

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
CURSO DE MESTRADO EM ENVELHECIMENTO
HUMANO – PPGEH

Rosane Lorenzetti

PERSPECTIVAS E DESAFIOS DA APLICABILIDADE
DOS DIREITOS DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO SUL

Passo Fundo

2011

Rosane Lorenzetti

**PERSPECTIVAS E DESAFIOS DA APLICABILIDADE
DOS DIREITOS DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano do Departamento da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo para obtenção do Título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Área de concentração: Envelhecimento Humano
Linha de Pesquisa: Atenção Básica de Saúde
Orientadora: Janaína Rigo Santin
Coorientadora: Marilene Rodrigues Portella

Passo Fundo

2011

**AUTORIZAÇÃO PARA A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DA
DISSERTAÇÃO**

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadores e eletrônicos. Igualmente, autorizo sua exposição integral nas bibliotecas e no banco virtual de dissertações da UPF.

Rosane Lorenzetti

Passo Fundo

2011

RESUMO

O universo de idosos vem aumentando significativamente nas últimas décadas. Esse envelhecimento populacional repercute em todas as esferas da sociedade, sendo um desafio aos gestores e incitando à formulação de políticas públicas direcionadas a essa população como forma de garantir-lhe um envelhecimento com mais dignidade e autonomia. Esta pesquisa insere-se na área temática da velhice, mais especificamente nas políticas públicas na Atenção Básica de Saúde, realizada na forma de estudo de caso. Partindo do pressuposto de que esses direitos nem sempre são respeitados pela sociedade, pela família e, por vezes, até mesmo pelo poder público, este estudo objetivou averiguar a aplicação dos direitos dos idosos no município de São Domingos do Sul, RS; verificar se a legislação brasileira vigente se efetiva na atenção aos direitos à saúde do idoso; pesquisar acerca das garantias constitucionais inerentes à saúde e aos idosos neste contexto; descrever as características das ações preconizadas como de atenção ao idoso na forma de políticas públicas desenvolvidas pelo município; analisar, com base na opinião dos idosos, o impacto da lei no seu direito à saúde; identificar o conhecimento dos familiares em relação aos direitos dos idosos; verificar junto aos profissionais de saúde atuantes na atenção básica o conhecimento que têm acerca dos direitos dos idosos; fomentar subsídios para a implementação de políticas públicas direcionadas a este grupo etário; descrever o papel do Conselho Municipal de Saúde na efetivação das políticas públicas. O presente Projeto foi submetido à aprovação no Comitê de Ética. A proposta de trabalho foi apresentada no Grupo da Terceira Idade, em reunião semanal do grupo, para identificação aleatória de idosos que demonstraram interesse em participar do estudo, assim como em reunião sistemática da equipe de saúde para busca de participantes interessados, dentre os profissionais de saúde. Também foram contatados os elementos-chave considerados importantes contribuintes e que manifestaram vontade de contribuir. As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelos participantes, aproveitando o momento para a entrevista com os idosos e familiares que demonstraram interesse. Foram realizadas no total 36 entrevistas individuais, onde os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Realizou-se também um momento de discussão grupal. A pesquisa documental se deu do período de 2004 a 2009, período seqüente a implantação do Estatuto do Idoso. O Município escolhido se deu pelo autor residir no mesmo, facilitando o estudo e coleta de dados. Trata-se de um município de pequeno porte, com uma população de aproximadamente 3.000 habitantes, destes 18% de idosos, realidade semelhante a um grande número de municípios da região. O estudo foi realizado no município de São Domingos do Sul no período de agosto a dezembro de 2010 e envolveu documentação existente na Secretaria Municipal da Saúde e Secretaria Municipal da Educação, departamento de Assistência Social do município, atas dos Conselhos de Saúde e Assistência Social, artigos de jornal regional de 2004 a 2009. Foram entrevistados idosos, familiares, profissionais de saúde e outros trabalhadores que atuam junto à terceira idade. Também foi feita observação direta nas instituições municipais de atendimento à saúde do idoso. Concluiu-se que, embora as políticas públicas de saúde direcionadas a esse segmento declarem prioridade de atendimento ao idoso, nem sempre esse direito é respeitado. Mesmo que há alguns anos se fale em direitos dos idosos, os entrevistados, apesar de saberem que os idosos têm direitos, apresentam dificuldade de especificar quais são os direitos de que se fala. Em relação ao conhecimento das políticas direcionadas ao idoso, foi evidenciado que existe um desconhecimento da temática de forma consistente. A assistência à saúde para os entrevistados apresenta-se boa, se comparada à de anos anteriores. Portanto, a assistência ao idoso na área da saúde tem apresentado significativa melhora, com evolução gradativa nos últimos anos, mas ainda há um desconhecimento e falta de interesse tanto dos idosos quanto

dos familiares, profissionais de saúde e gestores em atender na íntegra aos direitos elencados na legislação brasileira.

