizados as consultas dos especialistas são marcadas pelo médico da APS no momento em que ele decide o encaminhamento. Desse modo, o médico da APS é consciente do encaminhamento, da demora existente e pode forçar a visita, se as

características do caso o requerem. Se utiliza a mesma história por parte de todos os profissionais, idealmente informatizada, assim não é necessário pedidos de encaminhamento, não se precisa da resposta do especialista. São realizadas sessões formativas, como discussão de casos clínicos, patologias, etc. Quando o especialista está no centro, é um membro da equipe e quando não está, mantém contato telefônico para comentar casos, realizar interconsultas (Brunet, 2007).

A segunda é quando o especialista utiliza o Centro de Saúde somente para realizar interconsulta ou atividade formativa e não executa nenhuma atividade assistencial no centro. Pode realizar a interconsulta no ambulatório ou centro de especialidades externo ao hospital ou nas consultas externas hospitalares. Para conseguir a agenda própria de cada equipe da APS, é necessário que cada especialista defina uma cota de consultas (Brunet, 2007).

A coordenação assistencial se transformou em objetivo prioritário de muitos sistemas de saúde, especialmente para melhorar a qualidade e a eficiência na atenção de problemas de saúde crônicos que requerem a intervenção de diversos profissionais e serviços. Assim, nas últimas décadas proliferaram as intervenções, tanto políticas (planos intersetoriais, sistemas de compra e financiamento) como no âmbito organizativo (organizações integradas, introdução de mecanismos e estratégias de coordenação). Na Catalunha, como o sistema de saúde separa as funções de financiamento e provisão, e com diversidade na titularidade dos provedores, se promoveram as Organizações Sanitárias Integradas (OSI) para a gestão de mais de um nível assistencial. Coordenação, continuidade e integração assistencial se costumam utilizar indistintamente, mas, significam conceitos diferentes (Martínez, Navarrete, Lourenzo, 2009).

A coordenação se refere à combinação de todos os serviços relacionados com a atenção à saúde independentemente do lugar onde se receba, de maneira sincronizada e para o alcance de um objetivo comum sem conflitos; quando alcança seu grau máximo, a atenção é considerada integrada. A continuidade assistencial, por sua parte, é o resultado da

coordenação desde a perspectiva do paciente. A melhora da coordenação assistencial dependerá, entre outros fatores, do modelo de organização assistencial e dos mecanismos de coordenação utilizados nas organizações (Martínez, Navarrete, Lourenzo, 2009).

Os profissionais de saúde possuem dificuldades para conceituar coordenação assistencial, mas, para eles coordenação significa se colocarem (profissionais) de acordo para que o enfermo passe de um lugar a outro e acesso fácil ao paciente nos distintos níveis, enquanto que, para alguns gestores, coordenação assistencial consiste assegurar a atenção do paciente no lugar adequado (Martínez, Navarrete, Lourenzo, 2009).

Para os profissionais de saúde e gestores, a coordenação assistencial é muito complicada, mas, necessária. Atribuem sua complexidade à diferença no ambiente de trabalho e às perspectivas dos profissionais dos distintos níveis, e suas diferentes visões do paciente. Não obstante, a maioria, opina que a coordenação é necessária porque otimiza recursos ao evitar a duplicação de serviços, perda de tempo e deslocamentos desnecessários do paciente (Martínez, Navarrete, Lourenzo, 2009).

Os profissionais e gestores consideram que existem elementos externos e internos que influenciam as organizações e afetam a coordenação entre os níveis assistenciais. No âmbito externo, os fatores dificultadores são a diversidade de provedores que atendem a população de um território e o sistema de pagamento que pode influenciar ou não na colaboração entre os níveis. Consideram que o pagamento atual na Catalunha incentiva a produtividade hospitalar e não a coordenação com a primária.

No âmbito interno, os elementos facilitadores são a comunicação. O conhecimento e a boa relação entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais. Consideram que estes fatores ajudam a alcançar o consenso sobre a atenção, agilizar o encaminhamento do paciente, avaliar a função dos outros níveis e compreender suas dificuldades. Neste sentido, destaca a importância da existência de mecanismos que promovam a comunicação e o intercâmbio de informação, como sistemas de informação acessível a todos os profissionais envolvidos e grupos de trabalho entre os níveis e

multidisciplinares. Segundo os gestores, as guías, os protocolos e as vias clínicas em determinados processos, somente são elaborados nos diferentes níveis se, são consensuados pelos profissionais e não, impostos (Martínez, Navarrete, Lourenzo, 2009).

Outro elemento interno que facilita a coordenação, segundo os profissionais e gestores, são os valores e as atitudes e colaboração e trabalho; valores que consideram opostos a prática habitual centrada no trabalho individual, na luta pelo controle dos pacientes e uma escassa predisposição a relacionar-se e apreciar o trabalho de outros níveis. Alguns deles relacionaram estes valores com a formação dos médicos: *“os médicos se formam de uma maneira relativamente fragmentada, profundizando em cada um terrenos próprios da medicina, e isto faz com que cada um se crie um pouco dono de todo o processo assistencial”* (Martínez, Navarrete, Lourenzo, 2009).

Gestores e profissionais também assinalam alguns problemas do âmbito laboral que repercutem negativamente na coordenação. Por um lado, a falta de recursos humanos e físicos, a escassez de tempo para se coordenarem com outros níveis, que atribuem a pressão assistencial e, por outro lado, as diferenças entre os convênios de trabalho (salários, horários, incentivos) dentro de uma mesma empresa (Martínez, Navarrete, Lourenzo, 2009).

Deste estudo, emergiram algumas estratégias globais para melhorar a coordenação, entre elas, o aumento do pessoal médico para dispor de mais tempo; facilitar a comunicação, o conhecimento e a informação compartilhada através de um gestor integrador que dirija todos os aspectos relacionados com a coordenação assistencial na organização ou um profissional de “enlace” que seja um interlocutor e facilite a comunicação entre os níveis; sessões clínicas compartilhadas como ferramenta para conhecer os profissionais de outros níveis assistenciais e consensuar critérios de atuação, e a sensibilização dos profissionais acerca das vantagens de uma atenção coordenada.

Síntese da subcategoria: Acesso à todos os níveis de saúde.

A experimentação do dispositivo tecnológico das “linhas de cuidado”, a reconfiguração produtiva dos novos centros de especialidades (CEM) e a dotação progressiva de maior capacidade gestora por parte das equipes básicas de saúde são inovações importantes em um campo extremamente restrito na história do SUS brasileiro. Há que se avançar na necessidade de mensuração dos seus resultados, a partir da eleição de uma plataforma de indicadores que precisam ser testados e avaliados, como possibilidade de expansão desse tipo de projeto para outros locais (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

Para melhorar a coordenação assistencial, as organizações deveriam concentrar seus esforços para implementar mecanismos baseados na retro-alimentação, em criar condições de trabalho apropriadas, assim como, favorecer o desenvolvimento de valores de colaboração e trabalho em equipe entre os níveis. A comunicação, o conhecimento mútuo e a boa relação entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais constituem o núcleo de determinantes da coordenação (Martínez, Navarrete, Lourenzo, 2009).

(Cont.) 5.1.2 Categoria B: Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prologuem a vida.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Ações de prevenção e promoção da saúde (B5S).	Ações de prevenção e promoção da saúde (B5L).

Ações de prevenção e promoção da saúde (B5S):

...O PSF está fazendo a prevenção de câncer de boca porque a maioria dos idosos usa prótese dental. Os idosos pensam que como não têm dente, não

têm perigo para a doença. Temos que tentar chamar o idoso e sua família para alertar sobre isto e promover o cuidado e a autoestima. Atualmente, a Prefeitura de Santos tem laboratório de prótese dentária e um Centro de Especialidade Odontológica. Antes do PSF, a gente não se preocupava com o papanicolau da idosa, com PSA do idoso, ele vai cuidar da sua próstata e a idosa vai cuidar da mama...

A prevenção é o objetivo final, significa evitar a doença e, portanto, a ausência da enfermidade seria um objetivo suficiente; no entanto, seria insuficiente para a promoção da saúde, já que sempre haverá algo a ser feito para um melhor nível de saúde e de condições de vida. A prevenção de agravos à saúde trabalha com previsão, parte de conhecimentos na sua maioria já existentes ou de pistas na história da ocorrências dos agravos. Tem em comum com a promoção da saúde o conhecimento científico, mas foca as suas ações na prevenção de doenças e situações que evitem adoecer (Santos, 2007).

Segundo Czeresnia (2003), a prevenção é uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle de transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante recomendações normativas de mudanças de hábitos.

A prevenção tem alvo na doença, com intervenção médica para grupos de alto risco, para agravos específicos, e tem como executores de ações apenas os profissionais de saúde. De acordo com a Carta de Otawa, a promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação desta no controle desse processo.

Assim, promover a saúde é capacitar a comunidade a melhorar a sua qualidade de vida. Parece claro afirmar que as ações de promoção da saúde independem da presença ou não de doença já que com ou sem esta todos os indivíduos precisam de se alimentar adequadamente, morar bem, ter bom transporte, ter bom nível de instrução, acesso a lazer e recreação e outros recursos, que apotam para as condições de vida de tal comunidade (Santos, 2007).

Observa-se que estas ações são necessariamente intersetoriais e interdisciplinares, e que sem elas a área da saúde sozinha seria impotente para conseguir a plenitude do promover a saúde. Assim, não deve ser visto com estranheza que uma UBS crie um mural de empregos, organize uma classe descentralizada de alfabetização, faça propostas de geração de rendas, dentre tantas outras possibilidades, para as quais em geral os profissionais de saúde são despreparados e que são vistas como fora de sua alçada (Santos, 2007).

De fato, as ações de promoção da saúde transitam desde um mundo micro e individual, para ações ligadas ao ambiente, até por aquelas macrocópicas, situadas numa esfera mais coletiva e social. Com base no exposto, um novo conceito se apresenta: *empowerment*, que tem sido traduzido por “empoderamento”, e se refere ao reforço da capacidade de indivíduos e das comunidades para se manterem saudáveis e capazes de enfrentar a vida com a melhor saúde possível (Santos, 2007).

O PSF pode ser entendido como uma estratégia que responde à questão do empoderamento porque muda o enfoque da assistência à doença para a promoção da saúde e, portanto, da qualidade de vida, exigindo do setor de saúde uma ação articulada com outros setores da administração pública e com setores organizados da sociedade, as equipes valorizam as potencialidades locais e contribuem para a elevação do capital social das populações assistidas (Santos, 2007).

Podemos dizer então que estas ações envolvem questão de integração como outros setores sociais e a ampliação da capacidade de respostas às necessidades da comunidade (que não é só de tratamento da

doença), e mais do que isso, a potencialização das capacidades dos indivíduos (Santos, 2007).

Nas últimas décadas têm ocorrido mudanças quanto ao paradigma sanitário em função das novas formas de compreensão à concepção do processo saúde-doença e isso, conseqüentemente, repercute na prática sanitária a ser adotada e implementada. De uma compreensão “negativa” quanto ao processo saúde-doença, focado na ocorrência de agravos, passou-se para uma visão “positiva”, utilizando uma compreensão mais abrangente do que é saúde (Matsumoto et al., 2007).

Assim, o paradigma passou de flexneriano-biologicista e mecanicista, para o de produção social da saúde, com uma compreensão de que a saúde e o processo saúde-doença são determinados de forma múltipla e mediados pelo sistema social. Passa-se a valorizar uma prática sanitária baseada na vigilância da saúde em que a gestão organiza-se sem privilegiar uma área ou setor do governo, mas, considerando todas as áreas e setores cujas ações podem repercutir e ter impacto na melhoria das condições de saúde (Matsumoto et al., 2007).

A elaboração de políticas públicas saudáveis é o primeiro dos cinco campos da promoção da saúde, definidos na Carta de Ottawa, produzido como resultado da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1986). Os outros campos são: a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (Matsumoto et al., 2007).

Ações de prevenção e promoção da saúde (B5L):

...Nosotros desde las Residencias o Centro de Día, trabajamos con la nutrición para la prevención de enfermedades cardiovasculares y osteoporosis, la Fisioterapeuta hace estimulación en aquellos que tienen problemas de articulación, grupos de psicomotricidad con actividad física para que ellos no se queden sedentarios, a través de ejercicios de estiramiento, alongamiento y flexión para prevención de calidas. La Psicóloga y Educadora Social realizan actividades cognitivas para ayudar a mantener esta persona con una capacidad máxima posible o intentar que no avance su deterioro. Otra prevención es hacer un seguimiento de la

persona que se ha detectado una depresión o demencia, verificando se necesita de una medicación o derivarla a otro profesional, para un psiquiatra o neurólogo. La Terapeuta Ocupacional hace un taller de prevención sobre la importancia de limpiar la prótesis dentaria porque muchas personas ancianas tienen problemas de hálito y no dejan la prótesis con agua por la noche y esto puede provocar futuras infecciones. También, hace taller sobre controle del medicamentos para aquellos que toman muchos medicamentos, provocando problemas en su salud y explica como prevenir algunos problemas como la deshidratación cuando toman laxantes. Nosotros del Hospital de Día, hacemos medidas de prevención y promoción de salud, pero, en un campo muy concreto y sobre todo hacemos nuestro trabajo con las familias. Muchas veces la actividad de prevención se hace con las familias porque nuestros pacientes están presentando el inicio de la demencia. Enseñamos el paciente diabético como utilizar la insulina, hacemos regularmente curativos y hacemos reuniones con el familiar para escuchar⁶⁶.

As atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso têm a finalidade não somente de reduzir a morbidade e mortalidade prematura, mas, também de preservar a função e a qualidade de vida, com as quais se possa conseguir que o idoso permaneça no lar o maior tempo possível.

Os esforços preventivos devem começar precocemente na vida, que é quando se iniciam muitas doenças crônicas degenerativas como o câncer e a arterioesclerose, de forma que os hábitos saudáveis durante toda a vida são a melhor esperança de uma velhice saudável. Em geriatria, no entanto, as atividades devem ser para diminuir a incapacidade e a dependência.

⁶⁶ NT:... Nós desde as Residências ou Centro de Dia, trabalhamos com a nutrição para a prevenção de doenças cardiovasculares e osteoporoses, a Fisioterapeuta faz estimulação naqueles que têm problemas de articulação, grupos de psico-motricidade com atividade física para aqueles que não fiquem sedentários, através de exercícios de estiramento, alongamento e flexão para prevenção de quedas. A Psicóloga e Educadora Social realizam atividades cognitivas para ajudar a manter esta pessoa com uma capacidade máxima possível ou tentar que não avance sua deterioração. Outra prevenção é fazer um seguimento da pessoa que se detectou uma depressão ou demência, verificando se necessita de uma medicação ou derivar a outro profissional, para um psiquiatra ou neurologista. A Terapeuta Ocupacional faz uma oficina de prevenção sobre a importância de limpar a prótese dentária porque muitas pessoas idosas têm problemas de hálito e não deixam a prótese com água durante a noite e isto pode provocar futuras infecções. Também, há oficina sobre controle dos medicamentos para aqueles que tomam muitos medicamentos, provocando problemas na sua saúde e explica como prevenir alguns problemas como a desidratação quando tomam laxantes. Nós do Hospital de Dia, fazemos medidas de prevenção e promoção de saúde, mas, em um campo muito concreto e, sobretudo fazemos nosso trabalho com as famílias. Muitas vezes a atividade de prevenção se há com as famílias porque nossos pacientes estão apresentando o início da demência. Ensinaamos o paciente diabético como utilizar a insulina, fazemos regularmente curativos e fazemos reuniões com o familiar para escutar ...

Diferentes tipos de intervenções preventivas nos idosos podem ser efetivas para reduzir ou atrasar a enfermidade e incapacidade (Santiago, 2004).

Os programas de promoção da saúde para a população idosa tem a capacidade de melhorar a saúde deste coletivo. Os idosos, respondem positivamente aos conselhos sobre prevenção e são capazes de modificar seus hábitos inclusive depois dos 75 anos. Sua resposta a atividade de vacinação pode ser melhor que na população mais jovem. Em promoção à saúde, ainda existem poucos estudos de intervenção com esta população, mas, foram sugeridas mudanças benéficas no estilo de vida, e estudos descritivos ou ensaios comunitários mostraram uma melhora da autoestima, autonomia e de satisfação com a vida. Isto sugere que a intervenção psicossocial com os idosos e cuidadores mediante atividades em grupo de educação em saúde; formação de grupos de ajuda mútua ou, realização de atividades de voluntariado, podem trazer grandes benefícios na melhora da qualidade de vida dos idosos (Santiago, 2004).

O programa de atividades de prevenção e promoção da saúde para os idosos inclui: orientações sobre o tabaco; álcool; hipertensão arterial; exercício físico; prevenção do câncer de cérvix, mama e endométrio; próstata e cólon; vacinação da gripe e tétano-difteria; prevenção da ansiedade e depressão (Santiago, 2004).

Para prevenir a dependência, segundo a OMS, é necessário fomentar o envelhecimento ativo e que os sistemas sanitários adotem uma perspectiva do ciclo vital orientado à promoção da saúde, à prevenção da doença, ao acesso equitativo à atenção primária e especializada, e um enfoque equilibrado de cuidados de longa duração. É óbvio que através da realização de atividades preventivas e de promoção da saúde, que começam na infância, já se contribui ao envelhecimento saudável. Não obstante, é preciso levar em conta que o objetivo destas atividades nos idosos é o aumento da expectativa de vida ativa ou livre de incapacidade, é dizer, prevenir a deterioração funcional e quando este se há produzido, recuperar o nível de função prévio com o objetivo que o idoso possa permanecer em seu domicílio com o maior grau de independência possível (Espana, 2007).

A avaliação funcional é prioritária por ser um dos melhores indicadores do estado de saúde, da qualidade de vida, de morbimortalidade, e do consumo de recursos assistenciais. A prevenção da dependência dos idosos segue o padrão habitual: promoção da saúde, prevenção primária, secundária e terciária, que resulta em:

- *Promoção da saúde*: medidas sanitárias dirigidas a indivíduos e comunidades, destinadas a aumentar o controle sobre os determinantes de saúde para melhorá-la, atuando sobre estilos de vida, fatores pessoais ou ambientais que contribuem para preservá-la. São exemplos: envelhecimento saudável; fomento da atividade física; alimentação saudável; promoção da relação social, e a ausência de barreiras arquitetônicas. Os idosos saudáveis, em nível geral e populacional, se beneficiam majoritariamente destas medidas.
- *Prevenção primária da dependência*: medidas dirigidas a diminuir a incidência da dependência e, portanto, estabelecidas sobre indivíduos não dependentes, sem afetar as atividades da vida diária. Inclui tanto as atividades clássicas de prevenção primária (vacinações, evitar acidentes ou o tabagismo), mas, em pessoas que ainda mantêm a função íntegra. Incide também sobre idosos saudáveis, mas, sobretudo, em idosos com fatores de risco e com doenças crônicas.
- *Prevenção secundária da dependência*: consideram os idosos com grau leve de perda funcional até grau avançado de dependência, consiste na perda de funcionalidade precoce, quando ainda existem possibilidades de reversão ou de modificar seu curso, e portanto, de melhorar seu prognóstico.
- *Prevenção terciária da dependência*: medidas dirigidas à pessoa maior dependente, com o fim de abordar seus problemas, diminuir suas consequências ou atuar sobre sua progressão. São, por exemplo, as medidas reabilitadoras, de fisioterapia, de suporte a cuidadores, correto tratamento da patologia derivada do imobilismo, etc. (Espanha, 2007).

Entre um 40-70% do total de doenças são parcial ou totalmente preveníveis através da modificação nos estilos de vida, uso e controle dos fatores de risco, e prevenção primária e secundária. O Programa de Atividades de Prevenção e Promoção da Saúde (PAPPS) da Sociedade

Espanhola de Medicina Familiar e Comunitária (SEMFYC) trata de definir e estender, mediante grupos de trabalho compostos de expertos em diferentes áreas, as recomendações preventivas e de promoção da saúde em nosso meio, aplicadas à população geral em todos os períodos da vida (Santiago, 2004).

Síntese da subcategoria: Ações de prevenção e promoção da saúde.

Conforme o exposto, a função e o estado de saúde dos idosos é muito heterogêneo. Não são todos os idosos que se beneficiam por igual das mesmas atividades sanitárias, entre elas as preventivas. Podemos aplicar três atividades preventivas a praticamente todos os idosos, independentemente de sua situação funcional. Primeiro, a *atividade física*, efetiva na prevenção primária e secundária da doença, previne a fragilidade e ajuda a manter a função e a reduzir os acidentes. Em segundo lugar, a *vacinação* antigripal e antipneumocócica que são efetivas e se associam a uma morbidade mínima. Por último, se podem aplicar de maneira uniforme atividades para prevenir as *doenças psicossociais* (isolamento, detecção de transtornos afetivos, aumento da autoestima, mau-trato e negligência) (Santiago, 2004).

As principais recomendações de prevenção da dependência dos idosos seriam as seguintes:

- *Pessoa idosa saudável*: que não tenha experimentado doença crônica nem deterioração funcional, por isso, os esforços devem encaminhar-se para manter a saúde com atividades de promoção da saúde e de prevenção primária, principalmente. Também é importante a prevenção secundária para detectar precocemente a doença e evitar sua repercussão.
- *Pessoa idosa com doença crônica não dependente*: parece mais provável que as complicações das doenças crônicas, incuráveis, de comprida evolução, sejam a causa da futura morbidade e deterioração funcional. Assim, a máxima prioridade de prevenção nestes pacientes, sem esquecer os anteriores, deve ser a prevenção secundária e terciária da doença.

- *Pessoa idosa em risco ou frágil*: de dependência ou com dependência leve, conserva a independência funcional de maneira instável e é vulnerável diante de qualquer processo agudo decorrente do ambiente psicossocial.
- *Pessoa idosa dependente de caráter transitório ou de caráter permanente*: a dependência se instalou e as principais medidas são encaminhadas a evitar a progressão desta, centradas principalmente na prevenção terciária da doença.
- *Pessoa idosa no final da vida*: O idoso nesta situação costuma apresentar uma alta dependência junto com uma doença crônica avançada e/ou terminal. O prognóstico de vida é muito difícil de estabelecer, mas talvez, em geral, menor de seis meses. Os objetivos são comuns aos anteriores quanto a conforto e bem-estar, mas não tanto quanto à prevenção da dependência. Por isso, os esforços preventivos devem ser sempre individualizados em cada paciente levando em conta sua situação clínica e prognóstico (Santiago, 2004).

5.1.3 Categoria C: Necessidades de autonomia e autocuidado na construção do modo de andar a vida.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Promoção da autonomia e independência do idoso (C1S).	Promoção da autonomia e independência do idoso (C1L).