Palavras-chave: Atenção Básica de Saúde. Idoso. Direito.

ABSTRACT

The population of elderly has increased significantly in recent decades. This aging population has repercussions in all spheres of society, being a challenge to managers and urging the formulation of public policies directed to this population in order to guarantee him an age with more dignity and autonomy. This research is part of the subject area of aging, specifically in public policy at the Primary Health Care, held in the form of case study. Assuming that these rights are not always respected by society, family and sometimes even by the government, this study aimed at investigating the implementation of the rights of the elderly in São Domingos do Sul, RS, verify that the Brazilian legislation is effective in caring for the health rights of the elderly; search on constitutional guarantees relating to health and the elderly in this context, to describe the characteristics of the recommended actions as elderly care in the form of public policies developed by the municipality, analyze, Based on the opinion of the elderly, the impact of the law in their right to health, to identify the family's knowledge regarding the rights of the elderly; check with health professionals working in primary care who have knowledge about the rights of the elderly; foster subsidies for the implementation of public policies directed to this age group, describe the role of the Municipal Health Council in the execution of public policies. This Project was submitted for approval by the Ethics Committee. The proposed work was presented at the Third Age Group, meeting weekly group for random identification of seniors who have shown interest in participating in the study, as well as systematic meeting of the health team to search for interested participants from the professionals health. We also contacted the key elements considered important contributors and expressed willingness to contribute. Interviews were conducted in a place chosen by the participants, using the time for the interview with the elderly and family who have shown interest. We performed a total of 36 individual interviews, where participants signed an informed consent. There was also a time for group discussion. The desk research occurred in the period 2004 to 2009, when the sequential implementation of the Elderly. The municipality has chosen to live by the same author, facilitating the study and data collection. It is a small municipality with a population of about 3,000 inhabitants, 18% of the elderly, similar reality to a large number of municipalities. The study was conducted in the municipality of Santo Domingo South in the period from August to December 2010 and involved existing documentation in the Municipal Health Department and the Municipal Department of Education, Social Welfare department of the city, minutes of Board of Health and Welfare, regional newspaper articles from 2004 to 2009. Elderly were interviewed, family members, health professionals and other workers who work with the elderly. Direct observation was also made in the municipal institutions of health care for the elderly. It was concluded that, although public health policies aimed at this segment to declare priority assistance to the elderly, this right is not always respected. Even a few years ago to speak on the rights of elderly respondents, despite knowing that the elderly have rights, have difficulty in specifying what rights we are talking about. Regarding knowledge of policies aimed at the elderly, it was evident that there is a lack of a consistent theme. Health care for the respondents presents good, compared to previous years. Therefore, assistance to the elderly in health has shown significant improvement, with gradual evolution in recent years, but there is still a lack of knowledge and interest of both the elderly and family members, health professionals and managers to meet in full the rights listed Brazilian law.

Keywords: Primary Health Aged. Right.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 SAÚDE COMO DIREITO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	12
2 METODOLOGIA	21
2.1 Tipo do estudo	21
2.2 Cenário do estudo e participantes	23
2.3 Coleta de dados	24
2.4 Análise dos dados	26
3 O plano formal das políticas públicas municipais	28
3.1 Política Municipal de Saúde.....	28
3.2 Política Municipal de Assistência Social	35
3.2.1 <i>Plano Municipal de Assistência Social</i>	35
3.2.2 <i>Projeto Grupo de Convivência da Terceira Idade</i>	37
3.3 Política Municipal do Idoso em São Domingos do Sul.....	38
3.3.1 <i>Legislação da Política Municipal do Idoso</i>	38
3.3.2 <i>São Domingos Amigo do Idoso</i>	41
4. Espaços de Participação e Controle Social	44
<u>4.1</u> Sobre os conselhos	44
4.1.1 <i>Conselho Municipal de Saúde</i>	44
4.1.2 <i>Conselho Municipal de Assistência Social</i>	47
4.2 Sobre as conferências	49
4.2.1 <i>Conferências Municipais da Saúde</i>	49
4.2.2 <i>Conferências de Assistência Social</i>	50
4.2.3 <i>Conferência Municipal do Idoso</i>	53
5 AÇÕES MUNICIPAIS VOLTADAS PARA A SAÚDE DO IDOSO	64
5.1 Atenção a Saúde dos Idosos	64
5.2 Atenção Preventiva e educativa em Saúde dos Idosos	67
5.3 Atividades de Valorização do Idoso	69
6 ESPAÇOS DE ORGANIZAÇÃO POLÍTICA E SOCIAL DOS IDOSOS	
SÃO DOMINGUENSES: A ASSOCIAÇÃO TEMPO FELIZ	71

CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	84

INTRODUÇÃO

O universo de idosos vem aumentando significativamente nas últimas décadas em virtude do aumento da expectativa de vida, que determina mudança no perfil demográfico na sociedade. Uma parcela cada vez maior de pessoas vem alcançando a velhice, alguns desfrutando esta etapa da vida, outros a vivenciando de forma árdua e, por vezes, sofrível. O segmento populacional idoso crescente apresenta uma especificidade: o contingente que mais cresce é dos mais velhos, com aumento da heterogeneidade do próprio grupo etário. As proporções da população mais idosa, ou seja, de oitenta anos e mais, no total da população brasileira estão aumentando em ritmo bastante acelerado (BRASIL, 2006)

A mudança no perfil demográfico, iniciada na segunda metade da década de 1970, está relacionada ao declínio da taxa de natalidade e da fecundidade. As previsões demográficas indicam que no ano de 2025 existirão no Brasil cerca de 36 milhões de idosos, que representarão 15% da população total, colocando-se na sexta posição dos países com a maior população de idosos do mundo. (BRITO; RAMOS, 1996; CAMARANO, 2008).

Essa mudança demográfica se deve a vários fatores, como o controle de doenças infecto-contagiosas e potencialmente fatais, principalmente com a descoberta de antibióticos, dos imunobiológicos e das políticas de vacinação em massa; ainda, queda da mortalidade infantil graças à ampliação das redes de abastecimentos de água e esgoto e da cobertura da Atenção Básica à Saúde, a acelerada urbanização e mudanças nos processos produtivos, de organização do trabalho e da vida (WHO, 2005).

A transição demográfica se faz acompanhar de uma mudança do perfil epidemiológico. Os idosos, nos seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais, apresentam transformações próprias. Anteriormente, sofriam com a prevalência das doenças infecto-contagiosas, mas com o advento dos recursos tecnológicos em saúde, começando pela descoberta da penicilina, há um controle sobre determinados processos infecciosos, levando hoje ao patamar da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (WHO,2005).

Como consequência desse evento, deparam-se com algumas demandas. Especificamente no que diz respeito à provisão do cuidado, destacam-se mais gastos com internações hospitalares, maior tempo de permanência dessas, recuperação mais lenta e maior frequência de reinternações e invalidez, determinando custos elevados em virtude das intervenções. Por conseguinte, o sistema sofre oneração por parte dessa população quando comparada às faixas etárias inferiores (LIMA, 2009; ROMERO et al., 2010).

Acresce-se a esse fato que os problemas de saúde dos idosos demandam a presença de um cuidador, o que nem sempre é sustentado na esfera familiar, pois a situação muitas vezes requer pessoal qualificado, atenção multidisciplinar, entre outras. Desse modo, há uma preocupação por parte dos países desenvolvidos no que diz respeito à expectativa de aumento com os gastos referentes aos cuidados de longa duração (CAMARANO; MELLO, 2010).

A questão da cronicidade das doenças mais prevalentes entre os idosos deve ser levada em consideração na organização dos serviços de saúde e na necessidade de assistência e tratamento dessa parcela da população que envelhece, exigindo políticas da saúde adequadas, sistematizadas e continuadas, com acompanhamento e resolutividade. Quando ocorre o contrário, pode acarretar o aumento de custos.

Quando se estabelecem relações entre envelhecimento, pobreza e doença na realidade atual de um país como o nosso, com um vasto contingente de pobres de todas as idades, com uma política de saúde deficitária, não é difícil presumir as dificuldades que os idosos vivenciam, demonstrando a problemática que o país enfrenta, pelo despreparo para atender a essa demanda (LEBRÃO; LAURENTI, 2003; BERNARDELLI, S/D).

Diante das adversidades que aportam à velhice das pessoas, como enfermidades e necessidades de cuidado, entende-se que assistência na área da saúde requer recursos e estratégias diferenciadas. Esse panorama mostra a difícil realidade a que são submetidos os gestores públicos e também o compromisso que se apresenta aos políticos brasileiros. De modo geral, toda a sociedade deveria estar comprometida com a discussão acerca das políticas públicas de atenção à saúde do idoso, haja vista a questão da longevidade e necessidade de atenção pertinente a todos. Assumir a questão da defesa e garantia dos direitos da pessoa idosa é um ato político que envolve vários segmentos sociais, tais como os gestores, a sociedade civil organizada, as famílias e o próprio idoso, seja por meio de um processo participativo, tomando decisões que contribuem para o enfrentamento do envelhecimento populacional, seja pela implementação de políticas públicas efetivas.