Promoção da autonomia e independência do idoso (C1S):

... No atendimento do PSF, a equipe de saúde proporciona atividade física e psíquica como, a terapia comunitária para os idosos, tentando tirar eles de casa, principalmente para aqueles que não têm convivência com a comunidade. Estamos tentando viabilizar com a Sociedade de Melhoramentos para que os idosos possam fazer atividade livre porque eles gostam de dançar e de Taychi. Estamos na espera do Professor de Educação Física para dar continuidade a socialização. No momento, não temos a Unidade do Programa Saúde da Família (USF) na região, mas,

temos a Sociedade de Melhoramentos que uma vez por semana os idosos vão para medir a pressão, passar em consulta e fazer outras atividades educativas. Estamos também vendo outros locais que possam proporcionar a questão cultural para o idoso. No primeiro momento, vai ter teatro e dança porque é importante que os idosos façam alguma coisa que dê prazer à eles....

No Brasil, ainda estamos atuando no campo da prevenção e promoção da saúde, sem preocuparmos com os idosos que apresentam doença crônica ou um grau de dependência.

Os conceitos sobre autonomia, dependência podem ser analisados sobre dois aspectos. O primeiro refere-se à importância das causas externas como os acidentes e violências e o segundo aspecto, se refere aos dados geradores de deficiências e incapacidades, bem como sobre a autonomia (Brasil, 2001).

No processo de envelhecimento, aparecem as doenças crônicas caracterizadas, sobretudo pela hipertensão arterial, diabetes, doenças reumáticas, etc. A autonomia, dependência e independência são conceitos que vêm sendo discutidos amplamente pelos profissionais da área da saúde que atuam junto à pessoa idosa. O declínio funcional que ocorre ao longo da vida, particularmente após os 30-40 anos, é influenciado por vários fatores sejam físicos e/ou orgânicos, pela constituição genética individual, condições educacionais e sócio-econômicas, e também pelas relações familiares (Brasil, 2001).

Todavia, doenças, acidentes, deficiências e desemprego são intercorrências que podem deslocar a cura do declínio funcional da pessoa. Ser adulto e envelhecer sem incapacidades, preservando a autonomia é fator indispensável para a manutenção da boa qualidade de vida. Ser adulto ou idoso incapacitado significa ser dependente, que necessita de cuidados ou atenção de média a longa duração (Brasil, 2001).

Autonomia é definida como capacidade de decisão, comando, independência pela capacidade de realizar algo com seus próprios meios.

Autonomia refere-se ainda, ao estado de ser capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras, construir seu próprio caminho de vida.

Quanto à dependência ou à independência têm sido consideradas como estados e que a sua existência está relacionada a algo ou alguém, ou seja, dependente ou independente de “algo” ou de “alguém” para realizar determinada tarefa. A independência é definida como o estado de quem ou do que tem liberdade ou autonomia, de quem se basta e recorre aos seus próprios meios. Uma pessoa pode ser independente financeiramente, mas, dependente fisicamente para alguma atividade (Brasil, 2001).

A ligação entre autonomia, dependência e independência traz implicações para a assistência de enfermagem, ou seja, cabe ao enfermeiro reconhecer quais as atividades básicas da vida diária de pessoas que estão afetadas, o quanto e como estão alteradas e se isto é progressivo, estável, permanente ou temporário. O enfermeiro precisa identificar a capacidade da pessoa em se adaptar ao seu meio, incluindo atividades variadas. Para cada atividade, o enfermeiro precisa explorar se a pessoa sempre fez sozinha, mesmo antes do agravo ou da doença ou da deficiência. O quanto e como ela consegue realizar, avaliar se em cada atividade básica da vida diária (ABVD) ela é independente, dependente e em quais momentos ela precisa de ajuda (Brasil, 2001).

Ter autonomia e independência são metas na vida da maioria das pessoas, principalmente quando interrogadas quanto às suas expectativas no envelhecer. Certamente, o enfermeiro deve estar atento para as possíveis alterações na dinâmica da família, onde há uma pessoa dependente de algo e/ou de alguém.

Levando-se em conta que uma das principais características do idoso é a sua longa e complexa história clínica, nada mais coerente do que atentar, de maneira perspicaz e objetiva, para os pontos, pregressos e atuais, que possam se relacionar à pessoa. Por outro lado, esta busca de informações não pode ser limitada. Apenas a sistematização do processo, denominada Avaliação Global do idoso (AGI), pode, a um só tempo, permitir que o

portador de tantas peculiaridades possa tê-las devidamente valorizadas (Jacob Filho, 2005).

Segundo o autor, os pontos fundamentais da AGI, são: avaliação dos componentes físicos, psíquicos, sociais e ambientais que afetam a saúde do idoso; cujas condições crônicas incapacitantes, previamente atribuídas ao processo natural de envelhecimento, são agora reconhecidas como preveníveis, e que esta abordagem possa ser incorporada, de modo eficaz, na prática clínica diária (Jacob Filho, 2005).

Quando o profissional de saúde é convocado a avaliar se há condições do idoso morar só, ele deve avaliar tanto as condições do indivíduo como do ambiente que o acolhe. A maioria dos idosos deseja continuar vivendo em suas próprias casas (Amaral, Campora, 2005).

A cada ano, cerca de 10% dos americanos acima de 65 anos são institucionalizados em instituições de longa permanência (ILP). No Brasil acredita-se que a oferta de ILP será insuficiente frente à demanda projetada para este tipo de serviço. Segundo estudo SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments), com pacientes hospitalizados em ILP, sobre a disposição de viver permanentemente em uma ILP, 30% preferiram morrer; 7% declararam-se muito dispostos e os demais demonstraram alternativas contrárias ao internamento (Amaral, Campora, 2005).

Os principais preditores clínicos de admissão em ILP são o comprometimento da AVD e AIVD, juntamente com o comprometimento cognitivo (demências). Os objetivos de uma ILP são: promover um ambiente seguro e acolhedor; restaurar e manter o maior nível possível de independência; preservar a autonomia do indivíduo, e tratar adequadamente condições crônicas.

No Brasil, as ILP, em sua maioria são sem fins lucrativos, podendo ser públicas ou privadas. O idoso que está internado neste tipo de instituição geralmente é pobre e tratado com abandono, negligência, e sofre de violência e maus-tratos. O idoso diante da inexistência e impossibilidade de

arcar com os custos de outras alternativas anteriores à institucionalização, é (des)cuidado (Creutzberg, Gonçalves, Sobottka, 2007).

Neste estudo, observou-se que as contingências para o acoplamento estrutural dessas instituições com sistema econômico são inúmeras, por um lado, a determinação de necessidades dos subsistemas internos das ILPIs, do cuidado de enfermagem, da nutrição, do lazer e bem-estar, e, de outro lado, as necessidades provindas de sistemas sociais parciais, como a legislação trabalhista e as Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso. O sistema econômico condiciona os processos de pagamento que, por consequência, ao serem selecionados como informações pelas ILPIs, determinam o envolvimento das instituições em busca contínua fonte de recursos. Os idosos, apoiados pelo Estatuto do Idoso, expressaram o desejo de receber e gerenciar parte de sua renda. Tal ruído, provindo desse subsistema interno, deve ser selecionado pelas ILPIs em suas decisões referentes a esses recursos, que também contribuem para a manutenção das instituições (Creutzberg, Gonçalves, Sobottka, 2007).

O idoso pobre, diante da institucionalização, torna-se vulnerável à espoliação de seus próprios recursos. O recebimento das verbas públicas depende dos sucessos comunicativos entre as ILPIs e o sistema social e político. O delineamento contínuo de programas internos para que as comunicações sejam compreendidas no entorno e revertam em recursos financeiros para a ILPI são fundamentais. Porém, os esforços para que isso aconteça não podem colocar em risco, nem deixar em segundo plano, os programas de atenção integral ao idoso. Planejamentos que contemplem tanto a garantia da sustentabilidade, quanto o investimento destinado à qualidade no desempenho da função, reforçam a evidente necessidade do desenvolvimento de novos modelos de gestão das ILPIs que abrigam o idoso pobre, fundamentados em princípios gerontológicos (Creutzberg, Gonçalves, Sobottka, 2007).

Promoção da autonomia e independência do idoso (C1L):

...Aquí, en Hospital de Día, los ancianos vienen a algunas horas puntuales a la semana, no hay internamiento, si no que tiene una finalización cuando los objetivos de salud que se han marcado por el equipo se cumplen y la persona sigue su contacto con la atención primaria. Por lo tanto, aquí no cubrimos todas las sus necesidades de salud si no cubrimos un aspecto de su situación actual, fomentamos la autonomía del paciente para que haga una reinserción en su domicilio completa. Atendemos personas mayores para la rehabilitación y realizar actividades de la vida diaria, como vestirse, ducharse, aprender a comer y aprender a manejarse, aquellas que han tenido demencia en un grado que tiene independencia. Por ejemplo, un paciente que ingresó en convalecencia [Unidad de internamiento del Hospital Socio-Sanitario] porque ha sufrido un ictu cerebral en el hospital de agudos, está a cuarenta días ingresado en la unidad de covalescencia y se dará la alta. Todavía, hay cosas que se puede trabajar más [actividades de la vida diaria] con estas personas y no más necesita de internamiento. Como sabemos que la Atención Primaria tiene algunas limitaciones por el numero de personas que atendemos, pues, el Hospital de Día acaba por hacer este trabajo, con lo cual, damos continuidad a la asistencia sobre todo ⁶⁷. Desde aquí, en la Residencia/Centro de Día logramos mayor independencia posible de las personas mayores, tanto para hacer las actividades de la vida diaria y instrumentales, como por ejemplo, las necesidades básicas, como higiene, vestirse, ducharse, y las necesidades sociales, ir a comprar, para que estas personas mayores se van haciendo más autónomas. El hecho de ocupar el tiempo libre de estas personas, de realizar actividades de ocio, realizar salidas, excursiones, de que ellos se relacionen entre ellos, pues, es muy importante a nivel personal que si sientan bien y también los ayuda a se encontrar un poquito mejor. No solo el hecho de que se encuentre bien espiritualmente y cubiertas las necesidades de la comida y medicación, si no que también, que esté a gusto y que tenga unas ocupaciones aquí, amistades y que se encuentren bien...⁶⁸

⁶⁷ NT: ...Aqui, no Hospital de Dia, os idosos vêm a algumas horas pontuais por semana, não há internação, senão uma finalização, quando os objetivos de saúde que se marcaram pela equipe se cumpre, e a pessoa segue seu contato com a atenção primária. Portanto, aqui não cobrimos todas as suas necessidades de saúde, senão cobrimos um aspecto de sua situação atual, fomentamos a autonomia do paciente para que faça uma reinserção no seu domicílio completa. Atendemos pessoas idosas para a reabilitação e realizarem atividades da vida diária, como vestir-se, lavar-se, aprender a comer e aprender a conduzir-se, aquelas que tiveram demência em um grau que tem independência. Por exemplo, um paciente que ingressou na unidade e convalescença (Unidade de internamento do Hospital Sócio-Sanitário) porque sofreu um ictus cerebral no hospital de agudos, está há quarenta dias internado na unidade de convalescença e se dá a alta. Ainda, há coisas que se pode trabalhar mais, como as atividades da vida diária, com estas pessoas que não necessitam de internamento. Como sabemos, a Atenção Primária tem algumas limitações pelo número de pessoas que atendemos, pois, o Hospital de Dia acaba por fazer este trabalho, com o qual, damos continuidade à assistência, sobretudo...

⁶⁸ NT:...Aqui na Residência/Centro de Dia alcançamos maior independência possível das pessoas idosas, tanto para fazer as atividades da vida diária e, instrumentais, como, por exemplo, as necessidades básicas, como a higiene, vestir-se, lavar-se e, as necessidades sociais, fazer compras, para que estas pessoas idosas se tornem mais autônomas. O fato de

...Básicamente cuando el anciano ingresa en una Residencia le quitan los hábitos de su vida diaria, hay que poner otros porque los espacios cambian, a veces, tiene que bajar de piso o tienen que subir para comer, hacer gimnasia en otro salón, pero, muchos ya no tienen el hecho para salir y hacer actividades cotidianas. Hacemos este trabajo, a través de actividades individuales o grupales, dependiendo de la persona y de la manera como ve la vida. Se esta persona mayor tiene una visión positiva, esto ayuda en su recuperación y puede mejorar, pero, muchas veces el estado psicológico dificulta la rehabilitación y esto proceso es muy largo. Las personas que no están bien cognitivamente, también es difícil su rehabilitación porque no colaboran. Intento hacer la recuperación, pero, a veces, el grado de dependencia es muy alto y nos es posible recuperarlo, entonces intento promover menor dependencia y también desarrollar cambios en sus hábitos y costumbres diarios. Lo que hago es dentro de su estado, que vivan bien, con cualidad de vida⁶⁹. En 2007, el hecho de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Protección de la Persona con Dependencia, ha producido cambios en lo sistema de salud. En principio, tenía una mejor coordinación entre la salud y el social y estuviera muy interrelacionado, pero, en general los tramites tienen sido muy lentos en la valoración de la persona mayor con dependencia. Yo, que llevo la unidad de la larga estancia hospitalaria, hay mucho más personas mayores y muy pocas plazas para atender las persona con dependencia. Como este sistema es muy poco ágil, o sea, la idea es que de 2007 hasta 2015, la Ley se despliega y si pueda tener más plazas. Algunas personas que conozco fueron beneficiadas y otras no, la ayuda es un pequeño importe económico para que la persona mayor pague un cuidador. El paciente, primeramente, es valorado por la parte médica y la enfermería para tener el grado de dependencia. Después, el servicio social y el equipo del ayuntamiento hacen la valoración de la parte social y, ellos tramitan los papeles, pero, todo esto

ocupar o tempo livre destas pessoas, de realizar atividades de ócio, realizar saídas, excursões, que eles se relacionem entre eles, pois, é muito importante a nível pessoal para que se sintam bem e também, os ajuda a se encontrar um pouco melhor. Não só o fato de que se encontre bem espiritualmente e cobertas as necessidades da comida e medicação, senão que também, estejam à vontade e tenham umas ocupações aqui, amizades e que se encontrem bem...

⁶⁹ NT:...Basicamente quando o idoso ingressa em uma Residência lhe tiram os hábitos de sua vida diária, é preciso colocar outros porque os espaços mudam, às vezes, tem que descer do apartamento ou têm que subir para comer, fazer ginástica em outro salão, mas, muitos já não conseguem sair e fazer atividades cotidianas. Fazemos este trabalho, através de atividades individuais ou grupais, dependendo da pessoa e da maneira como vê a vida. Se esta pessoa maior tem uma visão positiva, isto ajuda na sua recuperação e pode melhorar, mas, muitas vezes o estado psicológico dificulta a reabilitação e este processo é muito longo. As pessoas que não estão bem cognitivamente, também torna-se difícil sua reabilitação porque não colaboram. Tentamos fazer a recuperação, mas, às vezes o grau de dependência é muito alto e não é possível recuperá-lo, então, tentamos promover menor dependência e também desenvolver mudanças nos seus hábitos e costumes diários. O que faço é dentro de seu estado, que vivam bem, com qualidade de vida...

*está con mucha lentitud, la Ley tiene muchos fallos, hay tanta gente pendiente de hacer evaluación...*⁷⁰

Segundo pesquisa realizada, em 1999, na Espanha, 9% da população apresenta incapacidades ou deficiências podendo levar a uma dependência para as atividades da vida diária ou necessidades de apoio para sua autonomia pessoal (Espanña, 2006).

A autonomia da pessoa faz referência ao direito de cada um para decidir por si, o que se relaciona com seu projeto de vida, “com que”, “como”, “quando” e “por quem” deseja ser cuidado durante a doença. É preciso salvar a autonomia das pessoas frente às instituições sociais e estatais, que historicamente têm tratado de controlar a liberdade pessoal em diversas facetas de sua existência (Santiago, 2004).

As pessoas idosas não devem sofrer discriminações do resto da população, tem pleno direito de receber o mesmo tratamento que em outros períodos da idade e devemos dispensar um trato respeitoso e salvar sua dignidade. Um dever da medicina e dos sistemas de saúde é ajudar aos jovens a chegar a velhos e cumprido este objetivo, ajudar o idoso a viver com dignidade e conforto, sem se esquecer que tratamos com seres humanos com direitos e sentimentos (Santiago, 2004).

Quando se perde a autonomia física e aparece a dependência, se produzem medos e dúvidas que, na medida do possível, deveriam ser esclarecidas. No caso de pacientes com manifestação de incapacidade, tem-se a obrigação ética de sugerir à família a tramitação de uma incapacidade

⁷⁰ NT:...Em 2007, o fato da Lei de Promoção da Autonomia Pessoal e Proteção da Pessoa com Dependência, produziu mudanças no sistema de saúde. Em princípio, teria uma melhor coordenação entre a saúde e o social e estaria muito interrelacionado, mas, em geral, os trâmites têm sido muito lentos na avaliação da pessoa idosa com dependência. Eu, que levo a unidade de larga instância nos hospitais, há muito mais pessoas idosas e muito poucas vagas para atender as pessoas com dependência. Como este sistema é muito pouco ágil, ou seja, a idéia é que de 2007 até 2015, a Lei se desdobra e possa ter mais vagas. Algumas pessoas que conheço foram beneficiárias e outras não, a ajuda é um pequeno importe econômico para que a pessoa idosa pague um cuidador. O paciente, primeiramente, é avaliado pela parte médica e a enfermeira para ter o grau de dependência. Depois, o serviço social e a equipe da prefeitura fazem a avaliação da parte social e eles tramitam os papéis, mas, tudo isto está com muita lentidão, a Lei tem muitos erros, há tanta gente pendente de fazer avaliação...

legal- jurídica ao considerar que o paciente não pode intervir no processo de tomada de decisão relacionada com a sua vida. Para isso, necessita-se a realização de um informe médico e leva a designação da figura do tutor ou responsável do idoso. Nos casos em que os desejos da família sejam opostos ao que poderia parecer razoável do ponto de vista médico, pode-se utilizar a via judicial para que se denomine o tutor que decida o paciente. Essa medida ajuda a evitar situações de abuso, maus tratos, abandono e exploração econômica (Santiago, 2004).

O fenômeno do envelhecimento está originado uma mudança social sem precedentes cujas dimensões e verdadeira envergadura estão longe ainda de ter sido assumidas. Os desafios que supõem tal fenômeno afetam, por um lado, o aumento dos custos de proteção social (sustentados das pensões, aumento dos serviços sociais e sanitários). Mas, também, atendem de maneira muito importante as questões de outra índole e produzirão uma transformação que afetará o ciclo de vida e a organização das diferentes etapas vitais. Em síntese, planeja-se que os dois grandes objetivos que devem responder os países mais desenvolvidos, pelo que se refere ao grupo social formado por quem possui mais de 60 ou 65 anos, são os seguintes: terão que criar e definir espaços de participação social e de desenvolvimento pessoal para os idosos, e deverão oferecer uma resposta integrada para dar solução às necessidades das pessoas que têm problemas de dependência (aquelas que precisam de ajuda para realizar as atividades essenciais da vida diária) (Pajares, Fuente, 2004).

A dependência é uma característica normal de todo indivíduo que vive em sociedade, mas, não adota seu caráter definitivo até que se impõe a ajuda de outra pessoa sistematicamente. Entende-se por dependência o fato de não poder valer-se por si mesmo em algum grau, que dizer, ter dificuldade ou não de poder realizar determinadas atividades habituais para o conjunto da população (Pajares, Fuente, 2004).

A dependência não é consequência da idade. As situações de incapacidades ou dependência são mais frequentes com a idade, mas, de modo algum são uma consequência da mesma. Se deve a problemas de

saúde. Atualmente, a ciência nos diz que é possível diminuir a frequência e intensidade da dependência e atrasar sua aparição. Ainda que são as mulheres que sofrem em maior medida, a feminilidade da dependência é um efeito da idade, viuvez e solidão, em maior medida que um efeito da própria condição feminina, ainda que esta pode piorar a gravidade da mesma. O que sofrem as mulheres é uma maior precocidade à dependência. O resultado de uma incidência mais cedo, uma esperança de vida mais elevada, e uma duração da vida com má saúde, conduzem a mulher sofrer durante mais anos a dependência (Pajares, Fuente, 2004).

A dependência é um risco social. A população com menor nível educativo passa mais anos com limitações em suas atividades e uma saúde pobre; as necessidades de assistência aumentam na velhice de forma constante conforme diminui a renda; o sobrepeso exerce um grande efeito sobre as atividades que implicam mobilidade e as condições crônicas limitam a atividade física, o que contribui para a obesidade; as idades compreendidas da dependência se encontram entre os 75 e 85 anos, quando encontramos falta da autonomia no idoso. Os escassos recursos educativos fazem com que o idoso compreenda cada vez menos, a falta de recursos econômicos que limitam as possibilidades do próprio indivíduo para afrontar e superar as suas limitações, assim como, a escassez de recursos sociais que isola e marginaliza o indivíduo, e muito, especialmente, a depressão, tem uma tradução clara na forma como o indivíduo afronta as suas próprias limitações (Pajares, Fuente, 2004).

É possível diminuir a frequência e intensidade da dependência. A educação sanitária, a prevenção, o controle e adequado manejo das doenças e a recuperação da função perdida são as medidas necessárias para diminuir a dependência.

Como se mede a dependência? Através da capacidade funcional, que significa a habilidade de se relacionar e se adaptar aos elementos que estão ao entorno e para desenvolver as atividades da vida diária. Quando medimos a capacidade funcional estamos medindo o nível de funcionamento do paciente em um determinado momento ou em um período de tempo. A

avaliação do estado funcional tem como objetivo qualificar e quantificar a habilidade para o autocuidado, aplicada às áreas denominadas coletivamente “atividades da vida diária”, dispostas segundo uma hierarquia e que constitui um dos fundamentos da avaliação funcional. Dividem-se em, atividades básicas da vida diária (ABVD) ou atividades para o cuidado pessoal (ACP), e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) ou atividades para a manutenção do ambiente (AMA). As primeiras estão relacionadas ao autocuidado e as últimas à interação com o meio (Solar, 2004).

A situação de dependência é classificada em graus e níveis:

Grau I: Dependência moderada: quando a pessoa necessita de ajuda para realizar as atividades básicas da vida diária, ao menos uma vez ao dia;

Grau II: Dependência aguda: quando a pessoa necessita de ajuda para realizar várias atividades básicas da vida diária, duas ou três vezes ao dia, mas, não requer a presença permanente de um cuidador.

Grau III: Grande dependência: quando a pessoa necessita de ajuda para realizar várias atividades básicas da vida diária, várias vezes ao dia e, por sua perda total de autonomia mental ou física, necessita da presença indispensável e contínua de outra pessoa.

A implementação do Sistema Nacional de Dependência será gradual e se realizará de forma progressiva até o ano de 2015, com o seguinte calendário:

- Primeiro ano, os idosos avaliados no Grau III (grande dependência), nos níveis 1 e 2;
- Segundo ano, os idosos avaliados no Grau II (dependência aguda), nível 2;
- Terceiro ano, os idosos avaliados no Grau II (dependência aguda), nível 1;
- Quinto e sexto anos, os idosos avaliados no Grau I (dependência moderada), nível 2;

- Sétimo e oitavo anos, os idosos avaliados o Grau I (dependência moderada), nível 1 (Solar, 2004).

Cada grau de dependência se classificará em dois níveis, em função da autonomia das pessoas e da intensidade do cuidado de que necessita. Os intervalos para a determinação dos graus e níveis se estabelecerão no barema.

Na avaliação global do idoso, os graus e níveis de dependência, se determinarão mediante a aplicação do barema, acordado pelo Conselho Territorial do Sistema para a Autonomia e Atenção à Dependência, para sua posterior aprovação pelo Governo mediante Real Decreto. Tal barema terá entre seus referentes, a Classificação Internacional do Funcionamento, a Incapacidade e a Saúde (CIF), adotada pela OMS. O barema estabelecerá os critérios da avaliação: o grau de autonomia da pessoa e de sua capacidade para realizar as diferentes atividades da vida diária; os intervalos de pontuação para cada um dos graus e níveis de dependência, e o protocolo com os procedimentos e técnicas a seguirem para a avaliação das aptidões observadas (Espanha, 2006).

O barema avaliará a capacidade da pessoa para realizar por si mesma as atividades básicas da vida diária, assim como, a necessidade de apoio e supervisão para sua realização por pessoas com incapacidade intelectual ou com doença mental. A avaliação se realizará levando em conta os correspondentes relatórios sobre a saúde da pessoa e sobre o ambiente no qual o idoso vive, considerando as ajudas técnicas, como órteses e próteses prescritas.

Apesar do grande avanço experimentado nos últimos 20 anos tanto dos serviços sociais públicos, que ajudam a permanência do idoso no próprio domicílio, como pelos serviços alternativos a este, e o apoio informal (através de mulheres de família, sobretudo) que dispensa a atenção aos idosos dependentes na Espanha (Pajares, Fuente, 2004).

O apoio informal, geralmente, é do gênero feminino, uma mulher adulta que possui entre 40 e 64 anos, com idade média de 52 anos, que

constuma ser a filha (38%) mais que o filho (12%), quando é o cônjuge (marido) que precisa de ajuda (21%); caso contrário, quando a necessidade é da esposa, costuma ser a filha antes que o próprio esposo quem dispensa a ajuda. É o que se chama geração sandwich: mulheres de idade intermendiária que começam a ter pressão de cuidados de seus pais e mantêm ainda seus filhos no lar, cuja emancipação foi atrasada. Das quais 66% tem um nível de instrução muito baixo e 75% não têm atividade profissional alguma, somente 18% desenvolvem algum trabalho remunerado; 59% vivem com a pessoa atendida e dedica 35 horas em média, semanalmente nos cuidados; 28% possui mais de dez anos cuidando da pessoa; 61,5% não recebem ajuda de ninguém e, 90% prestam o cuidado porque considera uma obrigação moral (Pajares, Fuente, 2004).

Na década dos anos de 1980, ocorreram algumas mudanças importantes para este grupo da população: generalização do sistema de pensões e do acesso ao sistema sanitário e um processo relativamente rápido de implantação de um sistema público de serviços sociais, ao menos no que se refere a sua conceitualização (Pajares, Fuente, 2004).

Toda dependência tem sua origem que pode ser um conjunto de efeitos multifatoriais originados por um longo processo de hábitos inadequados de saúde e a falta de preparação para se adequar às mudanças que levam ao envelhecimento. Por isto, não devemos nos esquecer na planificação, incluir programas preventivos, baseados na teoria do envelhecimento ativo e saudável, que tenham relação com os aspectos biopsicossociais dos estilos e vida (Pajares, Fuente, 2004).

Na APS, é óbvio que mediante a realização de atividades preventivas e de promoção à saúde, que começam na infância, já estamos contribuindo ao envelhecimento saudável, não obstante, temos que ter em conta que o objetivo destas atividades com os idosos é o aumento da expectativa de vida ativa e livre de incapacidades, quer dizer, prevenir a deterioração funcional, e quando isto já ocorreu, recuperar o nível de função anterior com o objetivo de que o idoso possa permanecer em seu domicílio com o máximo grau de independência possível (Pajares, Fuente, 2004).

A prevenção da dependência, por outra parte, deve ser considerada também como importante medida de apoio aos cuidadores e cuidadoras familiares. Deste enfoque, adquire sentido a provisão de recursos de apoio às famílias que têm a seu cargo pessoas dependentes. Se asseguramos um amplo desdobramento de medidas de suporte, podemos ao mesmo tempo, conservar esta fonte insustituível de apoio às pessoas com dependência e garantir, simultaneamente, a preservação e prevenção das patologias que afetam as pessoas cuidadoras, com as quais se evitarão os efeitos, adversos para todos, da sobrecarga (Pajares, Fuente, 2004).

Outra medida que se pode realizar é a de potencializar a coordenação sócio-sanitária: um conjunto de ações encaminhadas a ordenar os sistemas sanitário e social para oferecer uma resposta integral às necessidades de atenção sócio-sanitária que se apresentam simultaneamente nas pessoas dependentes. As atividades de coordenação, que podem compreender múltiplos desenhos e modelos de intervenção, partem do suposto da existência dos sistemas que devem atuar de forma conjunta para dar respostas a determinado tipo de necessidades que se apresentam de forma simultânea. A coordenação sócio-sanitária se aproxima do que poderíamos dizer, metodologia da intervenção, pois tenta otimizar os recursos de ambos os sistemas e conseguir a melhor comunicação entre eles com vistas à intervenção conjunta e toma as decisões sobre a utilização dos recursos (Pajares, Fuente, 2004).

Já está na hora de planejar a necessidade da participação ativa dos idosos nas decisões que competem a eles, tanto em âmbito político, como em plano individual. Esta participação pode ser realizada através das próprias pessoas dependentes, quando é possível, ou através das ações de seus familiares.

É necessária uma lei de dependência justa e que apoie as famílias. Quando as situações de dependência se produzem, é preciso ajudar as famílias nos cuidados através da potencialização domiciliária, em primeiro lugar, e com internações temporais ou definitivas, quando se requeiram em centros onde se garantam os cuidados de qualidade. Também neste aspecto,

na Espanha, estamos abaixo da medida europeia. Uma lei justa e equitativa sobre a dependência é uma necessidade urgente (Pajares, Fuente, 2004).

Nos países europeus mais avançados, já se tem dentro de seus sistemas públicos de proteção social, dispositivos que garantem uma ampla rede de serviços sociais universais que colaboram com as famílias na prestação dos cuidados de que precisam as pessoas dependentes. Há muitos anos, os países Nórdicos e os Países Baixos, e mais recentemente a Alemanha, Áustria, Luxemburgo e França, entre outros, têm respondido a este objetivo. Os primeiros realizaram mediante a instauração de direitos de cidadania, suprimindo os custos através de impostos; a Alemanha e Áustria, através de cotas sociais, como uma nova contingência coberta pela Seguridade Social (Pajares, Fuente, 2004).

Mas a questão central do debate da dependência é decidir qual será o modelo de cobertura deste risco e a conseguinte provisão de prestações que se vão colocar na Espanha, assumindo por fim a necessidade de aceitar que os cuidados de longa duração têm deixado de ser a responsabilidade única das famílias.

Desde aquí compartilhamos e apoiamos as propostas de grande parte da comunidade científica que reclama uma iniciativa do Governo, pactuada com as Comunidades Autônomas, que garantam, como direito de cidadania, a cobertura pública dos cuidados que precisam as pessoas dependentes. A Espanha não pode continuar sendo a retarguarda dos países da União Europeia em uma área de tanta importância para melhorar nossa vida e resolver os problemas das famílias como é a universalização dos recursos destinados a atender as pessoas que precisam de cuidados de longa duração (Pajares, Fuente, 2004).

Recentemente, anunciamos planos (de proteção à dependência de Alzheimer, de atenção sócio-sanitária) que, finalmente, não se concretaram, no entanto, começam a proliferar outras respostas que estão sendo lançadas em alguns outros setores interessados. Defendemos a cobertura de uma rede pública de serviços e cuidados destinados às pessoas dependentes, em relação aos custos, como também, de benefícios sociais. Desta forma,

começaríamos a resolver uma necessidade pendente na Espanha que hoje é suportada com enormes dificuldades pelas famílias e de maneira especial, pelas mulheres. E também de benefícios econômicos, pois os estudos realizados têm estimado que é importante o aumento em número de postos de trabalho (200.000) que se criariam com o desenvolvimento dos serviços sociais (Pajares, Fuente, 2004).

Síntese da subcategoria: Promoção da autonomia e independência do idoso.

No Brasil, os idosos, na sua maioria, são assistidos no seu domicílio através do PSF. Como estamos caminhando para ser um país envelhecido, poucas alternativas, além das Instituições de Longa Permanência (ILP) são oferecidas aos idosos que são dependentes.

Na Espanha, existe uma gama maior de recursos públicos e privados para atender o idoso. Encontramos idosos que permanecem no seu domicílio, principalmente, aqueles que estão em fase terminal de uma enfermidade, em Residências Assistidas subvencionadas ou privadas, Hospitais Geriátricos Sócio-Sanitários, nas unidades de convalescência e de longa permanência. A Espanha, através da lei de promoção da autonomia pessoal está buscando enfrentar um dos seus principais desafios da política social. O desafio não é outro que atender as necessidades daquelas pessoas que, por se encontrarem em situação de especial vulnerabilidade, requerem apoios para desenvolver as atividades essenciais da vida diária, alcançarem uma maior autonomia pessoal e poder exercerem plenamente seus direitos de cidadania.

(Cont.) 5.1.3 Categoria C: Necessidades de autonomia e autocuidado na construção do modo de andar a vida.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Educação em Saúde (C2S).	Educação em Saúde (C2L).

Educação em Saúde (C2S):

...O Programa Saúde da Família é recente está sendo implantado com todas as dificuldades naturais de uma implantação, mas, já fizemos reuniões com idosos sobre o Hiperdia...

Ao longo do tempo, podemos observar diversas formas de interpretar e explicar a ocorrência das doenças, que influenciam também na forma de se estruturar as intervenções no âmbito da educação em saúde. Apesar disto, a organização das ações educativas, ainda na atualidade, demonstra fragilidade na sua operacionalização aliada à falta de discussão mais aprofundada sobre os referenciais teóricos mais adequados para a sua estruturação, nos diferentes modelos assistenciais adotados (Brasil, 2001).

Associado a este aspecto, destaca-se a vigência predominante, nos serviços brasileiros de saúde, de um modelo assistencial que privilegia as ações curativas e centra-se no atendimento médico, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Esse modelo condiciona a prática educativa a ações que visam modificar práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento. Nesse modelo, ainda quando se propõem atividades chamadas participativas, particularmente a formação de grupos, sua organização prevê prioritariamente aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaços para outras manifestações que

não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais (Brasil, 2001).

Em alguns trabalhos realizados junto à clientela atendida nos serviços públicos de saúde, constatou-se a enorme lacuna de informações da população atendida, acerca do processo patológico, das alternativas terapêuticas que haviam sido colocadas e também sobre as perspectivas futuras em função do agravo vivenciado. Em muitas situações, a falta de conhecimento por parte da clientela dos serviços acarreta inúmeros problemas relacionados ao abandono de tratamento, uso incorreto de medicação e, ainda, a procura excessiva de serviços.

Este panorama revela que a assistência à saúde prestada nas instituições públicas não tem caráter educativo emancipador incorporado no seu bojo, pois está mais fortemente centrada na atenção curativa e no atendimento “queixa-conduta”. Além disso, nas atividades ditas educativas, como as palestras, está presente a idéia de que a doença se deve, principalmente, à falta de cuidado e ao desleixo da população com sua saúde, deixando a “vítima” com sentimento de “culpa” pelo problema que apresenta (Brasil, 2001).

Desta maneira, as práticas servem para mediar a dominação exercida pelos serviços de saúde, já que se limitam à simples passagem de informação para a população sobre determinados procedimentos. É comum que os profissionais desvalorizem os momentos educativos no seu processo de trabalho, reconhecendo como intervenção somente a realização de procedimentos complexos, que utilizam equipamentos com alto grau de sofisticação tecnológica (Brasil, 2001).

Como resultado desta prática, foram identificados os seguintes problemas, baixa vinculação da população aos serviços de saúde, baixa adesão aos programas e tratamentos e frustração dos profissionais de saúde. A proposição da mudança do modelo assistencial, através do PSF, leva à necessidade de discussão sobre os referenciais teóricos e metodológicos mais adequados para a transformação da prática educativa. Tais referenciais

devem propiciar a construção de um projeto educativo que responda às novas bases conceituais e objetivos da assistência (Brasil, 2001).

Portanto, para se discutir a organização das ações educativas no PSF, deve-se ressaltar que, este se constitui na estratégia de reorganização do modelo assistencial, estruturado a partir do fortalecimento da atenção à saúde, da ênfase na integralidade da assistência, do tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, do aumento da capacidade resolutiva da rede básica de atenção, da vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade, e da perspectiva de promover uma ação intersetorial (Brasil, 2001).

A promoção da saúde incorporou os conceitos de “empowerment”, entendido como ampliação de poder ou fortalecimento, e de participação comunitária. Uma dimensão mais abrangente desse conceito na prática das ações em saúde pressupõe que os indivíduos possam ampliar o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, visando a transformações das realidades social e política. Com isso, há uma profunda distinção da abordagem tradicional centrada na mudança de comportamento individual. Nesta concepção, a prevenção dos agravos à saúde não é tratada isoladamente, mas sim, como uma meta a ser atingida com o desenvolvimento sustentado, a melhoria da qualidade de vida e a justiça social (Brasil, 2001).

Esta concepção tem por base o entendimento de que os perfis epidemiológicos se diferenciam em função das condições de vida da população, assumindo também importância da falta de controle que os indivíduos têm sobre suas vidas. A Promoção da Saúde configura-se como instrumento para a capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde.

Nesta perspectiva, as ações educativas assumem um novo caráter, mais aderente aos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se o direito à saúde como eixo norteador e a capacidade de escolha do cliente torna-se uma condição indispensável. Particularmente no PSF, em que o paciente se mantém vinculado ao seu cotidiano, a complexidade da relação educativa

acentua-se, pois é neste âmbito que os pacientes fazem suas próprias escolhas, e se torna mais importante o conhecimento sobre seu estado de saúde e da relação desta com o seu modo de vida e trabalho (Brasil, 2001).

A comunicação é indispensável para a assistência à saúde, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo. Enquanto atividade de suporte aos programas de saúde, constitui-se em recurso para estabelecer confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviços de saúde. O profissional de saúde deve ter uma atitude comunicativa, isto é, disponibilidade interna de se envolver na interação pessoa a pessoa e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico.

Dentre as ações educativas realizadas no trabalho do enfermeiro do PSF, encontramos, o uso terapêutico da comunicação nas visitas domiciliares e consultas de enfermagem, porque ajudam as pessoas a se sentirem melhor compreendidas; criar um ambiente de confiança para a interação entre o profissional e o usuário, que é o alicerce para o processo educativo em saúde e, identificar as necessidades relativas à saúde, sabendo como realizar as perguntas, utilizar a observação e saber ouvir.

Para melhorar a compreensão e participação do usuário na solução de seus problemas, sugere-se que, durante o processo de atenção, o trabalhador de saúde comente e compartilhe o procedimento que está realizando. Isso ajuda as pessoas a irem adquirindo maior consciência e controle sobre a assistência oferecida e lhe dá elementos, para avaliar e propor demandas aos serviços de saúde.

O cliente sempre faz uma avaliação e escolha frente às orientações que lhe são oferecidas. E, nesse processo, há diversos fatores que interferem: compreensão acerca do problema e das formas de abordá-lo; confiança nas próprias habilidades e capacidades e rede de suporte ou condições objetivas de implementar as orientações.

A partir da crítica em relação à abordagem tradicional da educação em saúde e diante dos desafios colocados no atual cenário de atuação em saúde, optou-se por sistematizar uma intervenção educativa de cunho emancipatório e crítico, utilizando-se elementos do psicodrama pedagógico,

tendo por base o entendimento que o processo saúde-doença é decorrente da forma como a sociedade se organiza e que diferentes segmentos sociais apresentarão distintos perfis epidemiológicos (Brasil, 2001).

Os elementos do psicodrama pedagógico foram incorporados como recursos facilitadores da expressão e autoconhecimento dos participantes no desenvolvimento do processo educativo. Tais estratégias foram adaptadas a partir da teoria Moreniana de abordagem grupal, ressaltando-se a sua aplicação com finalidade pedagógica. Dentro dessa teoria, classificada como dialógica, há necessidade de participação e da interação grupal para permitir o resgate da espontaneidade, entendida como elemento “energizador” das discussões, visando a oportunidade de os indivíduos formularem respostas criativas diante das situações que se apresentam (Brasil, 2001).

A proposta das oficinas não se restringe ao uso de dramatizações, enquanto único recurso metodológico, destacando-se o objeto intermediário concreto como recurso facilitador da reflexão e expressão, permitindo a discussão dos temas tanto no que diz respeito aos condicionantes sociais, como aos aspectos subjetivos relativos às vivências.

O trabalho com oficinas pressupõe uma sequência de encontros com uma temática geral delimitada e apresentada para permitir a participação voluntária da população. Na apresentação também é acordado o horário e duração do processo como um todo. Em geral, são encontros semanais com duração de 2 horas para um grupo mínimo de 6 e máximo de 15 participantes.

Os encontros são estruturados partindo-se de atividades que não incluem inicialmente a comunicação verbal nem a escrita, já que estas são as formas mais usuais de comunicação, e que também mais diferenciam as pessoas em função da escolaridade e meio cultural. Após um breve aquecimento, os participantes são estimulados a refletirem acerca do tema em pauta, manipulando materiais como figuras de revistas, massa de modelagem, sucata, fios coloridos, tinta e papel, etc.. Esta fase permite que as representações sejam mais ricas em detalhes, possibilitando uma discussão mais aprofundada no momento seguinte (Brasil, 2001).

Com isso, os participantes produzem um material concreto (daí o nome oficina), que pode ser recuperado por todo o grupo durante a discussão. A partir do relato dos participantes acerca das suas construções, desencadeia-se a discussão visando a compartilhar dos conhecimentos e vivências, bem como o processo e problematização. Nesse momento, é possível trabalhar no sentido da superação do “senso comum” buscando uma compreensão da realidade que estabeleça as articulações entre as dimensões singular, particular e estrutural da realidade; analisando o conhecimento científico e resgatando o conhecimento empírico, ampliando-se as possibilidades de interpretação dos problemas e a busca de seus enfrentamentos tanto do ponto de vista individual como coletivo. Para finalizar o encontro, cabe ao coordenador sintetizar os temas mais importantes que fizeram parte das discussões (Brasil, 2001).

Na prática ambulatorial e sobretudo no PSF, acredita-se que as oficinas poderão ser um instrumento de intervenção educativa que concretize o conceito de autonomia central na perspectiva emancipatória, principalmente para o controle de saúde dos pacientes com agravos crônicos.

Os temas educação em saúde, educação comunitária, participação popular, educação participativa vêm cada vez mais ocupando espaços nas discussões e reflexões entre os profissionais de saúde como uma das diretrizes para a concretização e reestruturação no SUS.

Segundo Conversani (2004), ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar possibilidades para que os indivíduos implicados em uma ação pedagógica possam participar da produção compartilhada do conhecimento. Mas este compartilhar só ocorrerá a partir de uma ação dialógica em que o “escutar” se torna mais importante que o “falar”.

Para Freire (2000) “escutar significa disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro (...) é escutando bem que me preparo para melhor me colocar ou melhor me situar do ponto de vista das ideias. Como sujeito que

se dá ao discurso do outro, sem preconceitos, o bom escutador fala e diz sua posição com desenvoltura.

É importante que os profissionais de saúde decididos a trabalhar com a população no desenvolvimento de ações de ensino-aprendizagem aprofundem a reflexão sobre as múltiplas dimensões de seu papel frente ao sistema de saúde vigente, buscando novas bases teóricas e novos caminhos que venham a contribuir para a compreensão das dificuldades inerentes a este processo (Conversani, 2004).

Educação em Saúde (C2L):

...Para mi el centro de atención debe ser el paciente y al su cuidador, pero, quizá mi atención va más centrada el cuidador principal porque es para él que tengo que apoyar, dar soporte y hacer educación ⁷¹. Desde aquí, el Hospital de Día Socio Sanitario, hacemos talleres de educación diabética y grupos psico-educativos para personas con demencias y sus familias, en los cuales participan el geriatra, la terapeuta ocupacional, el fisioterapeuta, las auxiliares de enfermería, el trabajador social, psicólogo y enfermero ⁷². Este año empezamos más a salir para la comunidad, irnos a las Residencias Geriátricas y hacer grupos para terapia comunitaria, para que ellos se conozcan y puedan compartir experiencias; grupos de educación en hipertensión, diabéticos y hepatitis y, las vacunas para gripe y tétano. Hasta ahora tenemos muchas terapias en nivel individual con la persona que tiene dificultades con la movilización y necesidad de hacer ejercicio físico, pero, ahora estamos intentando hacer de manera grupal, a través de terapias grupales en grupo con 5 o 8 charlas sobre ejercicio físico, alimentación, de acuerdo con que ellos van apuntando. El objetivo de trabajar con terapias grupales es tener un consenso entre más personas mayores. También hacemos talleres a cada semana para dar más herramientas a los familiares que tiene una persona con demencia en casa... ⁷³

⁷¹ NT: ...Para mim, o centro da atenção deve ser o paciente e o seu cuidador, mas, talvez minha atenção vai mais centrada no cuidador principal porque é ele que tenho que apoiar, dar suporte e dar educação...

⁷² NT: ...Daqui, o Hospital de Dia Sócio Sanitário, fazemos oficinas de educação diabética e grupos psicoeducativos para pessoas com demências e suas famílias, nos quais participam o geriatra, a terapeuta ocupacional, o fisioterapeuta, as auxiliares de enfermagem, o trabalhador social, psicólogo e enfermeiro...