A vivência e a prática como profissional da saúde por mais de dez anos trazem a constatação de que muitos cenários de atenção à pessoa idosa não estão preparados e organizados para atender à demanda. No exercício, enquanto parte integrante do aparelho gestor no município de São Domingos do Sul, RS, aproximadamente por três anos, inúmeras vezes enfrentou-se a realidade de conviver com a problemática supracitada. Observa-se que, em decorrência da universalização da cobertura de assistência, surgem dificuldades, como falta de oferta dos serviços, filas, demanda reprimida, falta de profissionais, atendimentos de

má qualidade e sem resolutividade, não só na esfera municipal, mas nos serviços conveniados ou de referência.

O contexto social de saúde hoje se apresenta deficitário no que tange ao atendimento integral, pois observam-se apenas ações isoladas, que não apresentam continuidade no atendimento, deixando a população idosa sem acompanhamento sistemático e resolutivo, o que lhes garantiria a efetivação de seu direito à saúde.

Apesar de serem observadas mudanças no cenário nacional quanto a políticas públicas de saúde e proteção ao idoso, estas ainda se apresentam restritas à oferta de serviços e programas de saúde pública. O Estado apresenta-se apenas como parceiro pontual, com responsabilidades reduzidas em relação aos cuidados dispensados aos idosos. Percebe-se que, por ser incipiente a questão da política formal, faz-se necessário cada um assumir sua responsabilidade nesse processo.

Nessa perspectiva, o crescimento populacional pode ser reconhecido como umas das principais conquistas do século XXI. Porém, reconhece-se também que disso advêm grandes desafios às políticas públicas de saúde, assim como grandes preocupações em relação à garantia e à defesa dos direitos desse segmento populacional.

Diante dessa realidade, o estudo foi proposto ancorado nos seguintes questionamentos: Como está a questão do respeito ao direito dos idosos na Atenção Básica de Saúde no Município de São Domingos do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil? Qual o conhecimento que os idosos e seus familiares têm sobre o Estatuto do Idoso no que se refere à questão saúde? Qual o entendimento dos profissionais de saúde acerca dos direitos do idoso? Que políticas públicas de atenção ao idoso são contempladas no município? De que forma o Conselho Municipal de Saúde contribui na efetivação das Políticas de Atenção Básica ao Idoso?

Partindo do pressuposto de que esses direitos nem sempre são respeitados pela sociedade, pela família e, por vezes, até mesmo pelo poder público, este estudo objetivou averiguar a aplicação dos direitos dos idosos no município de São Domingos do Sul, RS; verificar se a legislação brasileira vigente se efetiva na atenção aos direitos à saúde do idoso; pesquisar acerca das garantias constitucionais inerentes à saúde e aos idosos neste contexto; descrever as características das ações preconizadas como de atenção ao idoso na forma de políticas públicas desenvolvidas pelo município; analisar, com base na opinião dos idosos, o impacto da lei no seu direito à saúde; identificar o conhecimento dos familiares em relação aos direitos dos idosos; verificar junto aos profissionais de saúde atuantes na atenção básica o conhecimento que têm acerca dos direitos dos idosos; fomentar subsídios para a

implementação de políticas públicas direcionadas a este grupo etário; descrever o papel do Conselho Municipal de Saúde na efetivação das políticas públicas.

O presente Projeto foi submetido à aprovação no Comitê de Ética da UPF. A proposta de trabalho foi apresentado no Grupo da Terceira Idade, em reunião semanal do grupo, para identificação aleatória de idosos que demonstraram interesse em participar do estudo, assim como em reunião sistemática da equipe de saúde para busca de participantes interessados, dentre os profissionais de saúde. Também foram contatados os elementos-chave considerados importantes contribuintes e que manifestaram vontade de participar. As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelos participantes. Além do idoso foi realizado entrevista com familiar interessado. Foram realizadas no total 36 entrevistas individuais, na qual os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Realizou-se também um momento de discussão grupal com os idosos que manifestaram interesse em participar. Foi formado um único grupo com 12 participantes que discutiram as questões apresentadas no apêndice C. A pesquisa documental se deu do período de 2004 a 2009, período sequente a implantação do Estatuto do Idoso. O Município escolhido se deu pela autora residir no mesmo, facilitando o estudo e coleta de dados. Trata-se de um município de pequeno porte, com uma população de aproximadamente 3.000 habitantes, destes 18% são idosos, realidade semelhante a um grande número de municípios da região.