⁷³ NT: ...Este ano começamos mais a sair para a comunidade, ir às Residências Geriátricas e fazer grupos de terapia comunitária, para que eles se conheçam e possam compartilhar experiências. Na comunidade, fazemos grupos de educação em hipertensão, diabetes e hepatite e as vacinas para gripe e tétano. Até agora temos muitas terapias em nível

A Educação em Saúde é uma prática antiga, que variou quanto a seu enfoque ideológico e metodológico como consequência das mudanças paradigmáticas em relação à saúde: de um conceito de saúde como não-doença para outro mais global, que considera a saúde como a globalidade dinâmica de bem-estar físico, psíquico e social. A Educação em Saúde, tem como objeto melhorar a saúde das pessoas, a partir de duas perspectivas: preventiva e de promoção da saúde. Desde o ponto de vista preventivo, capacitando as pessoas a evitarem os problemas de saúde mediante o próprio controle das situações de risco, ou, evitando suas possíveis consequências. Desde uma perspectiva de promoção da saúde, capacitando a população a adotar formas de vida saudáveis. A Educação em Saúde é um processo de formação, de responsabilização do indivíduo a fim de que adquira os conhecimentos, as atitudes e os hábitos básicos para a defesa e a promoção da saúde individual e coletiva.

Segundo Egea, Pérez e Castillo (2008), existem programas de intervenção e suporte para o cuidador principal de pessoas com demência. O objetivo dos programas são, promover a qualidade de vida e saúde a esses cuidadores. O estudo consistiu em buscar, na Espanha, publicações científicas no período de dez anos sobre as intervenções realizadas. Os resultados apontaram que a maioria dos estudos analisados desenvolvem programas de orientação psico-educativa. Dentro deste tipo de orientação pode-se distinguir duas modalidades, em grupo ou a combinação de grupo e individual.

As intervenção em grupo, consiste em encontros grupais (de 8 até 16 pessoas) compostos por cuidadores de familiares com demência, desenvolvidos na APS, com encontros semanais, no período de 2 a 6 meses, com duração média de 2 horas, e com diferentes estratégias: solução de

individual com a pessoa que tem dificuldade com a mobilização e necessidade de fazer exercício físico, mas, agora estamos tentando fazer de maneira grupal, através de terapias grupais em grupo com 5 a 8 encontros sobre exercício físico, alimentação, de acordo como eles vão apontando. Os conselhos de pessoas idosas e associações de vizinhos estão pedindo mais informação sobre diabetes, alimentação etc.. Acho que necessitamos integrar mais as pessoas idosas nos programas que fazemos e eles poderiam dar estes encontros. O objetivo de trabalhar com terapias grupais é ter um consenso entre mais pessoas idosas. Também fazemos oficinas a cada semana para dar mais ferramentas aos familiares que tem uma pessoa com demência em casa.

problemas; informação e técnicas de enfrentamento; educação sanitária e técnicas para o uso do estresse; aspectos formativos para o desenvolvimento de atitudes e habilidades; desenvolver habilidades para satisfazer as diferentes necessidades dos parentes dependentes; técnicas de apoio emocional, e proporcionar apoio emocional e social (Egea, Pérez, Castillo, 2008).

As intervenções em grupo e individuais são dirigidas aos cuidadores familiares e a um grupo de voluntário social. A realização das sessões se desenvolveu em uma Residência Assistida. Entre alguns dos conteúdos do programa figura a Assessoria e Reforço Motivacional ao cuidador. Outras sessões foram realizadas durante as visitas domiciliárias e em locais comunitários, cujos conteúdos abordaram aspectos de educação e formação dos cuidadores, assim como o desenvolvimento de psicoterapia grupal, orientado a aliviar a ansiedade e tensão dos cuidadores (Egea, Pérez, Castillo, 2008).

O estudo apresentou outras intervenções cujas modalidades não foram explicitadas, com diversos conteúdos, desenvolver habilidades para lidar com transtornos de comportamento dos pacientes dependentes e com Alzheimer, modos de enfrentar a sobrecarga no cuidador, até a informação sobre recursos sócio-sanitários. Por fim, as intervenções educativas, que consistem em sessões individuais para os cuidadores familiares, orientadas para os aspectos relacionados ao cuidado do familiar, adaptações e riscos do lar (Egea, Pérez, Castillo, 2008).

Os resultados apontaram que a maioria dos programas de intervenção de apoio aos cuidadores informais foram publicados em território nacional e realizados em entidades e organismos públicos ou que dispõem de financiamento público, havendo pouca representação de entidades privadas. As enfermeiras são as profissionais que propõem mais estudos de intervenção ou de suporte aos cuidadores informais. Apesar das inúmeras iniciativas e interesse dos diferentes profissionais no desenvolvimento de estudos orientados a demonstrar a eficácia dos programas de suporte aos cuidadores informais, se dispõe de muito pouca

evidência dos resultados. Isto pode ser devido a que a grande maioria das publicações analisadas tratam da descrição dos conteúdos de programas de intervenção, mas não mostram ou não realizaram uma avaliação científica da eficácia de ditas intervenções (Egea, Pérez, Castillo, 2008).

Quase a totalidade dos programas de suporte aos cuidadores informais propõem a realização de intervenções psico-educativas grupais. Os programas psicoeducativos em grupo são utilizados praticamente pela totalidade dos estudos, sendo um número muito reduzido os que contribuem experiências somente educativas aos cuidadores. A utilização de novas tecnologias, como a informática e internet, não se contempla nos estudos analisados. Mesmo que certamente supõe um desafio em programas de suporte aos cuidadores, mediante a participação em foros, correspondência eletrônica e busca de recursos e materiais educativos de apoio (Egea, Pérez, Castillo, 2008).

O estudo concluiu que, quase a totalidade dos programas de apoio são aos cuidadores informais, segundo os artigos analisados e incidem na realização de intervenções psicoeducativas grupais. Os programas de intervenção se centram na sua maioria no cuidador principal, quase sempre um familiar, oferecendo uma exígua atenção ao resto de cuidadores informais o núcleo familiar e as redes de apoio comunitário. Existe uma heterogeneidade quanto à duração dos diferentes programas e intervenções, não sendo considerado definitivo um período mínimo de duração dos mesmos. Faz-se necessário seguir desenvolvendo ensaios clínicos controlados para à análise dos resultados dos programas de apoio aos cuidadores informais, que ajudem a determinar a efetividade destes e, assim, contribuir para diminuir a sobrecarga e o estresse que geram os cuidados de longa duração às pessoas dependentes (Egea, Pérez, Castillo, 2008).

Síntese da subcategoria: Educação em Saúde.

A Educação em Saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no

campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde. No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos.

A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários insere-se no discurso emergente de educação em saúde – o modelo dialógico. Em oposição ao modelo tradicional, trabalha-se com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde. O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém, não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim, pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias.

Como contexto das práticas educativas, considera-se que estas tanto podem ser formais e desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, com realização das palestras e distribuição de cartilhas e folhetos, como também podem ser informais, desenvolvida nas ações de saúde cotidianas. Entretanto, dada a relevância da comunicação dialógica, valoriza-se o espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde como contextos de práticas educativas.

As particularidades da estratégia do PSF remetem a um modelo de educação em saúde que seria mais coerente com os princípios do SUS incorporados pelo PSF, particularmente o da integralidade. Pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, pelo nível de participação desejado pela comunidade na resolução dos problemas de saúde, pela compreensão ampliada do processo saúde-doença, pela humanização das práticas, busca da qualidade da assistência e de sua resolutividade, depreende-se que o modelo dialógico de educação em saúde corresponderia ao modelo mais pertinente o contexto de atividades do PSF.

Educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significar dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito do PSF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta médica na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família. Dentre os modelos de educação em saúde, o modelo dialógico conforma a proposta da integralidade uma vez que favorece o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida. Nesta mesma direção, este modelo contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos e na humanização da ação educativa, tornando-as mais sensíveis a seus destinatários.

5.1.4 Categoria D: Necessidade de ter vínculo com o profissional ou equipe de saúde.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Acolhimento e responsabilização (D1S).	Acolhimento e responsabilização (D1L).

Acolhimento e responsabilização (D1S):

...Quando o idoso chega em qualquer unidade tem que ser atendido com atenção e escutar as necessidades dele. É como se o idoso fosse uma bola no centro de um círculo e um monte flechas apontadas para ele, as setas seriam vários profissionais que estariam trabalhando para o idoso, uma equipe multidisciplinar, com o médico geriatra, a enfermeira, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, professor de educação física, seria atender o idoso como um todo em todas as suas necessidades. Aqui, no Centro Histórico, a gente prioriza isso vendo sempre o que podemos fazer pelo idoso porque muitos não estão bem, chegam com depressão porque não são bem tratado pelos familiares em casa, se sentem inúteis, deprimidos, acham que a vida perdeu a graça e, com repercursões no seu estado de saúde. Mas, mesmo com as dificuldades, o PSF proporciona uma visão mais humanizada, mais acolhedora e direcionada à pessoa e à família. O idoso, aqui no Monte Serrat, que mora lá encima necessita de alguém até para comprar o pão, com a atuação do Serviço Social, talvez, a gente possa atender o idoso integralmente. Deveria ter uma conscientização dos funcionários para dar um atendimento melhor ao idoso e ter prioridade no atendimento, uma vez que, temos os programas de saúde dos idosos, os protocolos de atendimento, mas, não é feito...

O acolhimento é resultado do vínculo entre os profissionais e usuários dos serviços e responsabilidade dos profissionais de saúde. Através do PSF é possível realizar as intervenções de toda a equipe que se empenha na escuta e resolução do problema do usuário (Fracolli, Zoboli, 2007).

Os trabalhadores em saúde e em todos os setores do atendimento devem realizar o acolhimento, não se limitando ao ato de receber, mas, incorporando uma sequência de atos e atitudes que constituem o processo de trabalho. O acolhimento se traduz na intencionalidade de ações, para captar

as necessidades de saúde manifestadas pelo usuário e a elas responder (Fracolli, Zoboli, 2007).

Segundo as autoras, a partir do acolhimento, os serviços de saúde devem seguir as seguintes diretrizes: atender a todas as pessoas que procuram os serviços garantindo o acesso universal; reorganizar o processo de trabalho, a fim de deslocar seu eixo central do médico para a equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário, sendo a consulta médica requisitada apenas nos casos em que se justifica; qualificar a relação trabalhador-usuário a fim de pautá-la em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, promovendo um serviço de qualidade, com atenção integral, que atenda a todos (Fracolli, Zoboli, 2007).

É necessário mudar a postura da equipe, para que esta se sinta corresponsável pela saúde dos usuários. Ao propor a mudança, não se almeja fazer do acolhimento um ato de bondade, caridade ou uma benesse, ao contrário, deve ser tomado como atitude, opção e eixo estruturante ou base das ações desempenhadas pela equipe de saúde (Fracolli, Zoboli, 2007).

O acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações em saúde. Podemos pensar no acolhimento em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços.

Como postura, o acolhimento pressupõe atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. É estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança, apoio entre os profissionais e os usuários. A postura receptiva solidariza-se com o sofrimento ou problemas trazidos pelo usuário, abrindo perspectivas de diálogo e de escuta às suas demandas. A dimensão acolhimento, como postura, abrange ainda as relações intra-equipe e equipe-usuário.

O acolhimento como técnica instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados.

Como organização dos serviços, o acolhimento representa um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. A proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção e capacitação, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até os conteúdos e as características operacionais da supervisão e da avaliação pessoal.

Outro aspecto fundamental da atenção integral é o vínculo. Assim podemos pensar no vínculo em três dimensões: como afetividade, como relação e como continuidade. Na primeira dimensão, o profissional de saúde deve ter um investimento afetivo positivo tanto na sua atuação profissional quanto no paciente, construindo, assim, um vínculo firme e estável entre ambas as partes, o que se torna valioso instrumento de trabalho. A ideia de vínculo como uma relação terapêutica põe em relevo a palavra terapêutica, tomada em um sentido específico, relacionado com o ato de dar atenção. Logo, uma nova forma de cuidado, em que o “cuidar é mais que um ato, é uma atitude”. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

A continuidade é fator importante de fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento/confiança entre o profissional e paciente. Vínculo também implica responsabilização, que é o profissional assumir a responsabilidade pela condução da proposta terapêutica, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem impessoal. As soluções práticas que temos conhecido ultimamente para a questão do acolhimento na atenção primária, principalmente em unidades do PSF, tendem a concebê-la como uma atividade particularizada, que realizaria a

combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso). A particularidade, aqui, será abordar o acolhimento desde uma perspectiva essencialmente comunicacional, que entende ser a conversa substância principal das atividades de um serviço de saúde (Teixeira, 2003). Partindo deste ponto de vista, o acolhimento permite estabelecer uma rede de conversações, compostas por várias e distintas regiões interligadas.

Os diferentes encontros formalmente dispostos ao longo da trajetória do usuário pelo serviço podem ser vistos como sinapses de uma fluxografia organizacional em rede, cujos fluxos multidirecionais, multicombinatórios e flexíveis interligam diferentes modos de atenção (Teixeira, 2003).

O funcionamento ótimo dessa rede depende do desempenho da chamada atividade de recepção do usuário no serviço, entendida como espaço primordial de investigação/ elaboração/ negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas.

A essa capacidade de escuta e diálogo tem sido relacionado um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde: o acolhimento. O acolhimento não equivale a uma preocupação ativa com a escuta somente, mas especialmente com o tipo de escuta que se oferece, a qualidade da escuta. Em uma consulta, por exemplo, em uma escuta atenta, mas orientada em sentido puramente instrumental, podem surgir elementos do paciente traduzidos como não compreensão de uma orientação preventiva, não adesão a um tratamento, descuido com a própria saúde (Ayres, 2006).

Não parece difícil aceitar que talvez a mais básica condição de possibilidade da inflexão de ações de saúde na direção do cuidar é o privilegiamento da dimensão “dialógica” do encontro entre usuários e profissionais. Isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro rompendo o monólogo próprio da discursividade tecnocientífica. Podemos ouvir e fazer-se ouvir, polos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, é o elemento que faz efetivamente surgir na cena do cuidado não um sujeito

(profissional da saúde) e seu objeto (usuário), mas dois sujeitos e um objeto mediador (riscos, sofrimento, etc.) (Ayres, 2006).

O que permite compreender uma decisão de dialogar com o outro é a responsabilidade que assumem, um diante do outro, os participantes de um diálogo, no sentido de responder moralmente algo (Ayres, 2006).

A responsabilidade assume relevância para o cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços, até o plano da interação profissional-paciente. É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interogue acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos (Ayres, 2006).

A escuta e o acolhimento dos sujeitos são fundamentais quando se realizam as visitas domiciliares. Essas visitas podem ser entendidas como atos terapêuticos, e para tanto é preciso perceber o momento apropriado para se fazerem as orientações. A disponibilidade para a escuta permite dar a devida atenção às demandas dos pacientes. Nesse sentido, os agentes comunitários de saúde não seriam apenas elos com a população, no sentido de ser veículo de comunicação, mas laços, quando a relação predominante é fundamentada no respeito e diálogo (Valla, Guimarães, Lacerda, 2005).

O conhecimento dos problemas que ocorrem no cotidiano pode trazer benefícios na compreensão do processo saúde-doença, e, portanto, pode ser útil para os profissionais de saúde nas suas práticas diárias. A falta de compreensão por parte dos profissionais que atuam distantes, tanto no sentido físico como no sentido simbólico, das comunidades pode levar à medicalização da vida social (Valla, Guimarães, Lacerda, 2005).

Acolhimento e responsabilização (D1L):

...Muchas veces el anciano sufre de soledad, ellos vienen aquí y tienen ganas de hablar, “es el típico abuelito que pasa el día solo/a y cuando encuentra alguien, pues, tienes ganas de hablar”. Todos corremos, trabajamos y a veces no sabemos como decir que acabó la visita. Quizá deberíamos tener un poquito más tiempo en la consulta con el anciano porque le cuesta comprender las cosas, pero, la presión de tener una visita a cada diez minutos⁷⁴. Estas personas llegan hasta aquí, a través de un vecino que llama un bombero y llama el servicio social. Después, no hay un seguimiento de esta persona, hay muchos casos que se encuentran sin saber o despercibidos. La mínima cosa que hacemos els ancianos, un simple gesto personal del profesional, la respuesta es muy rápida. Tú se dedica un tiempo con una persona y al día siguiente te lo agradece. Al lo mejor, hacemos una pequeña movilización porque le duele la muñeca y mañana está persona estará perfecta porque le a dedicado tu tiempo. Tenemos que nos entregar a ellos también porque ellos se entregan a ti y tienen mucha confianza⁷⁵. Desde muchos años he vivido aquí en esta Residencia/Centro de Día Socio Sanitario la incorporación de los distintos profesionales como la Educadora Social, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga, Fisioterapeuta y la Trabajadora Social, complementando con la Enfermera y auxiliar de enfermería que puso en marcha esto centro, formamos un equipo interdisciplinario. Cuando llega una persona con algún problema intentamos analizar en equipo, hacemos actividades individuales y grupales, valoramos el nivel cognitivo, la visión de vida de esta persona y su relación con la familia. Creo que las personas que trabajan en el Hospital de Día deberían mejora su formación en el ámbito de la geriatría y sobretudo conocer muy bien su funcionamiento⁷⁶...

⁷⁴ NT: ...Muitas vezes, o idoso sofre de solidão, eles vêm aqui e têm vontade de falar, “é o típico “vozinho” que passa o dia só e quando encontra alguém, pois, tem vontade de falar”. Todos corremos, trabalhamos e, às vezes, não sabemos como dizer que acabou a visita. Talvez devessem ter um pouquinho mais de tempo na consulta com o idoso porque lhe custa compreender as coisas, mas, a pressão de ter uma visita a cada dez minutos...

⁷⁵ NT:... Estas pessoas chegam até aqui, através de um vizinho que chama um bombeiro e o serviço social. Depois, não há um seguimento desta pessoa, há muitos casos que se encontram sem saber ou despercebidos. A mínima coisa que fazemos aos idosos, um simples gesto pessoal do profissional, a resposta é muito rápida. Tu se dedica um tempo com uma pessoa e no dia seguinte te agradece. Ou melhor, fazemos uma pequena mobilização porque lhe dói a munheca e amanhã está pessoa estará perfeita porque lhe a dedicado teu tempo. Temos que nos entregar a eles também porque eles se entregam a ti e têm muita confiança...

⁷⁶ NT:...Há muitos anos, vivi aqui nesta Residência/Centro de Dia Sócio Sanitário a incorporação dos diferentes profissionais como a Educadora Social, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga, Fisioterapeuta e a Trabalhadora Social, complementando com a Enfermeira e auxiliar de enfermagem que iniciaram este centro, formamos uma equipe interdisciplinária. Quando chega uma pessoa com algum problema, tentamos analisar em equipe, fazemos atividades individuais e grupais, avaliamos o nível cognitivo, a visão de vida desta pessoa e sua relação com a família... ...Acho que as pessoas que trabalham no Hospital de Dia deveriam melhorar sua formação no âmbito de Geriatria e, sobretudo, conhecer muito bem seu funcionamento...

O acolhimento para os profissionais não é uma etapa do processo de trabalho, não se configura como uma atividade ou serviço novo oferecido à população. O acolhimento é entendido como uma postura, uma forma de receber e atender os usuários em qualquer momento de interação entre a equipe e a população, com a finalidade de escutar as demandas do usuário, bem como a investigação de riscos e das necessidades de saúde, além do comprometimento com a resolução das questões trazidas pelo usuário ou identificadas pelo trabalhador (Teixeira, 2003).

O acolhimento pode ser um momento de interação entre trabalhadores e usuários com a finalidade específica de lidar mais com a necessidade dos usuários de estabelecer vínculo com o trabalhador e equipe: necessidade de conversar, desabafar, falar dos problemas. Mesmo quando não haja um “problema de saúde” instalado, no sentido mais restrito da expressão, como uma doença ou uma questão de ordem física que justifique a procura pelo serviço.

A partir dessa escuta inicial, se a equipe julgar necessário, um trabalho de acompanhamento é desencadeado com a finalidade de avaliar a necessidade de encaminhamento para consulta da psicologia ou outro profissional da equipe multiprofissional.

A partir da concepção de integralidade, o acolhimento significa o encontro do usuário com a equipe de saúde, caracterizado pela preocupação e pelo compromisso do profissional em realizar a escuta das necessidades de saúde da pessoa que procura o serviço com uma demanda específica. A equipe tem que decodificar e atender da melhor maneira possível à demanda, expressada ou não, pelo usuário. A atenção integral deve ser fruto do esforço e da confluência de vários conhecimentos de uma equipe multidimensional, no espaço concreto dos serviços de saúde (Cecílio, 2003).

A equipe multiprofissional deve focar sua atividade à capacidade de acolher e de atender às necessidades de saúde dos usuários captadas na

sua expressão individual. Esta postura ajuda a traduzir estas necessidades na sua complexidade, pois transcendem o puro pedido explícito de saúde. Nesta óptica, a integralidade proporciona o acolhimento e o vínculo do usuário solidificando a relação com os profissionais e com o serviço, abrindo caminho para a ser entendida como rede (referência e contra referência médica) (Cecílio, 2003).

A noção de acolhimento se refere à postura diante do usuário, ou seja, a atitude do profissional frente aos usuários dos serviços e a suas necessidades. Nesse sentido, promover a acolhimento significa exercitar a escuta ampliada das necessidades da saúde dos sujeitos. Exercitar a escuta por meio do acolhimento requer que o profissional da saúde também participe e se comprometa com os sujeitos e suas necessidades. Essa participação e comprometimento podem ser expressados pelo vínculo. Construir vínculos significa manter relações próximas e claras com os sujeitos assistidos, sensibilizar-se com seu sofrimento; facilitar a construção de sua autonomia; responsabilizar-se por o cuidado e saber relacionar-se e integrar-se com esses sujeitos, no próprio serviço da saúde e na comunidade (Mehry, 1994).

Humanizar significa fazer humano, familiar. No mundo sanitário, a humanização deve ser o centro da relação terapêutica, mas, em certas ocasiões, o trabalho se baseia na medicalização e numa visão puramente biologicista do indivíduo, esquecendo sua dignidade. A tecnificação da assistência sanitária tem coisificado o ser humano. Muitas vezes, ouvimos “vou fazer uma radiografia no 312” e o paciente se queixa de ser tratado como uma coisa. Devido aos planos que as CA estão realizando para melhorar a qualidade da assistência sanitária, torna-se imprecindível replanejar o fator humano como elemento chave na atenção sócio-sanitária.