Assim o primeiro capítulo trata de uma revisão bibliográfica das políticas públicas existentes relacionadas à defesa dos direitos do idoso na área da Atenção à Saúde. O segundo capítulo relata a metodologia utilizada no estudo, o tipo de estudo realizado, cenário dos participantes do estudo, como se deu a coleta e a análise dos dados. O terceiro capítulo aborda as políticas públicas municipais relacionadas ao idoso, abrangendo os Planos Municipais de Saúde e de Assistência Social, evidenciando a Política Municipal do Idoso. O quarto capítulo mostra a importância da participação social através dos Conselhos municipais de Saúde e Assistência Social e Conferências Municipais de Saúde Assistência Social e do Idoso. O quinto capítulo especifica as ações de atenção à Saúde do Idoso e o sexto capítulo mostra a organização social e política existente expressa através da Associação de idosos denominada Tempo Feliz.

1 SAÚDE COMO DIREITO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Analisando a situação de desigualdade em que caracteriza a sociedade brasileira, com grande parcela da população sem recursos mínimos para um viver digno, há dificuldades para garantir os direitos fundamentais elencados na Constituição Federal vigente e sua real concretização diante das necessidades da sociedade.

A base da construção das sociedades contemporâneas, em sua maioria, está afixada nos direitos humanos, cujas características são as mesmas, independentemente de onde forem aplicados. Entretanto, a sua efetivação nos mais diversos Estados soberanos ocorre de forma diversa, uma vez que seu conteúdo varia de acordo com o contexto social e com os costumes de cada país. (JACOBI, 2005).

Os direitos humanos são históricos e evoluem com o passar dos anos, de acordo com as novas exigências impostas pela sociedade contemporânea. Dessa forma, esses direitos, ao serem positivados no ordenamento jurídico de uma nação, recaem sobre todo o indivíduo sem qualquer distinção, cabendo ao Estado e às próprias pessoas respeitar sua obrigatoriedade jurídica e exigir sua aplicação através do direito de cidadania, requisito indispensável para a correta aplicação dos direitos humanos.

Geralmente, a aplicação efetiva dos direitos humanos é resultado de inúmeras lutas. Nesse sentido, ressalta-se que a dignidade da pessoa humana e de seus direitos, no curso da história, tem sido em grande parte fruto da dor física e do sofrimento moral. A cada grande surto de violência, mutilações em massa, massacres coletivos e explorações graves nasce na consciência do homem a exigência de novas regras para uma vida mais digna para todos. (COMPARATO, 2005)

A conscientização da existência dos direitos humanos teve início na limitação do poder político, ou seja, a partir do momento em que se reconheceu a instituição governamental não mais como serviços em benefício pessoal dos governantes, mas, sim, em prol da sociedade como um todo. É nesse contexto histórico da humanidade que surgem os primeiros esboços dos direitos fundamentais da pessoa humana.

A primeira Constituição do Brasil é datada do ano de 1824, na qual é citado o direito ao socorro público como garantia do direito civil e político, não fazendo, porém, menção direta ao direito à saúde. As cartas constitucionais seguintes não apresentaram mudanças, visto que em momento algum mencionaram a saúde. (PILAU SOBRINHO, 2003).

Com o governo Vargas foi apresentada a Constituição de 1934, que determinou como competência da União e dos Estados a saúde e a assistência pública e, pela primeira vez, mencionou a preocupação com a velhice ao destacar em seu art. 121:

[...] fica assegurado à gestante antes e depois do parto descanso, sem prejuízo do salário e do emprego, assistência médica e sanitária ao trabalhador e instituição de previdência mediante contribuição da União, do trabalhador e do empregador, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidente de trabalho e de morte. (apud PILAU SOBRINHO, 2003, p. 93).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, que tem papel importante na afirmação dos direitos fundamentais do ser humano, destacando a dignidade e o direito à saúde a todo e qualquer cidadão brasileiro. Esta Constituição destaca a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil quando em seu art. 1º, inc. III, estabelece que “um dos fundamentos do nosso Estado é a dignidade da pessoa humana”(BRASIL,1988). Assegura ainda que é dever do Estado garantir condições mínimas para que o indivíduo possa viver dignamente. Em seu art. 196 destaca a saúde como direito de cidadão e dever do Estado, garantindo, assim, não só ao idoso esse direito, mas a todo e qualquer cidadão brasileiro.

Sabe-se que hoje grande parcela da população vive com recursos mínimos, incapazes de possibilitar um viver digno, o que dificulta a garantia dos direitos fundamentais elencados na Constituição Federal vigente e sua real concretização diante das necessidades apresentadas pela sociedade. (JACOBI, 2005).