O modelo assistencial biopsicossocial trata de unir os elementos biológicos (predominantes no modelo biomédico) com os psicossociais para explicar a complexidade dos determinantes da saúde e da doença. Deste modo, dotar o indivíduo de todas suas qualidades humanas não se fica em uma simples teoria, mas tem uma série de implicações práticas para os

profissionais sanitários: impregnar a relação de um clima emocional terapêutico; diferenciar entre a demanda que traz o paciente e sua necessidade global; lembrar das dimensões físicas, psíquicas e sociais da saúde. Quando temos uma faringite, não só temos inflamada a faringe, mas também, nos sentimos cansados e frustrados porque não vamos poder falar.

Síntese da subcategoria: Acolhimento e responsabilização

Conclui-se que o acolhimento, como tecnologia, continua centrado na consulta médica, sendo operado com conhecimento clínico-biológico, fisiopatológico, sem se configurar em processo de relações, em um momento de “construção de transferência”, de estabelecimento de relação vincular ou de autonomização do usuário (Fracolli, Zoboli, 2007).

As ações descritas permitiram identificar que o acolhimento está sendo operacionalizado como uma atividade organizadora da porta de entrada. Dentro desta lógica, há risco de que se transforme simplesmente em mais uma atividade, uma tecnologia com instrumentos, lugares, agentes, saberes próprios, enfim, mais um serviço oferecido pelo serviço de saúde.

A partir dessas análises, pode-se vislumbrar que o acolhimento tem os seguintes desafios a superar: ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e prejudicar a qualidade das ações; superar a prática arraigada na compreensão das respostas aos sofrimentos, exclusivamente na dimensão biológica e ampliando a sensibilidade para a escuta; superar a parcialização, fragmentação dos saberes e práticas, construindo uma efetiva integração do trabalho em equipe; transformar o processo de trabalho para aumentar a capacidade de discriminar problemas, de identificar riscos/agravs e adequar respostas à complexidade do problema trazido; conseguir explicitar e debater a proposta de acolhimento com a população, profissionais de saúde e políticos (Fracolli, Zoboli, 2007).

Os profissionais de saúde esperam que os usuários se enquadrem às normas institucionais, compreendam a limitação do número de vagas e horários estabelecidos. Isso porque para eles (funcionários) é mais simples

normalizar a entrada dos usuários no serviço do que propiciar discussões, entre as equipes, sobre as necessidades dos usuários, os problemas de saúde da área e as possibilidades de intervenção nos diferentes grupos sociais.

5.2 SEGUNDA PARTE: DISCURSO DOS IDOSOS.

5.2.1 Categoria A: Necessidades de boas condições de vida.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Atenção Global (A1S).	Atenção Global (A1L).

Atenção Global (A1S):

...O atendimento tem sido bom, sou bem atendida, já precisei ir para o Pronto Socorro e eles me levaram. A médica me atende e não falta o remédio e quando preciso fazer exame vou na Policlínica do Bom Retiro, retorno para pegar o resultado e passar no médico. Às vezes, preciso de condução e eles providenciam. Outro dia, eu estava muito mal e a doutora veio com os agentes comunitários em casa e fizeram alguns exames e depois fiquei bem melhor...

O estudo realizado por Zoboli e Fracolli (2008) no Município de Santos sobre integralidade, apontou que os usuários cadastrado no PSF possuem a visão de que integralidade é atender ao indivíduo como um todo e, identificar suas necessidades e problemas de saúde. Através dos discursos, foi possível compreender que os sujeitos compreendem integralidade a partir do contexto social e biológico.

A integralidade a partir do contexto social significou para os sujeitos do estudo que as diferenças culturais podem ser somadas e devem ser considerados as subjetividades, os sentimentos, os valores, a cultura, a história de vida de cada indivíduo. Temos que ter uma visão do indivíduo

como um ser bio, psico, sócio-econômico, cultural e espiritual porque, às vezes, a doença não é biológica, ela é decorrente de problemas que o indivíduo adquire na convivência social (Zoboli, Fracolli, 2008).

Compreender o indivíduo a partir da centralidade no biológico significou que, os indivíduos que apresentam um problema ou doença, na sua maioria, são decorrentes do fator biológico, mas que, não podemos deixar de considerar o fator social porque o ser humano não pode ser visto por partes, e sim, como um todo. Integralidade é atender ao indivíduo em todas as suas necessidades, resolvendo o seu problema e dar respostas naquilo que ele precisa (Zoboli e Fracolli, 2008).

A ausência da atenção integral pode ser o despreparo dos profissionais de saúde, a baixa cobertura no atendimento às famílias, a grande demanda pela assistência na atenção básica e, falta de encaminhamentos quando se faz necessário. O sistema ainda não está preparado para a atenção integral do indivíduo, falta referência e contrarreferência, essa continuidade do tratamento, às vezes, pela demora acaba se perdendo. Tem-se uma condição avançada na área da informática, mas, infelizmente, falta a integração dos órgãos federais, estaduais e municipais (Zoboli e Fracolli, 2008).

A ESF pretende, através da reorganização dos serviços, colocar o usuário no centro da gestão e da atenção à saúde. Precisamos caminhar muito nesse sentido, ainda estamos com dificuldades em relação ao fluxo do usuário nos serviços e falta integração entre os profissionais.

Para Cotta et al (2005), os usuários do PSF estão satisfeitos com o atendimento porque a consulta médica e de enfermagem está voltada para atender as necessidades de saúde. Segundo os entrevistados, o cuidado recebido está pautado na escuta, diálogo, atenção e respeito. Ao comparar o atendimento prestado pelo médico do PSF e os médicos dos postos de saúde e/ou hospital, observou-se que 45,8% dos usuários relataram que o atendimento no PSF era melhor, 49,2% igual e 5% pior.

Através da consulta de enfermagem é possível proporcionar a ampliação do atendimento na rede básica de saúde, por meio da oferta de

ações programáticas e adaptadas às demandas sociais por serviços de saúde, de modo a ser coerente com as noções de território e os problemas de saúde no modelo usuário-centrado (Cotta et al, 2005).

Quanto às características da consulta de enfermagem 32,5% relataram que a duração era de até 5 minutos. Observou-se que 41% dos usuários relataram que o cuidado prestado pelo enfermeiro do PSF era melhor que o cuidado prestado pelos enfermeiros nos postos de saúde e/ou hospital, sendo que 58,3% relataram que era igual e, 0,7% que era pior (Cotta et al, 2005).

Constatou-se um elevado grau de satisfação de saúde dos usuários do PSF no município estudado, devido: duração da consulta, periodicidade das visitas domiciliares, relação profissional de saúde-usuário, escolaridade e renda familiar mensal. Ressaltou-se que, o baixo nível de escolaridade, bem como a baixa renda familiar mensal dos usuários pode estar favorecendo o juízo de satisfação em relação ao serviço de saúde, pois o usuário tende a ser mais condescendente com o serviço recebido (Cotta et al, 2005).

Segundo Albuquerque (2006), os usuários consideram relevante o atendimento quando os profissionais compreendem e resolvem a queixa biológica, percebendo como necessária a medicalização no processo de sanar a doença e o sofrimento manifesto, deixando claro o valor simbólico conferido ao medicamento.

De acordo com Mattos (2001), o termo medicalização é utilizado para indicar “um processo social através do qual a medicina foi tomando para si responsabilidade sobre um crescente número de aspectos da vida social”. Neste sentido, o autor afirma que a medicina preventiva é altamente medicalizante. Pois “estende as possibilidades de aplicar com certa eficácia técnica os conhecimentos sobre a doença, para regular os aspectos da vida social”.

A atenção domiciliária aos idosos caracteriza-se como um meio de aproximação entre o serviço e estes usuários do sistema de saúde, o que contribui para uma efetiva integração entre esses elementos. A relação estabelecida e a contextualização do cuidado proporcionam um vínculo real

fazendo com que se sintam valorizados e amparados nas suas necessidades. Percebe-se que as relações interpessoais caracterizam-se como importante instrumento de trabalho na prática de atenção domiciliária para essa clientela e é fruto de um trabalho social e histórico, imanente nesse tipo de prática (Kerber, Kirchhof, Cezar-Vaz, 2008).

Além disso, na concepção dos usuários, as facilidades proporcionadas pela existência de um serviço de atenção domiciliária direcionada aos idosos estão diretamente relacionadas à garantia de solução para seus problemas de saúde e à segurança propiciada a eles pelos trabalhadores. As pessoas sentem-se seguras e confortáveis com a atenção recebida (Kerber, Kirchhof, Cezar-Vaz, 2008).

Atenção Global (A1L):

*...Estoy muy contenta con el atendimento. Soy bien atendido. Si tienes algún problema, como tuve con la pierna, vine aquí en el CAP y la doctora me encamino para la urgencia en Hospital de Bellvitge...*⁷⁷

Na Espanha, as projeções demográficas proporcionam dados interessantes. O aumento da esperança de vida experimentada nos últimos anos devido à melhora das condições higiênico-sanitárias e ao desenvolvimento econômico e social têm dado lugar a um envelhecimento progressivo da população. Durante a última década do século passado se experimentou um crescimento intenso da população idosa, que se vai estabilizando a partir do ano 2000, mas se espera que nos próximos 10 anos se produza um importante processo de envelhecimento, com o conseguinte aumento dos maiores de 80 anos (Revilla, Almendro, 2003).

Grande parte destas pessoas de idade avançada apresenta doenças crônicas, circunstância clínica que deu lugar a um aumento significativo da carga de trabalho dos profissionais de atenção primária e, além disso, estes

⁷⁷ NT: ...Estou muito contente com o atendimento, sou bem atendido. Se você tem algum problema, como tive com a perna depois do acidente e como não sabia onde ir, vim aqui porque tinha a perna muito vermelha e a doutora me encaminhou para a urgência em Hospital de Bellvitge...

processos têm características psicossociais que são quase exclusivas deste grupo etário. Uma destas características é o paciente com múltiplas doenças. Outro aspecto importante a ser considerado é a incapacidade como complicação de muitas doenças crônicas, e à qual se costumam acrescentar as limitações físicas, sensoriais e cognitivas, próprias do envelhecimento (Revilla, Almendro, 2003).

Este grupo de doentes imobilizados e incapacitados que estão impossibilitados para acudir aos centros sanitários são denominados de «pacientes crônicos domiciliários», supõem-se uma grande carga de trabalho, tanto para o pessoal sanitário como para a família. A situação desta população idosa, impossibilitada ou com dificuldades para sair do domicílio, às vezes, com transtornos cognitivos ou sensoriais e muitos deles com dificuldades para realizar as atividades básicas da vida diária, requer uma resposta organizativa capaz de proporcionar uma satisfação às complexas demandas deste grupo etário (Revilla, Almendro, 2003).

Escutar, seguramente, o mais importante na assistência, interessar-se pelo que dizem as pessoas que têm uma relação cotidiana com os serviços de saúde, também é um exercício necessário para desenhar as políticas de futuro.

O conjunto de avaliações sobre a assistência médica, às vezes, é coincidente, e às vezes, discordante. O tempo, por exemplo, não é percebido da mesma maneira pelo usuário, que espera e pelo profissional, que necessita de tempo para dar uma atenção de qualidade. O estudo apresentou que na relação com os profissionais de saúde, os usuários fazem alusão às más experiências como: sentirem-se maltratados, desrespeitados ou receber tratos diferenciais de um mesmo profissional, segundo se encontre em um recurso público ou privado. Que em relação à competência dos profissionais, nem sempre há uma correspondência direta entre o contexto e a interpretação do usuário. Esta falta de correspondência se vê facilmente como incompetência dos profissionais (Íñiguez-Rueda et al., 2008).

Os usuários destacam o alto nível de alguns recursos tecnológicos frente à escassez de outros, déficits estruturais e de profissionais.

Distinguem uma série de desigualdades existentes relacionadas com a saúde, etnia, cultura, classe e gênero. Descrevem práticas pontuais na atenção sanitária que mostram desigualdades de trato para ter uma atenção na rede assistencial. Os usuários conceptualizam a atenção como o itinerário que tem que ser seguido para resolver um determinado problema de saúde. Globalmente, se distinguem um conjunto de problemáticas que questionam em algum momento a continuidade na consecução do dito itinerário (Íñiguez-Rueda et al., 2008).

Os usuários veem os itinerários de atenção como um contexto cheio de caminhos, por onde têm que seguir um itinerário complexo que ninguém explicita. A consequência desta situação é: assumir mais responsabilidade e a desorientação na resolução de seu problema de saúde. Apreciariam que a conexão entre as diferentes redes seja mais formal e percebem que a resolução dos problemas de saúde, assim como, o seu itinerário de atenção se encontra exclusivamente na aprendizagem acumulada pela sua experiência dentro do sistema (Íñiguez-Rueda et al., 2008).

Os usuários veem a temporalidade de seu itinerário muito demorada e apreciariam não ter listas de espera; mencionam que há uma diferença entre o tempo dos usuários e o do sistema e, percebem a coordenação entre as diferentes redes e os profissionais do sistema como muito deficiente. Que estratégias mencionam para fazer frente às descontinuidades no seu itinerário? Utilizar alternativamente a saúde pública e a privada, sobretudo naquelas situações em que se constata a rigidez, a lentidão ou a má operatividade da pública; aumentar a responsabilidade do sistema; reconhecer que sua posição ativa sucede uma garantia na continuidade de seu itinerário e, fazer uso intenso das relações informais para assegurar a continuidade no seu itinerário (Íñiguez-Rueda et al., 2008).

Os usuários se reconhecem como cidadãos com direitos; reclamam que possuem direitos à informação; enfatizam que tem o direito de serem respeitados em suas decisões, seu ponto de vista e, a sua autonomia. Falam também sobre o direito de receberem assistência médica adaptada às suas necessidades; o incremento da eficácia do diagnóstico médico; a

descentralização dos serviços de urgência; melhorar a rede de atenção primária; o incremento da fluidez das primeiras visitas como forma de entrada imediata à rede de serviços. Os profissionais de saúde precisam oferecer informação precisa, detalhada e compreensível e melhorar a sua formação (Íñiguez-Rueda et al., 2008).

Por fim, precisa ser fortalecida a relação com os usuários e pacientes; melhorar a informação para as cuidadoras; centralizar o sistema público de saúde no usuário, mediante a responsabilização compartilhada; criar mecanismos para aumentar a autonomia do usuário dentro do sistema sanitário mediante o suporte continuado dos profissionais e, fomentar da participação do usuário.

Síntese da subcategoria: Atenção Goba

A atenção à saúde do idoso reveste-se de grande complexidade, principalmente quando a assistência é direcionada por um conceito ampliado do processo saúde/doença, com vistas à melhoria da qualidade de vida. Atuar desta forma é o desafio que se coloca aos serviços de saúde, em especial, às equipes da APS para prestar uma atenção integral e atendam às necessidades dos idosos.

5.2.2 Categoria B: Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prologuem a vida.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Acesso a todos os níveis de atenção (B1S).	Acesso a todos os níveis de atenção (B1L).

Acesso à todos os níveis de atenção (B1S):

... Venho aqui na unidade quando é preciso, para fazer exame, às vezes, vou no Centro de Saúde Martins Fontes e no Ambulatório de Especialidades (AMBESP)...Não tenho ido na unidade porque operei o estômago e não posso andar, o remédio da pressão, o agente comunitário traz para mim...Um dia, passei mal e fui ao Pronto Socorro, foi quando o médico me indicou para ser atendida pela psiquiatra no hospital de Bertioga...

A assistência à saúde, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, em geral, são um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde. De um lado, os gestores do SUS convivem com uma grande pressão de demanda por estes recursos assistenciais, à qual não se consegue responder, gerando, muitas vezes, longas filas de espera para alguns procedimentos. Por outro, estes serviços representam vultosos gastos para o orçamento da saúde. Em recente estudo realizado pela gerência de regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), constatou-se que houve um aumento de 22,7% nos gastos com atenção secundária e um aumento de 24,5% no número de procedimentos realizados entre o ano de 2000 e 2002. Apesar disto, o mesmo estudo identifica que se vive hoje um estrangulamento grave no acesso aos serviços especializados de atenção secundária no SUS (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

Em 2003, a questão da integralidade de atenção à saúde, no projeto BH-VIDA⁷⁸, passou a ser visto não apenas no aspecto de organização dos recursos disponíveis, mas, especialmente no fluxo do usuário para o acesso aos mesmos. Para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a polêmica atenção hospitalar (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

⁷⁸ O Projeto BH-VIDA foi implantado junto à rede básica de assistência à saúde no ano de 2002. Refere-se à formação de Equipes de Saúde da Família (ESF), às quais são adscritos os usuários, com prioridade para áreas de risco. Para apoiar a atenção especializada, em algumas regiões do município foram organizadas equipes de especialistas referenciados a um determinado número de ESF.

Em relação à rede básica, podemos inicialmente imaginar como ela pode contribuir ou não para um melhor desempenho da assistência especializada. Uma maior resolutividade da assistência prestada em nível das UBS poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários. Atualmente, parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas, não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na unidade. Do total de encaminhamentos analisados 22,04% não continham qualquer informação clínica, que somados aos 48,92% que continham apenas uma informação (a hipótese diagnóstica ou o sinal ou sintoma presente), encontramos um total de 70,96% de guias com informações insuficientes para uma intervenção mais qualificada e resolutiva no nível secundário. Além disto, este dado pode indicar uma utilização restrita dos recursos disponíveis no nível da atenção básica ou a desvinculação entre equipes e os usuários nas UB (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

Fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica, sem as informações necessárias sobre o quadro mórbido, revela um modo de operar o trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário. A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

Contribui ainda, para a baixa resolutividade na rede básica, o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário. O exercício da clínica, traduzido em atos de fala, escuta, dando ao diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, foi sendo ao

longo do tempo, substituído pelo ato prescritivo, à relação sumária entre profissional e usuário (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

O projeto “BH-VIDA” passa a se chamar desde então de “BH-VIDA: Saúde Integral”: a produção do cuidado é vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais. Assim, todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma singular, guiado pelo projeto terapêutico do usuário. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Trabalhamos com a imagem de uma linha de produção do cuidado, que parte da rede básica, ou qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

No caso, o usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Neste caso, o trabalho é integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

Além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da UBS ou a ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e portanto deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contrarreferência” para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário.

Desenvolver as linhas de cuidado e colocá-las operando é uma inovação nas propostas assistenciais do SUS. Sendo uma primeira experiência de radical integralidade na atenção à saúde, propôs-se organizá-las no “BH-VIDA: Saúde Integral” inicialmente nas seguintes áreas: Atenção ao Idoso, Saúde da Criança, Saúde Materna, Atenção ao Agudo, Atenção às doenças cardiovasculares e saúde bucal (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

Na sua construção, torna-se imperativo identificar os diversos atores que controlam os recursos das linhas de cuidado propostas para serem

implantadas, sendo que estes deverão formar um comitê gestor, do qual participam as pessoas com função de organizá-la e fazer funcionar os fluxos assistenciais. Este deverá produzir a necessária pactuação para que a linha de cuidado funcione (Magalhães Junior, Oliveira, 2006).

Acesso à todos os níveis de atenção (B1L):

...Voy en la unidad a cada día porque tengo este problema respiratorio o porque la tensión sube hasta 200, yo hago tratamiento a muchos años aquí, en casa me pongo atrovent. Aquí (CAP) solo me hacen la analítica, pero, me llevan en Hospital de Bellvitge y allí me controlan las plaquetas⁷⁹. Hace un año me operaron de un tumor benigno en la carótida y fue aquí (CAP) que me detectaron y me mandaron al Hospital de Bellvitge, y en tres o cuatro meses ya estaba operada. Yo estuve ingresada en el hospital de Bellvitge para cortar a pierna. Otro día necesité de un especialista, el Cardiólogo y me hicieron una ecografía⁸⁰ ...

As reformas organizacionais dos serviços de atenção primária implantadas em diversos países da União Europeia durante a década de 1990, foram impulsionadas pelo contexto econômico restritivo e contenção de gastos em saúde, com o objetivo de promover a coordenação dos serviços prestados entre os diversos níveis de atenção, resultando em novos arranjos organizacionais. Além do controle de gastos, uma melhor coordenação dos cuidados busca responder às exigências do perfil epidemiológico crescente das doenças crônicas. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência interorganizacional, pois estes pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, exigindo a coordenação entre níveis de atenção (Giovanella, 2006).

A atenção primária na Europa contempla: a prestação de serviços de primeiro contato; a responsabilidade longitudinal pelo paciente

⁷⁹ NT:...Vou à unidade a cada dia porque tenho este problema respiratório ou porque a pressão sobe até 200, eu faço tratamento a muitos anos aqui, em casa ponho Atrovent. Aqui só me fazem o exame, mas, me levam em Hospital de Bellvitge e ali me controlam as plaquetas...

⁸⁰ NT:...Há um ano me operaram de um tumor benigno na carótida e foi aqui que me detectaram e me mandaram ao Hospital de Bellvitge, mas foi aqui que me detectaram e, em três ou quatro meses, já estava operada. Eu estive internada no hospital de Bellvitge para cortar a perna. Outro dia necessitei de um especialista, o Cardiólogo, e me fizeram uma ecografia...

independente da ausência ou presença de doença; a garantia de cuidado integral a partir da consideração dos âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde e, a coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. Nesta concepção de "primary health care community oriented", os serviços de atenção primária estão orientados para a comunidade para conhecer as necessidades de saúde, centrados na família para responder às necessidades dos grupos populacionais (Giovanella, 2006).

Segundo a autora, o termo atenção primária é empregado para referir os serviços ambulatoriais de primeiro contato, independentemente da concepção do modelo assistencial e do modo de organização do sistema de atenção à saúde do país, uma vez que a atenção ambulatorial de primeiro nível é prestada nos países da União Europeia com uma grande variação de configurações institucionais, seja em sua estrutura em termos de organização e financiamento, seja nas práticas realizadas (Giovanella, 2006).

Na União Europeia, e mais especificamente na Espanha, a atenção primária faz parte da rede assistencial, em que ocorre o primeiro contato ou é considerada como porta de entrada obrigatória ("gatekeeper"), fundamental para permitir a coordenação dos cuidados pelo clínico geral. O ator principal da atenção primária é o generalista, ou "*family doctor*" ou "*Hausarzt*", aqui traduzido como clínico geral ou generalista. O generalista é o principal profissional médico de primeiro contato em 11 dos países da União Europeia, contudo, a organização dos sistemas e a posição desses profissionais e dos serviços ambulatoriais de primeiro nível na rede diferem entre países (Giovanella, 2006).

A organização da atenção ambulatorial em níveis de atenção, com serviços de primeiro contato ofertados por clínico geral para todos os cidadãos frente à maioria dos problemas de saúde, é responsável pelos encaminhamentos necessários a um segundo nível especializado, mais frequente nos países com sistemas nacionais de saúde. Mecanismos de

coordenação hierárquica, do tipo “*gatekeeper*”, por meio do qual se delega ao generalista poder sobre outros níveis de atenção foram estabelecidos em países com serviços nacionais de saúde, estabelecendo-se uma clara separação de papéis entre médicos generalistas e especialistas (Giovanella, 2006).