Assim, o Estado tem a obrigação de intervir nas relações econômicas estabelecidas para tentar minimizar as tensões e desigualdades sociais e promover o bem-estar de toda a coletividade, a fim de que os direitos e garantias fundamentais possam ser efetivamente viabilizados. A Constituição Federal preceitua que a República Federativa do Brasil constitui-se em um Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos, entre outros, a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, a erradicação da pobreza e da marginalização, a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (SANTIN, 2005).

No art. 3º, a Constituição estabelece como objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil construir uma sociedade livre, justa e solidária; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; garantir o desenvolvimento nacional; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (PILAU SOBRINHO, 2003).

Não há uma delimitação precisa na definição do que seja a dignidade da pessoa humana. A dignidade é facilmente perceptível nos momentos em que é agredida, bastando para isso, entre outros motivos, a existência de preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminações. Logo, entende-se que todos os direitos referentes às condições básicas de vida para o homem e sua família, os direitos de liberdade e igualdade, bem como o direito de soberania popular, correspondem diretamente às exigências mais elementares da dignidade da pessoa humana. (JACOBI, 2005, p. 14).

Para Immanuel Kant (1960), a dignidade da pessoa humana é um valor moral que não tem preço e não pode ser medido pelo mundo social ou por suas características externas, mas, sim, algo imensurável e inerente a ser humano. A dignidade da pessoa humana é vista como valor fundamental na construção do ordenamento jurídico, onde diversos significados são atribuídos à palavra “dignidade”, empregando-a em diferentes contextos: dignidade social, dignidade espiritual, dignidade intelectual e dignidade moral. (JACOBI, 2005, p. 15).

Sarlet (1995) defende a dimensão natural e a dimensão cultural da dignidade da pessoa humana. Pela primeira, a dignidade não pode ser criada ou retirada como um simples objeto, por ser tida como intocável; na dimensão cultural, pressupõe que a dignidade de cada um está relacionada com o seu próprio esforço, a sua ação, conforme as suas necessidades e para o seu pleno desenvolvimento. Há também a dimensão comunitária, na qual, pelo fato de todos serem iguais em dignidade, serem igualmente capazes de participar da vida em comunidade e de se socializarem.

Pode-se, portanto, deduzir que onde não houver respeito pela vida e pela integridade física do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas, onde a intimidade e identidade do indivíduo forem objeto de ingerências indevidas, onde sua igualdade relativamente aos demais não for garantida, bem como onde não houver limitação do poder, não haverá espaço para a dignidade da pessoa humana.

Kant afirma que os seres humanos, providos de razão, não podem ser comparados a coisas,

[...] ao contrário, os seres racionais são chamados de pessoas, porque sua natureza já os designa como fim em si, ou seja, como algo que não pode ser empregado simplesmente como meio e que, por conseguinte, limita na mesma proporção o nosso arbítrio, por ser um objeto de respeito. (KANT, 1997, p. 107).

Após o Brasil ter passado por um período de ditadura, caracterizada pela violação dos direitos humanos, a Carta de 1988 representou um grande avanço, alargando

significativamente a abrangência dos direitos e garantias fundamentais, corporificados no seus títulos I e II. (JACOBI, 2005, p. 17).

O Estado Democrático de Direito possui dupla responsabilidade: a primeira é a de cumprir a lei; a segunda, de assegurar os direitos e garantias fundamentais, pois, a partir do momento em que os consagra como valores primordiais, o Estado torna-se o maior responsável pela concretização desses direitos. Portanto, não basta apenas existirem leis, mas, sim, ordenações estatais que se direcionem para a efetividade das necessidades sociais. (JACOBI, 2005 p. 17).

Dessa forma, verifica-se que o direito à saúde constitui-se em um direito fundamental, constitucionalmente previsto na Constituição Federal de 1988, e a correta aplicação e efetividade deste direito é obrigação inerente ao ente estatal em razão do Estado Democrático de Direito vigente em nosso país.

Retomando o histórico dos direitos à saúde, temos a primeira Constituição do Brasil, de 1824, onde sequer houve menção à saúde, conforme relata Pilau Sobrinho (2003, p. 91): “ficava assegurado o direito ao socorro público como garantia do direito civil e político, porém não fazia menção ao direito à Saúde”. Nessa época, a relação saúde e doença era atribuída aos deuses, cuja ira poderia causar doenças (castigo); por isso, recorria-se a estes e aos sacerdotes da época para a busca da cura. Restava à Igreja, por intermédio das Santas Casas de Misericórdia, prestar socorro a esses doentes. Essas casas eram mantidas pela Igreja Católica e serviam de referência para internações por motivo de doença, utilizando medicamentos feitos de ervas, simpatias, curandeirismo e outras rezas, desonerando o Estado de qualquer ação na área da saúde. (PILAU SOBRINHO, 2003, p. 92).