Atualmente, em sete dos 15 países da União Europeia (Dinamarca, Itália, Portugal, Espanha, Reino Unido, Irlanda e Holanda) o generalista exerce a função de “*gatekeeper*”, a unidade de saúde na qual trabalha é a porta de entrada obrigatória do sistema de saúde, e serve de filtro para o acesso aos serviços prestados por especialistas, constituindo-se num primeiro nível hierárquico. Nos sistemas de porta de entrada obrigatória, os generalistas têm posição protegida e controlam as referências para atenção secundária, isto é, um formulário específico expedido pelo generalista é requerido para obter acesso aos cuidados especializados (Giovanella, 2006).

Nos países com “*gatekeeper*”, os generalistas, além de controlar amplamente as referências para especialistas, também funcionam mais freqüentemente como serviço de primeiro contato para um maior elenco de situações. No Reino Unido, Holanda e Dinamarca, os generalistas são o serviço de primeiro contato para a maior parte dos problemas de saúde independente do sexo ou idade dos pacientes, assistindo adultos, mulheres e crianças. A responsabilidade pelo primeiro contato é compartilhada em alguns países por outros profissionais de atenção primária. Ginecologistas e pediatras compartilham com os clínicos gerais o papel de serviço de primeiro contato no atendimento dos correspondentes grupos populacionais (Giovanella, 2006).

Na Itália e Espanha, generalistas e pediatras são responsáveis pelo primeiro nível de atenção, enquanto na Suécia esse papel é também compartilhado por enfermeiras e ginecologistas e parte das crianças são atendidas por pediatra. Na Inglaterra e Holanda, a atenção primária em saúde inclui além dos generalistas, dentistas, enfermeiras, visitadoras domiciliares, educadores de saúde, massagistas, fisioterapeutas, parteiras, entre outros (Giovanella, 2006).

A responsabilidade formal pelo primeiro contato não garante que a demanda de fato seja atendida na unidade de saúde em que trabalha o generalista. A procura direta aos hospitais e serviços de emergência é frequente em alguns países, nos quais um sistema de “gatekeeper” vigora formalmente. Na Espanha, estima-se que cerca de 50% dos contatos médicos são feitos nos serviços de emergência dos hospitais. Em Portugal, Finlândia e Grécia, o generalista deveria ser o serviço de primeiro contato para a maioria dos problemas de saúde, contudo há procura frequente de serviços de emergência hospitalares de modo a desviar-se do sistema de referência e acessar diretamente aos especialistas. O exercício da função de “gatekeeper” implica a obrigatoriedade de inscrição dos pacientes em um consultório de generalista ou serviço primário de saúde (Giovanella, 2006).

Nos países com “gatekeeper” também dispõem de sistema de inscrição de pacientes. A inscrição nos serviços é realizada por iniciativa do cidadão/ segurado que desfruta de alguma liberdade de escolha entre profissionais de saúde ou serviços atuantes em determinado espaço geográfico, diferente da adscrição ou cadastramento compulsório da população como ocorre no PSF no Brasil. O tamanho das listas de cidadãos inscritos por generalista apresenta importante variação entre países, de 1.030, na Itália e até no máximo de 2.500, na Espanha. Chama a atenção, a pequena extensão das listas de cidadãos inscritos por generalista, muito menor do que a norma estipulada no Brasil para o território de abrangência da equipe do PSF com adscrição de até mil famílias e média de 3.450 pessoas por equipe (Giovanella, 2006).

Síntese da subcategoria: Acesso a todos os níveis de assistência.

Duas questões permanecem fundamentais na análise das perspectivas de reorganização do sistema de saúde com fortalecimento do papel da atenção primária: a possibilidade de exercício da função de coordenação pelo generalista e a credibilidade deste profissional frente aos pacientes e outros prestadores, condição sine qua non para o exercício da coordenação.

O exercício da função de coordenação pelo generalista envolve a coordenação da provisão de serviços por outros prestadores no próprio nível primário de atenção, bem como a coordenação dos serviços prestados por especialistas nos níveis secundário ou hospitalar. “Coordenadores de atenção primária ajudam a guiar o paciente através do complicado e potencialmente arriscado labirinto de especialistas e procedimentos médicos, coordenando os cuidados especializados e provendo conselhos como parte de uma relação de longo prazo e confiança mútua”. A coordenação acarreta em exercer novas funções clínicas, mas também preponderantemente gerenciais, o que pode minar a confiança dos outros profissionais e pacientes no generalista.

Não há plena concordância de que o generalista deva exercer isoladamente o papel de coordenador da atenção, esta função poderia ser compartilhada por outros profissionais que dividiriam funções gerenciais evitando-se a perda da credibilidade no generalista. Por outro lado, com a complexificação crescente da atenção médica é difícil para um único profissional agir como “gatekeeper” e coordenar todos os cuidados. A progressiva interdependência entre níveis de atenção e serviços, decorrente da crescente relevância das doenças crônicas, aponta a necessidade de um trabalho em rede. Pacientes portadores de agravos crônicos, em geral são usuários frequentes de diversos níveis de atenção simultaneamente. Nesta situação, arranjos organizacionais em rede baseados em tomada de decisão coletiva, na cooperação e confiança mútua seriam mais adequados para enfrentar o problema da coordenação (Giovanella, 2006).

Existem medidas que podem contribuir para a coordenação da atenção primária, entre elas: definir porta-de-entrada obrigatória constituída por equipe multiprofissional (que pode ser diferenciada conforme o agravo principal) responsável pela condução dos pacientes no emaranhado da rede assistencial; ampliar as atividades clínicas dos médicos de atenção primária com incentivos para a continuidade de tratamento de doentes crônicos seguindo diretrizes clínicas; implantar esquema de incentivos adequados para generalistas, pacientes e especialistas para a adesão aos novos modelos

organizacionais; e equilibrar as funções clínicas e gerenciais exercidas pelo generalista (Giovanella, 2006).

O generalista permanece como importante ator da atenção primária, contudo, o efetivo exercício do papel de coordenação dos cuidados implica superar importante desafio de encontrar equilíbrio adequado entre as funções clínicas e gerenciais. A responsabilidade por elenco ampliado de funções clínicas aumenta seu poder técnico e credibilidade; a expansão de suas funções gerenciais incrementa seu poder administrativo mas pode corroer a confiança em sua capacidade técnica por parte de especialistas e pacientes, e reduzir a satisfação do generalista na sua prática profissional.

5.2.3 Categoria C: Necessidades de autonomia e autocuidado na construção do modo de andar a vida.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Promoção da autonomia e independência do idoso (C1S).	Promoção da autonomia e independência do idoso (C1L).

Promoção da autonomia e independência do idoso (C1S):

...Quando eu preciso de orientação pergunto para a médica o que devo fazer e quando estou sentindo alguma coisa, eu venho aqui na unidade e eles me dão o remédio na unidade. Venho para ver a minha taxa de açúcar e a pressão, agora apareceu um nódulo na mama e vou fazer na próxima semana uma biópsia...

Para realizar a análise deste discurso, consideramos importante falar da Bioética porque ela abraça os processos de afronto e confronto entre os fatos e os valores humanos, de modo especial na tomada de decisão. A atenção médico-sanitária é uma destas muitas áreas de aplicação da Bioética, seja na esfera privada da relação clínica, ou no âmbito público, com a definição e operacionalização das políticas de saúde (Zoboli, 2008).

Na introdução da Enciclopédia de Bioética encontra-se o termo bioética definido como: “o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo a visão, a decisão, a conduta e as normas, das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar” (Reich apud Zoboli, 2008).

Desta definição, é possível depreender que há diferentes tendências na configuração das formas de sistematizar e tratar a análise teórica em bioética. Entre os enfoques mais comuns destacam-se o do *liberalismo* que tem nos direitos humanos a justificativa para o valor central da autonomia do indivíduo sobre seu próprio corpo e as decisões relativas a sua vida; o das *virtudes* que coloca a tônica na boa formação do caráter e da personalidade das pessoas ou dos profissionais; o da *casuística* que incentiva a análise de casos a fim de elaborar características paradigmáticas para analogias em situações semelhantes; o *narrativo* que entende a intimidade e a identidade experimentadas pelas pessoas ao contarem ou seguirem histórias como um instrumental facilitador da análise ética; o do *cuidado* que defende a importância das relações interpessoais e da solicitude e o *principialista*, baseado nos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (Anjos, Pessini e Barchifontaine apud Zoboli, 2008).

Este último modelo de análise, também conhecido como principlismo, é a tendência mais difundida. Sem conhecê-la, é quase impossível compreender a recente história da bioética, pois as demais teorias, em sua maioria, construíram-se a partir de um diálogo com esta, seja corroborando-a ou contradizendo-a. Tal a sua preponderância que, por vezes, é chamada de “mantra da bioética” (Gracia apud Zoboli, 2008).

A bioética, como uma ética aplicada, para ser capaz de transformar qualitativamente a atenção à saúde deve também percorrer este caminho, especialmente se ponderarmos que o SUS, mais que reorganização de serviços, é uma política pública de saúde que se alicerça em pilares que exigem dos atores envolvidos uma reviravolta ética, pois de algo meritório por engajamento no processo produtivo do país, a saúde passa a ser

encarada como um direito social, depois da Constituição de 1988 (Zoboli, 2008).

Isto nos remete a uma reflexão de que a implementação do SUS, em verdade, configura um processo que requer uma reviravolta ética, pois implica em um processo social de mudança na prática sanitária que exige dos atores envolvidos, como os profissionais de saúde, os gestores e os usuários, transformações atitudinais e culturais (Zoboli, 2008).

O estudo realizado por Zoboli (2003) com equipes de saúde da família no município de São Paulo, confirma que a necessidade de se focar cada vez mais a cultura organizacional da saúde e seus valores éticos e morais, pois atuar na atenção básica reorganizada pela estratégia PSF requer redirecionamento não só da prática clínica, mas também, do equacionamento ético, desfocando-os do hospitalocentrismo e da alta especialização que marcam a conformação do sistema de saúde e a formação dos profissionais e que têm levado a bioética a centrar-se nas situações limite, em detrimento das situações do cotidiano.

O mesmo estudo pondera em suas considerações finais, que a reorganização da atenção básica pela estratégia do PSF parece reforçar a necessidade da sensibilidade e compromisso éticos, pois sua efetivação não se resume a uma nova configuração da equipe técnico-assistencial ou da unidade básica de saúde. Se a construção do SUS configura um processo de reviravolta ética por exigir dos envolvidos, como os políticos, profissionais, trabalhadores, gestores e usuários, mudanças atitudinais e culturais frente à atenção a saúde, o PSF amplia e aprofunda o trajeto desse giro ético (Zoboli, 2003).

O estudo realizado por Zoboli (2008) adotou o principialismo como norteador por mostrar-se atrativo para a prática da atenção médico-sanitária. Os protagonistas do principialismo Tom Beauchamp e James Childress propõem quatro princípios como orientadores referenciais para a análise dos problemas éticos: o respeito à autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça.

O *respeito à autonomia* significa a capacidade para decidir; dizer a verdade; respeitar a privacidade; proteger a informação confidencial e na ajuda à tomada de decisão. A *não maledicência* ou, não causar mal ou dano, significa não matar; não causar dor ou sofrimento; não incapacitar; não ofender; não privar os outros dos bens da vida. A *beneficência* ou, fazer ou promover o bem; prevenir o mal ou dano; eliminar o mal ou dano; proteger e defender os direitos dos outros; ajudar pessoas com incapacidades; prevenir danos que possam ocorrer a outros; eliminar condições que causarão danos aos outros; resgatar pessoas em perigo; balanço dos benefícios, custos e danos com vistas a alcançar o maior benefício e, a *justiça*, distribuição dos bens e recursos, de maneira justa, equitativa, apropriada e determinada por normas justificadas; distribuição dos benefícios necessários a cada um para amenizar ou corrigir os efeitos deletérios da loteria biológica e social; acesso igual ao mínimo decente; maior bem para maior número (Zoboli, 2008).

A bioética brasileira propõe um repensar e um fazer ético diferente, focado na melhoria dos indicadores sociais, conseqüentemente, voltada para a melhoria da qualidade de vida. Não há ética quando a autonomia das pessoas não é respeitada, se não houver uma justa distribuição dos recursos, atendendo sempre os mais necessitados, enquanto houver pessoas vivendo na pobreza ou abaixo da linha da pobreza e, enquanto não se considera o outro (Zoboli, 2008).

A autora advoga que se entendemos o cuidado como disposição interna para acolher as necessidades do paciente que é reconhecido como indivíduo singular com suas próprias necessidades, crenças, desejos e opções e não como um mero organismo que funciona mal, a ética do cuidado torna-se importante e central para os profissionais de saúde, salientando que de tal disposição depende a boa assistência. (Kuhse apud Zoboli, 2008).

A “ética do cuidado” valoriza como o mais precioso do cotidiano das pessoas e, principalmente, da atenção em saúde: as relações interpessoais, ou seja, a interconexão e interdependência humanas. A ética da justiça,

paradigma hegemônico fundamentado nos direitos de cada sujeito em sua independência, não consegue dar conta dos problemas atuais. As questões éticas ultrapassam a esfera humana e abraçam a reprodução ecológica da vida, partindo das necessidades dos seres vivos e da vulnerabilidade do seu sistema de relações. Em resposta a tal vulnerabilidade e fragilidade dos seres, a única atitude necessária e responsável é o cuidado, decorrendo a urgência de construir um novo paradigma ético (Junges apud Zoboli, 2008).

Se cuidado é atitude, frente à vulnerabilidade, mover-se pela ética do cuidado implica assumir um modo-de-ser essencial no qual a pessoa, sem esquecer de si, sai de si mesma e se centra no outro com desvelo e solicitude, compreendendo a complexa teia de interrelações que sustenta a vida e potencializando positivamente estas relações por meio da comunicação inclusiva e da solução não violenta dos conflitos, a fim de defender e promover a vida de todos, especialmente dos mais vulneráveis (Zoboli, 2008).

A pessoa cuidadosa presta atenção em tudo que faz e não vai apenas levando a vida; é atenciosa com o que pega na mão, sente e percebe o que a cerca e tudo o que faz recebe significado mais profundo pelo cuidado, pois tudo lhe é valioso. A atitude de cuidado desdobra-se em preocupação, estima e senso de responsabilidade para com todas as coisas. O cuidado é exercício renovado, diário, corajoso e espiritual por excelência, cujo treino concreto consiste em tomar nas mãos, com consciência e atenção às coisas de nosso dia a dia, estando em cada momento por completo, com todos os sentidos e atenção. Esta prática concreta gera concentração e leva à relação consigo próprio, com os outros e com as coisas ao nosso redor (Zoboli, 2008).

Por “cuidar”, entende-se o prestar atenção global e continuada ao paciente, nunca esquecendo que este é, antes de tudo, uma pessoa, um ser único e insubstituível. Assim, este é o centro da atenção de quem presta cuidados e, por isto, todos os aspectos, sejam físicos, psicológicos ou espirituais, e não somente os exigidos pela doença em si, são considerados e integram a assistência. O paciente não é visto com um objeto, um número,

um diagnóstico ou um caso a mais e sim como uma pessoa única, singular, numa situação particular, que deve ser assistida de maneira individualizada, respeitando-se seus direitos e necessidades.

Promoção da autonomia e independência do idoso (C1L):

...Estoy muy contenta de venir aquí, en la Residencia, parece que cuando estoy aquí, estoy en mi casa, pero, tengo que pagar mucho dinero, todo me ingreso de dinero doy aquí y hasta ahora no tengo la ayuda del gobierno. Aquí, hacemos gimnasia, pintamos, bailamos, hacemos dibujos, a cada día hacemos cosas diferentes. Por la tarde merendamos y participamos de bingo, charlas, cinema, y así termina el día y me distrajo mucho. Bien, aquí en Hospital de Día hago bicicleta, hablo con las personas, me gusta todo.

⁸¹

...

A palavra ética significa costume ou conduta, portanto, é o estudo dos costumes ou hábitos dos seres humanos e etimologicamente tem significado equivalente ao termo “moral”. Ao falar sobre ética, estamos nos referindo a como se devemos atuar e tratar os valores que maneira que sejam respeitados e defendidos, utilizando-se em ocasiões de dilemas que exigem respostas responsáveis. Temos que estar condições de responder em decisões pessoais (Santiago, 2008).

A Bioética ocupa uma posição central nos direitos do paciente e nas esferas mais essenciais da existência do ser humano. Na prática clínica, podemos encontrar duas visões distintas: a do sanitário e a do paciente, às vezes, antagônicas, o que dá lugar a potenciais conflitos e cujo enfoque deve ser a partir de uma perspectiva multidisciplinar. Daí a necessidade da existência de comitês de bioética, a participação dos profissionais, como também, os pacientes e a família (Santiago, 2008).

⁸¹ NT:.. Estou muito contente de vir aqui, parece que quando estou aqui, estou em minha casa, mas, aqui na Residência tenho que pagar muito dinheiro, todo me ingresso de dinheiro dou aqui e até agora não tenho a ajuda do governo. Estou em uma lista, mas, não sabemos quando chega o dinheiro, eu gostaria de ficar aqui e minhas filhas não podem dar dinheiro para pagar aqui. Bem, aqui no Hospital de Dia faço bicicleta, falo com as pessoas, gosto de tudo.

A medicina da família tem um campo assistencial que se estende ao indivíduo e a família de uma forma longitudinal ao largo da vida, pois atendemos a pessoa antes que apareça a enfermidade, nas atividades curativas até esgotar os recursos com a prestação de cuidados paliativos. Esta continuidade da assistência se acompanha de distintas e numerosas questões éticas, que se resolverão, provavelmente, de diferentes maneiras em cada caso em função dos valores individuais (Santiago, 2008).

Em alguns casos, nossa profissão deverá concentrar-se no tratamento da enfermidade e não na cura, o que supõe um apoio psicológico continuado e comprometido com o paciente, que a sua vez deve assumir a enfermidade. As possíveis causas do sofrimento na enfermidade que não tem cura e evoluem em um período curto de tempo até a morte, para uma correta atenção. A assistência se fará de forma personalizada, adaptada as necessidades e preferências de cada paciente (Santiago, 2008).

Um dos objetivos que se deve ter em conta é conseguir um aumento de qualidade de vida, de conforto do paciente, não produzir grandes mudanças que rompam com o equilíbrio prévio ainda que não se aumente a sobrevivência: de se alterar o mínimo possível sua funcionalidade, sua vida cotidiana, mantendó-la, recuperandó-la ou potencializando-a, e selecionar os métodos diagnósticos menos molestos e de similar eficácia, assim como os métodos terapêuticos fáceis de realizá-los (Santiago, 2008).

Atualmente, nos encontramos com uma nova realidade: idosos, muitos idosos, dependentes, e não devemos esquecer da família para orientá-la da maneira melhor e mais adequada dos novos recursos e para que solicitem recursos sociais.

A morte pode chegar por uma evolução terminal de uma doença cancerosa, o agravamento de um estado geral complicado, uma patologia aguda ou uma síndrome demencial muito evoluída. Os idosos têm vivenciados mortes alheias, conhecem a morte como uma meta natural e isso faz supor que vão enfrentá-la, ao ter consciência do limite da idade (Santiago, 2008).

Os idosos não devem sofrer discriminação do resto da população, têm pleno direito a receber o mesmo tratamento que em outros períodos de idade e se deve dispensar um trato respeitoso e manter sua dignidade.

A autonomia da pessoa faz referência ao direito de cada um para decidir por si mesmo, o que se relaciona com seu projeto de vida, com que, quando e por quem deseja ser cuidado durante a sua doença. É preciso salvar a autonomia das pessoas frente às instituições sociais e estatais, que historicamente tem tratado de controlar a liberdade. Em relação ao princípio da autonomia está o consentimento informado e a confidencialidade, assim como, o direito à intimidade (Santiago, 2008).

Quando se perde essa autonomia, do tipo físico e aparece a dependência, são produzidos os medos e dúvidas na medida do possível deveriam ser esclarecidas. No caso do paciente com uma incapacidade, se tem a obrigação ética de sugerir a família o trâmite de uma *incapacidade legal jurídica* ao considerar que o paciente não pode intervir no processo de tomada de decisão relacionada com a sua vida. Para ele necessita a realização de um informe médico e a designação de um tutor ou responsável para o idoso. Nos casos em que o desejo da família seja oposto ao que poderia ser razoável desde o ponto de vista médico, se pode utilizar a via judicial para nomear o tutor que decida ao paciente. Essa medida, ajuda a evitar situações de abuso, maus tratos, abandono e exploração econômica (Santiago, 2008).

A atenção às pessoas em situação de dependência e a promoção de sua autonomia pessoal constitui um dos principais desafios da política social de os países desenvolvidos. O desafio não é outro que atender as necessidades daquelas pessoas que, por se encontrar em situação de especial vulnerabilidade, requerem apoios para desenvolver as atividades essenciais da vida diária, alcançar uma maior autonomia pessoal e poder exercer plenamente seus direitos de cidadania.

Síntese da subcategoria: Promoção da autonomia e independência do idoso

A relação entre a bioética e a dependência das pessoas idosas vai muito atada ao respeito dos direitos gerais dos cidadãos. Em geral, foi o ambiente sanitário quem liderou as manifestações formais para a proteção dos direitos das pessoas em relação aos processos assistenciais. Os organismos internacionais mostraram a sua preocupação e interesse no tema, desde a declaração das Nações Unidas (1948): «Declaração universal dos direitos humanos» até o documento do Conselho da Europa mais recente (1997): «Convênio sobre os direitos do homem e a biomedicina», passando pelos «Princípios das Nações Unidas sobre as pessoas idosas» elaborados pelas Nações Unidas no ano 1991 (são documentos que relacionam bioética e tarefa assistencial) (Catalunya, 2002).

A OMS recomenda respeito e atenção ao idoso; moradia em condições adequadas; assistência geriátrica; médicos de família; serviços geriátricos de alto nível; serviços de geriatria dos hospitais; atividades de prevenção, assistência e reabilitação; reabilitação geriátrica; serviços geriátricos médico assistencial; sistemas de avaliação continuada dos serviços; serviços de geriatria hospitalar; importância de la formación geriátrica (Catalunya, 2002).