Em 1891 a Carta Constitucional Republicana não trouxe nenhum avanço em relação à saúde, que continuava como questão celestial, ao contrário da Constituição Federal de 1934, a qual atribuiu ao Estado e à União a competência em relação à saúde. Ainda, trouxe em seu art. 121, letra “h”, uma preocupação com a saúde do trabalhador e fez referência à velhice:

A assistência médica e Sanitária ao trabalhador e à gestante, assegura a esta descanso, antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do Empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de invalidez e de morte.

Trouxe preocupação também com a prevenção de doenças, delegando a incumbência das ações para a União, os Estados e Municípios. (PILAU SOBRINHO, 2003, p. 93).

As demais cartas constitucionais em nada contribuíram no tocante ao direito à saúde até a de 1988, conforme relata Pilau Sobrinho: “Nenhum texto Constitucional se refere explicitamente à Saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social até a promulgação da Carta de 1988”. (PILAU SOBRINHO, 2003, p. 94).

A Constituição Federal de 1988 consolidou o acesso universal, de modo que todos os cidadãos brasileiros passaram a ter direito à saúde. O seu art. 6º coloca a saúde como direito social do cidadão: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma da Constituição”. Ainda no tocante à saúde, em seu art. 196 aborda-a como direito do cidadão e dever do Estado:

A Saúde é um 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.

Dessa forma, fica garantido por lei o atendimento à saúde a qualquer cidadão tanto na assistência quanto na prevenção.

Em prosseguimento, a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 criou as diretrizes para o Sistema Único de Saúde, em conformidade com a Constituição Federal, estabelecendo como obrigação do Estado a formulação e a execução de políticas econômicas e sociais para assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Garantido o acesso universal e igualitário à saúde¹ a todos os cidadãos brasileiros, passa-se à análise do direito do idoso em relação à saúde. As políticas públicas dizem respeito a todas as ações planejadas e executadas por órgãos públicos. O Estado brasileiro não garante acesso a uma população amplamente desprivilegiada, a exemplo da maioria dos idosos, aos serviços públicos. (VERAS, 2001).

Por outro lado, há prevalência de doenças crônico-degenerativas e não transmissíveis, as quais vêm proliferando entre os idosos, aumentando o tempo de internação e exigindo cuidados mais específicos e equipes multidisciplinares, o que determina custos mais elevados dos tratamentos. Dessa forma, a assistência ao idoso exige políticas de saúde adequadas, pois sua falta pode acarretar custos elevados aos cofres públicos. As políticas de promoção e

¹ O conceito de saúde pública tem íntima ligação com o direito à cidadania, pensada como um conjunto de liberdades individuais expressas pelos direitos civis (NERI, 2005).

prevenção com tecnologia de assistência e cuidados adequados para reabilitação podem reduzir a incapacidade associada à velhice e custos. (MIYATA, 2005).

Muitas são as políticas² públicas que focam o idoso e sua família, porém há dificuldades para a implantação e implementação de ações resolutivas e sistemáticas. Apesar de nos últimos anos o processo de envelhecimento estar sendo mais discutido, as mudanças a ele vinculadas parecem ainda não ser claras para os gestores e prestadores de serviços. Portanto, do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil, mas sua implantação ainda não se faz de forma ideal. (MIYATA, 2005).

Nesse contexto, faz-se necessária uma abordagem histórica acerca da construção das políticas e direitos dos idosos e da propagação das questões relacionadas ao envelhecimento humano, que foi inicialmente promovida por organizações internacionais (Organização Mundial da Saúde e Organização das Nações Unidas). Essas exerceram papel fundamental na análise e comunicação do impacto do envelhecimento nos países em desenvolvimento na tentativa de incitá-los a adotarem medidas para o enfrentamento dessa realidade, com destaque especial na área da saúde, com o objetivo de incentivar o envelhecimento saudável (GOLDMAV, 2004).

Na década de 1980, com a participação da sociedade civil organizada e alguns parlamentos comprometidos exigindo a valorização e o respeito à pessoa idosa, foi promovido um movimento que influenciou na construção da Constituição de 1988, primeira carta a trazer a proteção jurídica do idoso, a qual impõe à família, à sociedade e ao Estado o dever de ampará-lo (UVO; ZANATTA, 2005).