O ano 1990, na Catalunha, foi sancionada uma lei orientada para o âmbito sanitário para promover os direitos dos pacientes, à informação; à intimidade; à autonomia; à dignidade da pessoa e, à liberdade individual. Recentemente, e também no âmbito sanitário catalão, promulgou-se a Carta dos direitos e deveres dos cidadãos em relação à assistência sanitária, que poderiam ser de aplicação no âmbito dos serviços sociais e de atenção à dependência das pessoas idosas: direito à igualdade e a não discriminação; direito a exercer de maneira voluntária à liberdade de julgamento e de decisão; direito à intimidade e à confidencialidade; direitos fundamentais da pessoa; direito à prevenção e à promoção da saúde; direito à informação assistencial e ao acesso à documentação clínica (Catalunya, 2002).

5.2.4 Categoria D: Necessidade de ter vínculo com o profissional ou equipe de saúde.

Município de Santos Subcategoria	Município de L'Hospitalet Subcategoria
Acolhimento e responsabilização (D1S).	Acolhimento e responsabilização (D1L).

Acolhimento e responsabilização (D1S):

...Às vezes, vou na unidade só para conversar, não preciso de nada. Sempre me ajudaram muito, me ajudaram demais até porque quando tive erisipela até o osso apareceu, eu tenho que agradecer a Deus e a elas. A Enfermeira sempre conversa comigo, o médico é muito atencioso, todos são um amor de pessoa, uns anjos. Nós precisamos um do outro e sempre tem uma pessoa mais jovem que explica tudo para gente...

Segundo Souza et al. (2008), o acesso e o acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Ressalta ainda a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho. No contexto atual de construção do SUS, é fundamental que sejam potencializadas as proposta de acolhimento, como diretriz operacional dos serviços de saúde.

O acolhimento como diretriz operacional apresenta-se como possibilidade de arguir o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade sobre os momentos nos quais os serviços constituem seus meios de recepção dos usuários, em que local em que circunstâncias, qual finalidade e resultados (Souza et al, 2008).

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e

população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam para si a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo (Souza et al, 2008).

O acolhimento tem uma grande importância na atenção básica de saúde e toma, como referência, algumas de suas características, como porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema e, coordenação do fluxo de atenção. Configura-se ainda, como um momento tecnológico com potencialidades para imprimir qualidade nos serviços de saúde, que não se limita apenas ao ato de receber, mas se compõe de uma seqüência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho, na relação com o usuário, dentro e fora da unidade (Souza et al, 2008).

A maioria dos usuários estão satisfeitos com o trabalho do ACS e referiu que a periodicidade das visitas domiciliares foi de uma vez por mês. Ao analisar a relação profissional – usuário considerou-se positiva, nos aspectos, da educação, gentileza, boa vontade, acolhimento, cuidado à saúde, capacidade de escuta e capacidade de entender os motivos do paciente. Considerou-se negativa a relação profissional – paciente no aspecto: desinteresse, no momento da consulta/ visita. Observou-se também que o encontro entre usuário e profissionais era destinado à aproximação dos mesmos, através da capacidade de escuta, que permite a apreensão das necessidades de saúde do usuário (Cotta, et al, 2005).

Quando questionado aos usuários sobre a melhoria no atendimento nos serviços de saúde após a implantação do PSF, 82,5% dos usuários relataram que os serviços melhoraram; 8,8% que não melhoraram e nem pioraram, e 6% não souberam responder. Os estudos sobre a satisfação comunitária com o PSF apontam sempre para um bom nível de aprovação popular, devido ao maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de

informação do processo saúde-doença e a existência da visita domiciliar como elemento chave da prevenção e do acompanhamento (Cotta, et al, 2005).

Os resultados do estudo apontaram que os usuários da unidade de saúde da família referiram dificuldades de acesso a exames, desde a demora para sua marcação e resultados, até para conseguir ser atendido na unidade e na referência de consultas especializadas e urgências. Destacaram ainda existir poucos profissionais para atender a população da área, associando dificuldades à organização do trabalho na unidade de saúde da família (Cotta, et al, 2005).

Os profissionais da unidade de saúde da família referiram vivenciar situações estressantes para dar conta do dilema de atender à excessiva demanda. Mesmo assim, apareceram soluções criativas que se expressaram em atitudes acolhedoras e colaborativas a exemplo de “verdadeiro mutirão” entre componentes da equipe, desempenhando várias funções para equacionar demanda e acolhimento (Cotta, et al, 2005).

Para os profissionais, o acolhimento aparece como um elemento importante para organizar a demanda e o processo de trabalho, mas exige muito esforço e dedicação profissional. A pressão dos usuários pelo atendimento imediato e a recusa de ser acolhido por outro profissional, a exemplo do auxiliar ou enfermeiro, antes de chegar ao médico, refletem-se na equipe como estresse, cansaço e busca por solução.

O acolhimento, para os profissionais, mesmo de difícil execução, tem ajudado à organização do processo de trabalho e da demanda. Produziu na equipe uma compreensão mais ampliada das necessidades de saúde dos usuários que vão além da identificação nosológica dos agravos e das carências correlacionadas, muitas vezes, imperceptíveis numa abordagem fria restrita a sinais e sintomas. Esses, passíveis de serem aliviados, momentaneamente, por gestos de atenção e respeito, exigem ações para além das possibilidades dos serviços de saúde (Cotta, et al, 2005).

O acolhimento como diretriz operacional do trabalho em saúde ainda é um processo em construção nas unidades de saúde da família estudadas,

de um modo geral, variando sua concepção, nível de inserção e estratégias de reorganização cotidianas (Cotta, et al, 2005).

Vários autores têm discutido a atenção domiciliária como uma importante estratégia assistencial para os idosos. Esse tipo de atenção à saúde do idoso pode auxiliar a reduzir as admissões hospitalares e o tempo de permanência e contribuir com a contenção de despesas. Os autores relatam que a atenção em nível domiciliar pode enfatizar medidas preventivas, melhorar o cumprimento das medicações, providenciar medidas de arranjos para uma vida adequada e suporte social, e melhorar o reconhecimento dos primeiros sinais de declínio clínico e/ou funcional (Kerber, 2008).

Percebe-se a atenção domiciliária como sendo uma estratégia que possibilita o desenvolvimento de relações humanizadas por meio do vínculo criado entre trabalhadores e usuários. Compreende-se que se as ações desenvolvidas são voltadas para a satisfação das necessidades dos usuários, carregam consigo um significado de humanização da assistência, visto que não é um trabalho desenvolvido de forma descolada da realidade e sim estruturado para ser desenvolvido de acordo com a potencial clientela dos serviços de saúde (Kerber, 2008).

Por se entender que o processo de relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários pode assegurar o desenvolvimento de um trabalho humanizado, é que se buscou adentrar nesse campo de discussão, analisando o sentido de vínculo entre trabalhadores e usuários existente em um serviço de atenção domiciliária voltado para uma clientela idosa, assim como o nível de satisfação dos usuários em relação à assistência às suas necessidades (Kerber, 2008).

Os usuários, em geral, sentem-se respeitados e valorizados diante desse tipo de atitude e isso faz com que colaborem mais facilmente com a equipe. Esse enfoque nas relações reflete no dia a dia dos trabalhadores e no desenvolvimento de suas ações na atenção domiciliária. Mesmo quando os entrevistados manifestam a humanização como natural do trabalho realizado em saúde comunitária, pode-se refletir que essa é uma conotação embasada

no processo de relações que se dá entre trabalhadores e comunidade. A convivência dos trabalhadores com os usuários no espaço domiciliar faz com que as relações entre ambos se estreitem, criando um vínculo maior e, com isso, proporcionando maior segurança à clientela do serviço (Kerber, 2008).

A questão do vínculo é outra das características do serviço que os participantes encaram como relacionada à humanização da assistência. O vínculo criado entre eles torna a relação mais humanizada e permite sentirem-se mais à vontade. Nesse processo assistencial merece suma importância a escuta, tendo sido muito ressaltada pelos trabalhadores (Kerber, 2008).

Há o entendimento de que a relação torna-se mais humanizada a partir do momento em que são estabelecidos profundos laços entre os usuários e os trabalhadores. E como forma de aprofundar esse vínculo foi salientado a escuta. Saber ouvir é um aspecto extremamente importante no cuidado dos seres humanos. E saber ouvir vai além do ato de escutar o que o outro fala, procurando compreender o que está sendo dito e compartilhar do sentimento que está sendo colocado naquele momento especial de relação. Saber ouvir com os ouvidos e, também, com os olhos, os sentimentos e a razão. Humanizar as relações entre usuários e trabalhadores significa reconhecer os sujeitos como dotados de desejos, necessidades e direitos. “Reconhecê-los como sujeitos significa comprometer-se com a satisfação de necessidades, entendendo a saúde como um direito, pela construção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização” (Kerber, 2008).

A atenção domiciliar aos idosos caracteriza-se como um meio de aproximação entre o serviço e estes usuários do sistema de saúde, o que contribui para uma efetiva integração entre esses elementos. A relação estabelecida e a contextualização do cuidado, proporciona um vínculo real fazendo com que se sintam valorizados e amparados nas suas necessidades. Percebe-se que as relações interpessoais caracterizam-se como importante instrumento de trabalho na prática de atenção domiciliar para essa

clientela e é fruto de um trabalho social e histórico, imanente nesse tipo de prática (Kerber, 2008).

Acolhimento e responsabilização (D1L):

*...Tenemos en la Residencia, una enfermera que vale muchísimo, tanto o más que el médico y que se pasa alguna cosa con nosotros, nos acudí o encamina para el medico. Yo tengo unas cajas que la enfermera me pone la medicación preparada para la semana. Por la tarde, la chica nos da una explicación de un libro y explica sobre la naturaleza, de los árboles, de los animales o alguna historia de algunos ancianos, leen unos libros, esto es muy bonito. Por la noche miran nosotros, tres veces, para ver como estamos...*⁸²

O Plano de Humanização, criado pela Sistema Sanitário Público de Extremadura tem como estratégia proporcionar o mais agradável possível o contato dos cidadãos com seus centros e serviços sanitários, mediante a manutenção de atitudes profissionais como a empatia, a cortesia, o respeito mútuo, a amabilidade, para que o usuário não se sinta desprotegido ou inseguro em um meio desconhecido para ele (Plan de Humanización de Extremadura, 2007).

A humanização da assistência sanitária surgiu no SNS, na década de 1980, voltada para o hospital. Naquele momento, fez-se um esforço para colocar à disposição dos usuários um sistema de recolhida de sugestões e reclamações, que permitissem conhecer os problemas dos pacientes em relação aos hospitais.

Na Catalunha (1980), foi criado um projeto piloto de implantação do Plano de Humanização nas Unidades de Cuidados Paliativos através do programa, “Vida aos Anos”. Em 1999, o Comitê de Ministros do Conselho da Europa, reconhece e protege o direito dos pacientes aos cuidados

⁸² NT:... Temos na Residência, uma enfermeira que vale muitíssimo, tanto ou mais que o médico e que se passa alguma coisa conosco, nos acode ou encaminha para o médico. Outro dia, estava muito resfriada e ela me disse que o médico vinha e quando ele veio me receitou o remédio. Eu tenho umas caixas que a enfermeira me põe a medicação preparada para a semana. À tarde, a garota nos dá uma explicação de um livro e explica sobre a natureza das árvores, dos animais ou alguma história de alguns idosos, leem uns livros, isto é muito lindo. Durante a noite nos olham, três vezes, para ver como estamos...

paliativos e a partir de 2003, passa a ser responsabilidade do governo garantir que os cuidados paliativos sejam acessíveis a todos os que necessitam⁸³. Neste momento, a atenção em cuidados paliativos, passa a atender quase 25.000 pacientes no domicílio, dos quais 80% tinham doença oncológica em fase terminal e o resto outras doenças crônicas.

Assegurar que os cuidados paliativos estejam firmemente estabelecidos na consciência pública como elemento fundamental que contribui à qualidade de vida dos pacientes em situação terminal. O objetivo geral do plano é melhorar a qualidade de vida de doentes em situação terminal e suas famílias, de maneira racional, planejada e eficiente, garantindo os cuidados paliativos segundo os princípios do SNS. Para o logro deste objetivo, propõem-se um modelo de trabalho que permita a abordagem interdisciplinar das necessidades do paciente; trabalhar coordenadamente com os setores implicados dentro de um programa de atenção integrado e personalizado para cada paciente; orientar a atenção ao domicílio do paciente como lugar mais idôneo para seguir sua evolução, controle, apoio e tratamento nesta fase final, e fomentar e impulsionar a formação dos profissionais implicados, assim como das famílias ou cuidadores.

Síntese da subcategoria: Acolhimento e responsabilização.

A humanização na saúde caracteriza-se como um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS no dia a dia dos serviços. Com a Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde brasileiro propõe estimular esse movimento, incentivando a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde. Nesse humanizar, abre-se espaço para as diversas expressões relativas ao gênero, à geração/ idade, à origem, à etnia, à raça/cor, à situação econômica, à

⁸³ Cataluña. Plano de Humanização nas Unidades de Cuidados Paliativos. [citado 2009 set 08]. Disponible en: http://www.humanizar.es/formacion/revista/2008/nov_dic/reportaje_002.html

orientação sexual, ao pertencimento a povos, populações e segmentos culturalmente diferenciados ou vivendo situações especiais (Brasil, 2003b).

A operacionalização da PNH dá-se pela oferta de dispositivos-tecnologias, ferramentas e modos de operar. Dentre esses dispositivos, destaca-se o “Acolhimento”, que tem a característica de um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos usuários.

A PNH propõe que o acolhimento esteja presente em todos os momentos do processo de atenção e de gestão e que atinja todos aqueles que participam na produção da saúde, voltando seu olhar atencioso para os usuários e para os trabalhadores da saúde. O Acolhimento não é um espaço ou um local específico, não pressupõe hora ou um profissional determinado para fazê-lo. É uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social. Implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias constantemente renovados (Brasil, 2003b).

O processo de trabalho das equipes de saúde da família deve caracterizar-se pelo desenvolvimento de ações pró-ativas. O planejamento torna-se fundamental para a efetivação do acolhimento, levando-se em conta o "acolher na família/comunidade". Para a efetivação do acolhimento da pessoa idosa, os profissionais de saúde devem compreender as especificidades dessa população e a própria legislação brasileira vigente. Para isso, devem:

- estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa;
- romper com a fragmentação do processo de trabalho e interação precária nas equipes multiprofissionais, pois, é preciso reconhecer que a complementaridade interdisciplinar e a integração entre a rede básica e o sistema de referências;

- facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade da atenção;
- investir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à saúde da pessoa idosa.

No acolhimento à pessoa idosa, os profissionais de saúde, devem estar atentos, entre outros aspectos, para:

- o estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam, em geral, mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso;
- partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante;
- chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo;
- a utilização de uma linguagem clara, considerando as dificuldades auditivas, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos (Brasil, 2003b).

As equipes de saúde na AB, em especial quando organizadas pela SF, dispõem de importantes ferramentas para garantia de uma atenção humanizada. É importante destacar que todo o trabalho da equipe de AB/PSF deve buscar sempre o máximo da autonomia dos usuários frente as suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Dentre as características do processo de trabalho das equipes destacam-se:

- evitar esgotar todos os assuntos num único contato;
- é possível negociar mudanças de hábitos gradual e continuamente, onde cada conquista pode ser comemorada, ou quando necessário, novas negociações são estabelecidas;

- é possível haver maior agilidade na percepção de reações inadequadas a uso de medicamentos ou de outras condutas que possam prejudicar a vida da pessoa idosa, possibilitando a correção dessas condutas;
- estreitam-se os vínculos entre usuários e equipe, o que contribuirá no aumento da adesão aos tratamentos.

Na visita domiciliar, é possível estabelecer, junto aos familiares, um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com familiares e/ou cuidadores cada aspecto desse cuidado (Brasil, 2006c).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostrou que, através da Taxonomia de Necessidades de Saúde (NS) de Matsumoto e Cecílio (2006) é possível prestar uma atenção integral ao idoso e orientar os gestores e profissionais quanto as suas ações nos serviços de saúde. A partir do estudo sobre as teorias e escolas que fundamentaram a taxonomia e, da análise dos discursos dos sujeitos da pesquisa, foram encontrados indicadores para guiar as ações dos atores sociais.

Na categoria analítica “necessidades de boas condições de vida”, os indicadores encontrados foram: atenção global; desenvolvimento social e suporte familiar; intersetorialidade e qualidade de vida. Na categoria analítica “garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida”: direito à saúde; atenção domiciliária; acesso às tecnologias na atenção à saúde do idoso; acesso a todos os níveis de atenção e, ações de prevenção e promoção da saúde. Na categoria analítica “necessidades de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida”: promoção da autonomia e independência do idoso e educação em saúde. Por fim, na categoria “necessidades de ter vínculo com um profissional ou equipe”; o acolhimento e a responsabilização.

No entendimento dos gestores, existem carências tanto em relação ao recurso financeiro como humano, enfatizando a necessidade de reorientar o modelo de gestão, a partir, da centralidade do usuário na assistência, melhorando a coordenação entre os níveis de atenção e contar com profissionais capacitados para evitar duplicidades nas ações. Eles reconhecem que as ações devem contemplar a intersetorialidade para que o idoso tenha mais suporte social no atendimento de suas necessidades. As ações de prevenção e promoção da saúde devem ser mais fortalecidas, assim como, a participação do idoso para desenvolver sua autonomia.

Para os profissionais de saúde, a assistência tem sido com qualidade, porém, para prestar os cuidados a este grupo, que cada vez mais dependente

e com agravos das doenças crônico-degenerativas, é necessário profissionais mais capacitados; os serviços de saúde deveriam ser mais acessíveis desde a atenção primária até a terciária, mesmo reconhecendo que a atenção primária deve ser a porta de entrada para a assistência biopsicossocial.

Para prestar uma atenção integral, é fundamental promover uma interação entre os idosos e os profissionais, através da escuta e acolhimento. Para que isto ocorra, é necessário maior tempo disponível para a consulta e contar com uma equipe multidisciplinar para atender às necessidades dos idosos, em todos os âmbitos.

Os idosos, quando buscam informações sobre a sua saúde, recebem-na de forma compreensível, mas, quando necessitam informações sobre outros serviços, as explicações são complexas e confusas, assim como o acesso à rede de serviços. Preferem utilizar os serviços de urgência como alternativa e mostram uma necessidade crescente para conseguirem uma atenção adequada, utilizando relações informais e a própria experiência como ferramenta para ter seus contatos no sistema. Percebem que alguns profissionais demonstram compromisso, responsabilidade, competência e empatia, já outros, não apresentam interesse em “escutar” suas queixas. Possuem consciência sobre seus direitos (à informação, ser bem atendido, não ser discriminado, ser respeitado e uma atenção adaptada a suas especificidades) e demonstram interesse em participar das decisões que afetam sua saúde.

No Município de Santos/Brasil, os serviços estão organizados para, prioritariamente atender a população idosa na APS, através do PSF, da mesma forma, que no Município de L’Hospitalet de Lobregat/Espanha. No entanto, o sistema de saúde na Espanha está mais preparado para atender ao idoso, portador das doenças degenerativas e de algum grau de dependência, pelo motivo de ser um país envelhecido, há mais tempo.

Na Catalunha, para atender à demanda dos idosos, foi necessário reorganizar os setores de saúde e social. Neste momento, SCS, realizou a separação das funções de financiamento, de provisão dos serviços e da adoção progressiva de novas fórmulas de gestão empresarial no sistema

sanitário. O SCS passou a ser a entidade responsável pelo planejamento, avaliação, financiamento e prestação de serviços dentro da assistência sanitária e saúde social. Ele opera várias redes de atendimento sanitário público, com diferentes graus de especialização: atenção-sócio-sanitária, programas para pessoas com 65 anos com enfermidades prolongadas, doentes crônicos e terminais (Vida a los Años, 1986) e, especialmente, a APS e a rede hospitalar de utilização pública.

O sistema sanitário público da Catalunha realiza a provisão de serviços através de instituições públicas e privadas detentoras de uma oferta adequada e, o financiamento e a contratação, são exclusivas do SCS, que atua em nome de todos os clientes da saúde pública. Através do Plano de Saúde Catalunha (ferramenta do planejamento do SCS) são definidos os objetivos do sistema sanitário: as prioridades nas atividades de atenção sanitária, as medidas a serem adotadas em outros setores sociais e a fixação dos recursos sanitários, através da descentralização, intersetorialidade e com a participação dos profissionais sanitários.

Neste modelo de assistência, foram definidas três linhas de intervenção: maior qualidade e quantidade de informação sobre o processo assistencial e sobre os serviços; melhores mecanismos de coordenação entre os diferentes níveis de atendimento médico para garantir a continuidade da assistência e, também, se observa uma sensibilidade maior do SCS pelas demandas sociais (ampliação do objeto sanitário). Existem tentativas de integrar a assistência primária à hospitalar, concebendo este movimento como um fluxo único, na concepção integradora para os segmentos especiais, os idosos.

Concluimos que no Município de Santos, com o grande percentual de idosos, o dobro da média nacional, há um longo caminho a trilhar, apesar que já se vislumbra um movimento em prol dos idosos, visto que, os gestores e profissionais de saúde têm consciência da necessidade da atenção integral ao idoso.

Esperamos que este estudo contribua para que novas estratégias implementadas nos países desenvolvidos, em especial, na Espanha, sirvam

de modelo e estímulo para o Município de Santos e outros, para a construção de uma senescência com qualidade.

REFERÊNCIAS

Albuquerque ABB. Visita Domiciliária como componente do PSF: compreendendo as percepções dos usuários dos serviços no Município de Fortaleza. [dissertação]. Fortaleza: Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2006.

Aguilar JLRG. El Sistema Sanitário Español. In: Moreno AS, Ramón VA, Bes CG, Alvear LM, Tormo AM, García AS. Enfermería Comunitaria III. Madri: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2000. p. 35-57.

Amaral JRG, Capora F. Avaliação para fins específicos. In: Jacob Filho W. Avaliação global do idoso: manual da Liga do Gamia. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 3-7.

Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos cuidados em saúde. Rio de Janeiro: FIORUZ; 2006. p. 49-84.

Bertussi DC, Oliveira MSM, Lima JVC. A Unidade Básica no contexto do Sistema de Saúde. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior L. Bases da saúde soletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p.133-43.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Decreto n. 1.948, de 03 julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1996. [citado 2009 maio 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm

Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 2003a. [citado 2009 maio 12]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Humanização. Brasília; 2003b.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Programa Saúde da Família. Manual de enfermagem. Brasília; 2001. p. 14-22.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Institui a Estratégia Saúde da Família, para reorientar o modelo de atenção à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 17 nov. 1998. p. 9.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Institui a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília 11 dez. 1999. p. 1-24.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 702, de 12 de abril de 2002. Institui a criação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso [legislação na Internet]. Brasília; 2002a. [citado 2009 jun. 15]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_702.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 249, de 16 de abril de 2002. Institui a criação dos mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso [legislação na Internet]. Brasília; 2002b. [citado 2009 jun. 14]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20%20249%2002.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 20 out. 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Institui o Pacto pela Saúde [legislação na Internet]. Brasília; 2006b. [citado 2009 jun. 15]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [legislação na Internet]. Brasília; 2006c. [citado 2009 ago. 15]. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde, considerando as diretrizes operacionais e seus componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, firmado entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS [legislação na Internet]. Brasília; 2006d. [citado 2009 jul. 22]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006e. (Cadernos de Atenção Básica, n.19).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Caderneta de saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006f.

Brasil. Programa Brasil Saudável. Brasília; 2005. [citado 2009 out. 02]
Disponível em:
<http://www.cnm.org.br/institucional/conteudo.asp?iId=18117>

Brunet JC, coordenador. Gestión del día a día en el equipo de Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2007. p. 14-17.

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de Saúde) [tese]. São Paulo: Programa Interunidades em Enfermagem das Escolas de Enfermagem de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface Comunic Saúde Educ. 2007;11(23):605-18.

Castanheira ERL, Teixeira RR, Lima AMM. Envelhecimento e ação programática: da necessidade à construção de um objeto. In: Schraiber LB. Programação em saúde hoje. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1990, p. 183-226.

Catalunya. Departament de Benestar Social. Libre blanc de la gent activa: el paper actiu de la gent gran en la nova societat. Catalunya; 2002.

Catalunya. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Plan de Acción para las personas mayores: 2003-2007. Catalunya; 2003a.

Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla d'actuacions prioritàries de l'atenció primària de salut per al període 2003-2005. Millorem l'atenció sanitària a les persones grans. Barcelona; 2003b.

Catalunya. Departament de Salut III. Pla Director Sociosanitari (2005-2007). Serveis sociosanitaris: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i a la família. Catalunya; 2006.

Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut 1ª part. Els 5 eixos estratègics que articulen les polítiques de salut. Catalunya; 2009.

Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em redes de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, (organizadores. Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 165-170.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos

RA. organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/MS:/ABRASCO; 2001. p. 113-126.

Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizador. Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS/IMS/UERJ/ CEPESQ; 2006. p. 37-50.

Conferência Nacional de Saúde, 8ª, 1986, Brasília. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura, 2007-2013. Mérida; 2007.

Conversani DTN. Uma reflexão crítica sobre a educação em saúde. Bol Instituto Saúde. 2004; (34): 4-5.

Costa EMA, Carbone MH. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio; 2004. p. 4-17.

Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Schott M. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. Scient Méd. 2005; 15(4): 227-34.

Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA. A sobrevivência de instituições de longa permanência para idosos empobrecidos. Rev Lat Am Enferm. 2007;15(n.esp): 273-79.

Czeresina D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresina D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 55-7.

Domingues MA. Mapa mínimo de relações: adaptação de um instrumento gráfico para a configuração da rede de suporte social do idoso [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.

Erbolato RMPL. Relações sociais na velhice. In: Freitas EV, Py L, Nery AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002, p. 957-64.

Egea MPT, Pérez EB, Castillo PDS. Supporting programs and interventions for informal care providers in Spain. Rev. Gerokomos. Madrid, 2008; 19(1): 9-15.

España. Constitución Española, 1978. [legislación en la Internet]. Madrid; 1978. [citado 2009 out. 17]. Disponible en : http://www.la-moncloa.es/NR/rdonlyres/79FF2885-8DFA-4348-8450-04610A9267F0/0/constitucion_ES.pdf

España. Real Decreto-Ley n. 36, de 16 de noviembre de 1978. Dispone sobre la Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo. [legislación en la Internet]. España; 1978. [citado 2009 out. 17]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso/normativas/rdl361978.pdf>

España. Decreto n. 137, de 11 de enero de 1984. Dispone sobre las Estructuras Básicas de Salud. [legislación en la Internet]. España; 1984. [citado 2009 out. 17]. Disponible en: http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/1984_Real_Decreto_137_SOBRE_ESTRUCTURAS_BASICAS_DE_SALUD.pdf

España. Decreto n. 202, de 15 de julio de 1985. Dispone sobre la Xarxa Hospitalaria d' Utilización Pública (XHUP). [legislación en la Internet]. España; 1985. [citado 2009 out. 17]. Disponible en: http://www.aeds.org/jurisprudencia/ts_12112002.htm

España. Ley n.14, de 25 de abril de 1986. Ley General de Sanidad (LGS), España; 1986a. [legislación en la Internet]. España; 1986. [citado 2009 out. 17]. Disponible en: http://www.uca.es/web/organizacion/equipo_gobierno/dgcs/documentos/legislacion_basica/ley_general_sanidad_14_1986.pdf

España. Ley n. 29, de mayo de 1986. Dispone sobre la creación del Programa "Vida a los años". Madrid; 1986b. [legislación en la Internet]. España; 1986. [citado 2009 out. 17]. Disponible en: http://www.gencat.cat/diari_c/3660/02151081.htm

España. Real Decreto-Ley n. 140, de 31 de enero de 1997. Se modifica parcialmente la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos. [legislación en la Internet]. España; 1997. [citado 2009 out. 17]. Disponible en: <http://vlex.com/vid/parcialmente-transforma-migraciones-15370120>

España. Sociales y se transforma el Instituto Nacional de Servicios Sociales en el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. [legislación en la Internet]. España; 1997. [citado 2009 out. 17]. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/normativas/competencias_estructura/index.htm

España. Ley n. 39, de 14 de diciembre de 2006. Dispone sobre la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. [legislación en la Internet]. España; 1997. [citado 2009 out. 17]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

España. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España: Prevención de la Dependencia en las Personas Mayores. Madrid; 2007.

Jacob Filho W. Avaliação global do idoso: manual da Liga do Gamia. São Paulo: Atheneu; 2005. Por que avaliar?; p. 3-7.

Fontanillas JAT. Sistemas de contratação de la Atención Primaria en Cataluña: introducción al modelo catalán. *Rev Soc Española Médicos Atención Primaria (Semergen)*. 2007; 23(8):480-4.

Fracolli LA, Zoboli ELP. Acolhimento: uma tecnologia para a assistência. In: Santos AS, Miranda SMRC, organizadores. *A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. Barueri: Manole; 2007. p. 376-392.

Franco T, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2):345-53.

Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003, v. 1, p. 55-124.

Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ; 2005. p.181-3.

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz; 2000. p. 135.

García MRG, Pulpón AM. *Enfermería comunitaria I*. Barcelona: MASSON; 2002. p. 187-191.

Giovanella, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(5): 951-63.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Assistência Médica Sanitária, cidade de Santos, 2001* [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2001 [citado 2009 out 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Assistência Médica Sanitária, cidade de Santos, 2002* [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2002 [citado 2009 jul. 24]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Assistência Médica Sanitária, cidade de Santos, 2005* [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2002. [citado 2009 out. 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Assistência Médica Sanitária, cidade de Santos, 2007* [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2007 [citado 2009 out. 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>

Instituto Nacional de Estadística Español (INE). Portal Mayores. Portal especializado en Gerontología y Geriatri [texto na Internet]. Madrid; 2002 [citado 2009 abr. 28] Disponible en: <http://www.imfersomayores.csic.es>

Jodelet D. La representación social: fenômenos, concepto y teoria. In: Moscovici S. *Psicologia social II (Pensamiento y vida social y problemas sociales)*. Barcelona: Paidós; 1987 p. 469-94.

Íñiguez-Rueda L, Sánchez-Candamio M, Sanz J, Elias À, Fusté J. Incorporación de las visiones de ciudadanos, profesionales y gestores sobre la atención sanitaria en el proceso de planificación sanitaria de Cataluña. *Rev. Med Clin. (Barcelona)*, 2008; 131(3):9-15.

Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. *Saúde Soc.* 1997; 6(2):31-46.

Junqueira LAP. Descentralização, intersectorialidade e rede como estratégia de gestão da cidade. São Paulo. *Rev. FEA-PUC-SP*.1999; 1:57-72.

Junqueira LAP. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Rev. Saúde e Sociedade.* 2004;13(1):25-36.

Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(2): 304-12.

Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2004, p. 9-20.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. *Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Líber Livro; 2005.

Lesende IM, coordenador. *Atención a las personas mayores desde la atención primaria*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2004. La importancia de la funcionalidad en la persona mayor; p.9-25.

Lima AMM, Nemes Filho A, Rodrigues E, Teixeira RR. Saúde no envelhecimento. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p.109-32.

López CC, Pisa RML. *Enfermería Comunitaria III*. Barcelona: MASSON; 1993. p. 368.

Madeira LM, Lopes AFC, Duarte ED, Dittz ES, Lopes TC. Escuta como cuidado: é possível ensinar? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: UERJ/MS/ ABRASCO; 2007, p. 185-98.

Magalhães Junior HM, Oliveira RC. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ; 2006. p. 51-64.

Malagutti W, Biagolini REM. Gerenciamento de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e a Enfermagem. In: Santos AS, Miranda, SMRC, organizadores. *A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. Barueri: Manole, 2007 p. 166-97.

Martínez DH, Navarrete MLV, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit*. 2009;23(5):388-95.

Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma unidade básica de Saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de Saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Matsumoto NF, Beltrane IL, Montanari PM, Bógus CM, Mendes R, Akerman M. Modelos tecno-assistenciais em saúde. In: Santos AS, Miranda SMRC, organizadores. *A Enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. Barueri: Manole; 2007 p. 323-35.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editor. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2001. p. 39-64.

Mattos RA. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro. UERJ/MS/ABRASCO; 2005, p. 33-8.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992, p.1-51.

Mendes R, Bógus CM, Akerman M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. *Saúde Soc*. 2004; 13(1): 47-55.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p.116-60.

Merhy EE, Sousa Campos GW, Cecílio LCO. *Inventando a mudança em saúde*. 2ª ed. São Paulo: Editora: Hucitec; 1997, p. 29-34.

Minayo MCS, organizador. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

Minayo MSC, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.

Miravittles CS, Viñeta LG, López CC. Sistema de Salud en el Mundo. In: Moreno AS, Ramón VA, Bes CG, Alvear LM, Tormo AM, García AS. Enfermería Comunitaria III. Barcelona: MASSON; 1993. p. 3-9.

Moreno AS, Ramon VA, Bes CG, Alvear LM, Tormo AM, García AS. Actualizaciones em enfermería comunitaria: sistemas y programas de salud. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2000. p.37-62.

Moreno JL. Fundamentos de la sociometria. Buenos Aires: Paidos; 1967.

Nistal TA, Carrillo AB, Jiménez EF, coordinadores. Intervención social y sanitaria con mayores: manual para el trabajo con la 3ª y 4ª edad. Madrid: DYKINSON SL; 2008. p. 35.

Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento; 2002, 8 a 12 de abr.; Nueva York.

Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1995, p. 48-65.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)-Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília; 2005.

Oriol RP, López CC, Boté AR. El Sistema Sanitario Español. In: Moreno AS, Ramón VA, Bes CG, Alvear LM, Tormo AM, García AS. Enfermería Comunitaria III. Barcelona: Masson; 1993. p.11-20.

Osuma AF. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p. 3-12.

Pajares PR, Fuente LM. Envejecer en España y la atención a la dependencia. In: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Atención a las personas mayores. Barcelona: Semfyc; 2004, p. 23-38.

Paschoal SMP: Qualidade de vida. In: Jacob Junior W. Avaliação Global do Idoso: manual da Liga do GAMIA. São Paulo: Editora Atheneu; 2005, p. 59-77.

Pauli LTS. A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; Universidade de São Paulo; 2007.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2007, p. 161-77.

- Pérez EB, Sánchez P.D, Egea PT, Ferrando, MP. Aproximação ao Serviço de Atenção Domiciliária (SAD) Municipal. *Gerokomos* (Barcelona). 2006;17(4):181-8.
- Pinto IC, PUIME AO. Indicadores do Sistema de Informação Sanitário da Espanha: a carteira de serviços em Atenção Primária. In: 9º Congresso Brasileiro de Informática em Saúde; 2004; Ribeirão Preto. p. 1222-23.
- Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p. 113-26.
- Revilla L, Almendro JME. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria*. 2003; 31(9):587-91.
- Santos AS. Reflexos da história das políticas públicas e de saúde e gestão em atenção primária: desdobramentos para a enfermagem. In: Santos AS, Miranda SMRC, organizadores. A enfermagem na gestão em atenção primária. Barueri: Manole; 2007, p. 41-63.
- Santos DG. A prática da enfermeira no Programa Saúde da Família: um olhar sobre a dimensão subjetiva e relacional [dissertação]. Salvador. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2005.
- Santos AS. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexão e conceitos importantes. In: Santos AS, Miranda SMRC, organizadores. A Enfermagem na gestão em atenção primária à saúde. Barueri: Manole; 2007, p. 12.
- Santos. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Saúde do Idoso. Santos; 2003.
- Santiago AL. Actividades preventivas en los mayores. In: Lesende IM. Atención a las personas mayores desde la atención primaria. Barcelona: SEMFYC; 2004. p. 69-77.
- Santiago AL. Consideraciones éticas em la atención al mayor. In: Lesende IM. Atención a las personas mayores: desde la atención primaria. Barcelona: SEMFYC; 2008. p. 129-41.
- Sanz BG. El envejecimiento en America Latina. In: Royo MTB, Sanz BG. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 39-71.
- Sanz BG, Paricio JM. Demografía de la vejez. In: Royo MTB, Sanz BG. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 1-37.

Sanz BG, Oñate CM. Sociología de la vejez. In: Royo MTB, Sanz BG. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 73-140.

Schraiber LB, Neme MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do Adulto : programas e ações na Unidade Básica. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000, p. 29-34.

Silva Junior AG, Alves CA, Alves MGM. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: CEPESC; 2005, p. 77-87.

Silva Junior AG, Carvalho LC, Silva VMN, Alves MGM, Mascarenhas MTM. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006, p. 61-4.

Siqueira-Batista R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(1):31-41.

Solar MA. La importancia de la funcionalidad en la persona mayor. In: Lesende IM. Atención a las personas mayores. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2004. p. 9-21.

Sousa Campos GW. A saúde pública e a defesa da vida. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994b.

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 Sup 1:S100-10.

Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. Estud. Psicol (Natal). 2003;3 (8): 515-23.

Spink MJP. As representações sociais e sua aplicação em pesquisa na área da saúde. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e III Congresso de Saúde Pública; 1989; São Paulo.

Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 1991.

Stotz EN. Os desafios para o SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. Rev SUS. 2004;1:284-99.

Teixeira RR. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ ABRASCO; 2003, p. 89-111.

Valla VV, Guimarães MB, Lacerda A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: Pinheiro R, Mattos RA organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 2004. p. 103-17.

Valla VV, Guimarães MB, Lacerda A. A Qualidade do cuidado na convivência com os pobres: O trabalho dos Pastores e dos Agentes Comunitários de Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESQ; 2005. p. 267-78.

Westphal MF, Mendes R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinariedade e intersetorialidade. Rev Admin Pública. 2000;34(6):47-61.

World Health Organization (WHO). Towards age-friendly primary health care. Geneva; 2004.

Zoboli E. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. São Paulo. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

Zoboli E. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In: Oguisso T, Zoboli E, editoras. Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole; 2006. p. 111-35.

Zoboli ELP, Fracolli LA. Semântica e Operacionalização dos Princípios Éticos do SUS: um enfoque bioético [relatório de pesquisa]. São Paulo: EEUSP/CNPq; 2008.

APÊNDICE

Apêndice 1: Roteiro com questões norteadoras para a coleta de dados dos profissionais de saúde

1. Um serviço de saúde para o idoso deveria atender a todas as suas necessidades de saúde. Na sua opinião, como deve ser o atendimento ao idoso?
2. As ações no PSF têm atendida todas as necessidades de saúde do idoso? Por quê?
3. Na sua opinião, o SUS trouxe mudanças para o atendimento ao idoso? Quais foram?

Apêndice 2: Itinerario con cuestiones para la colecta de datos de los profesionales de salud del servicio

1. Un Centro de Salud para atender a una persona mayor debería cubrir a todas las sus necesidades de salud. ¿En su opinión como debería ser la atención a persona mayor?
2. ¿Las acciones comunitarias de salud están atendiendo a todas las necesidades de salud de las personas mayores? ¿Por qué?
3. ¿En su opinión, ha habido cambios en el sistema actual de salud en la atención a las personas mayores? ¿Cuáles fueron?

Apêndice 3: Caracterização da população idosa

1. Idade: _____
2. Escolaridade: _____
3. Estado civil:
 - () Solteiro () casado () viúvo(a) () amasiado (a) () outros
4. Com quem mora: _____
5. Quantos cômodos tem a casa? _____
6. Exerce alguma atividade que receba salário? SIM () NÃO ()
7. É aposentado (a)? SIM () NÃO ()
8. Renda mensal:
 - () menos que 1 salário mínimo,
 - () 1 a 2 salários mínimos
 - () 2 a 3 salários mínimos
 - () maior que 3 salários mínimos
 Outros: _____
9. Possui convênio médico particular? SIM () NÃO ()
 Se sim. Com que frequência utiliza o convênio médico particular? _____.
10. Realiza alguma atividade de lazer? SIM () NÃO () Qual? _____
11. Realiza atividade física? SIM () NÃO () Qual? _____.

Questões Norteadoras

1. Com que frequência vem à Unidade de Saúde?
2. Ao procurar a Unidade, como tem sido o atendimento?
3. As suas necessidades de saúde são atendidas ou não? Se não. Quais não foram?
4. Já precisou de algum atendimento especializado? Qual? Como foi?
5. Recomendaria este serviço para outro colega de sua idade? Por quê?

Apêndice 4: Caracterización de la población anciana

1. Edad: _____
2. Nivel de estudios: _____
3. Estado civil:
☐ Soltero ☐ casado ☐ viudo(a) ☐ separado (a) ☐ otros
4. Con quien vive: _____
5. ¿Cuántas habitaciones posee la casa? _____
6. ¿Ejerce alguna actividad remunerada? SÍ () NO ()
7. ¿Es jubilado (la)? SÍ () NO ()
8. Renta mensual:
 Cual:
☐ menos que 600,00e
☐ 600,00e à 900,00e
☐ más que 900,00e
 Otros: _____
9. ¿Posee Servicio Social o Mutua privada? SÍ () NO ()
 Si sí. ¿Con frecuencia acude a Mutua Privada? _____.
10. ¿Realiza alguna actividad de ocio? SÍ () NO () Cuál? _____.
11. ¿Realiza ejercicio físico? SÍ () NO () Cuál? _____.

Cuestiones norteadoras

1. ¿Con que frecuencia acude el Centro de Salud?
2. ¿Al buscar el servicio, cómo está siendo la atención?
3. ¿Sus necesidades de salud son atendidas o no? Si no. ¿Cuáles no son atendidas?
4. ¿Ya necesitó de algún tipo de atención especializado? ¿Cual? ¿Como fue?
5. ¿Recomendaría este servicio para otra persona de su edad? ¿Porqué?

Apêndice 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, aluna do curso de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), estou desenvolvendo Projeto de Pesquisa para o Doutorado, com os seguintes objetivos:

- Analisar o entendimento de necessidades de saúde e integralidade da população idosa cadastrada no Programa Saúde da Família no Município de Santos;
- Analisar o entendimento de necessidades de saúde e integralidade dos gestores e profissionais de saúde que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde de Santos.

Para elaboração deste estudo conto com a sua contribuição, caso haja concordância em participar, dando seu depoimento por meio de entrevista que será gravada.

A participação é voluntária e será garantido o anonimato, podendo se desligar da pesquisa em qualquer momento da realização da mesma, sem que isso lhe prejudique em qualquer sentido.

Para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa, coloco-me à disposição pelo telefone (13) 32882899.

Caso concorde em participar, solicito sua assinatura neste termo de consentimento.

Santos, ____ de _____ de 2008.

Ass. do participante

Ass. do pesquisador

Apêndice 6: Termo de Consentimiento Libre y Esclarecido

Yo, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, alumna del curso de Posgrado (Doctorado) de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (USP/Brasil), estoy desarrollando investigación, en L'Hospitalet de Llobregat, a través de la Escuela de Enfermería de la Universidade de Barcelona (UB). Los objetivos de la investigación son:

- Analizar la opinión de las personas mayores sobre la atención de sus necesidades de salud en los Centros de Salud, de L'Hospitalet de Llobregat e,
- Analizar la opinión de los gestores y profesionales de salud sobre necesidades de salud e integralidad, que trabajan en los Centros de Salud de Atención Primária en L'Hospitalet de Llobregat.

Para elaboración de este estudio cuento con su contribución, caso haya concordancia en participar, dando su autorización para realizar entrevista que será grabada.

La participación es voluntaria y será garantizado el anonimato, pudiendo desligarse de la investigación en cualquier momento de la realización de la misma, sin que eso le perjudique en cualquier sentido.

Para cualesquiera esclarecimientos sobre la investigación, me pongo a disposición por correo eletrônico: mafebaeta@uol.com.br

Caso concorde en participar, solicito su firma en este termo de consentimiento.

L'Hospitalet de Llobregat, ____ de _____ de 2008.

Firma del participante

Firma del investigador

ANEXOS

ANEXO 1

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
☎ Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 23 de agosto de 2007.

Ilm.ª Sr.ª
Maria Fernanda Bacta Neves Alonso da Costa

Ref.: Processo nº 663/2007/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "**A integralidade na atenção básica de saúde: o atendimento ao idoso no município de Santos**", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
ESTÂNCIA BALNEÁRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SMS
Secretaria Municipal
de Saúde

A. Cós - Colúcia

A Coordenadoria de Formação Continuada em Saúde encaminha
Maria Fernanda Baeta Neres Alense da Costa
da Universidade de São Paulo, a essa
Unidade para realizar a Pesquisa:
A integralidade no Programa Saúde da Família:
o atendimento de idosos no município de Santos
aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.
O Pesquisador realizará entrevista, observação e coleta de dados
conforme consta em sua Proposta e se compromete a entregar os resultados, antes de sua
publicação, ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Colocamo-nos a inteira disposição para maiores esclarecimentos, através do telefone
3201 5608.

Atenciosamente,

Profª Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos
Assessora Pedagógica
COFORM/DEPRO/SMS

Profa. Dra. Sílvia Maria Tagé Thomaz
Coordenadora de Formação Continuada em
Saúde
COFORM / DEPRO / SMS

Drº Sidney Costa Gaspar
Chefe do Departamento de Vigilância,
Programas de Saúde e Formação Continuada
DEPRO/SMS

Recebido em 22/08/14
Assinatura do pesquisador Maria Fernanda Baeta Neres Alense da Costa