Cabe ressaltar que até a década de 1970 os idosos recebiam atenção apenas de cunho caritativo de instituições não governamentais. Até 1994 não existia uma política estruturada em nível nacional para atenção ao idoso; havia apenas um conjunto de iniciativas privadas e algumas medidas públicas ligadas a alguns programas, destinados principalmente aos idosos carentes, mais como uma ação assistencial do que como uma política de serviços e ações preventivas. (SCHONS; PALMA, 2000).

Destaca-se que as autoridades do governo brasileiro só iniciaram sua mobilização em prol de políticas específicas para os idosos após o impacto negativo da tragédia ocorrida em 1996 no Rio de Janeiro, na Clínica Santa Genoveva (clínica privada, custeada com recursos públicos de saúde), onde ocorreu a morte de uma centena de idosos. (FERNANDES, 2007).

² O termo política diz respeito a um conjunto de metas e objetivos que formam determinado programa de ação governamental que condicionam sua execução. Política pública é a expressão atualmente utilizada nos meios oficiais e nas ciências sociais para substituir o que até a década de setenta era chamado Planejamento Estatal (BORGES, 2002).

A Política Nacional do Idoso, instituída pela lei de 8.842/94, regulamentada em 03/03/1996 pelo decreto 1.948/96, ampliou o direito dos idosos, e para alcançar essas metas foi criado o Plano Integrado (Interministerial) de Ação Governamental, que incorporou novas ações, incluindo a readequação da rede de saúde e assistência social para o atendimento integral do idoso.

Para atender a essas necessidades foi implantada no Brasil a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), com o objetivo de permitir um envelhecimento saudável, preservando a capacidade funcional, a autonomia e, assim, mantendo o nível da qualidade de vida (GORDILHO et al., 2000). Instituída por meio da portaria GM/MS nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, a PNSI estabelece as diretrizes que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral aos processos de envelhecimento e à população idosa. Essas diretrizes são: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde dos idosos; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio aos estudos e pesquisas, cabendo aos gestores do Sistema Único de Saúde prover os meios de atuar de modo a viabilizar o alcance dessas metas. (BRASIL, 1999).

Considerando essas diretrizes definidas para atender a tal propósito, é necessário um amplo conjunto de ações para o processo de promoção da saúde, compartilhando as responsabilidades com outros setores e nas três esferas de governo. Cabe aos gestores do SUS estabelecer processos de articulação permanente, visando a parcerias e à integração da sociedade civil organizada, para que estejam direta ou indiretamente ligados a essa política (BRASIL, 2006a).

Em 2002, por meio da portaria nº 702/SAS/MS, houve a tentativa da implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, resultando na criação das normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, portaria 249/SAS/MS. (BRASIL, 2002).

Em 2003 surgiu o Estatuto do Idoso, elaborado com a participação de entidades de defesa dos idosos. Este garante o atendimento integral aos idosos no que diz respeito à saúde, mas não traz meios para financiar as ações propostas. Assim, embora a legislação brasileira seja avançada, a prática ainda é insatisfatória. Com a vigência dos direitos do idoso elencados pelo Estatuto do Idoso, o aumento das Equipes de Saúde da Família revela a fragilidade de idosos e suas famílias na inserção em ações nas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tornando necessária a reavaliação da Política Nacional de Saúde das Pessoas Idosas. O

Estatuto do Idoso, criado pela lei 10.741, de 01 de outubro de 2003, estabelece prioridade absoluta às normas protetivas do idoso. Em relação à saúde, no art. 3º estabelece como obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação de direitos, incluindo o da saúde. (BRASIL, 2003).

Para a promoção da saúde é necessário estimular as pessoas ao cuidado da própria saúde. Em relação ao cuidado com o idoso, na dificuldade de ele mesmo cuidar de sua própria saúde, a competência fica a cargo da família e do Estado, porém não fica claramente especificada a participação desses na atenção ao idoso dependente.

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde dos idosos. Isso não significa, no entanto, que o Estado deixe de ter papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, papel este capaz de aperfeiçoar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional (GORDILHO et al., 2000).

A Política Nacional de Saúde do Idoso é um instrumento que o setor de saúde dispõe, a qual estabelece as diretrizes essenciais que norteiam a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas idosas, que são: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência à necessidade de saúde dos idosos; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio aos estudos e pesquisas. Em 2006, a atenção ao idoso passou a ser prioridade com a implantação do Pacto pela Vida e, por consequência, com a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), portaria GM/MS n. 2.528, de setembro de 2006 (BRASIL, 2006a).

Com a ampliação da política de saúde do idoso em suas ações, denominada “Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa”, tem-se como projeto de governo implementar o trabalho em dois grandes eixos, tendo como paradigma a capacidade funcional da população idosa: idosos independentes e idosos frágeis. (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como objetivo principal respeitar os princípios e diretrizes do SUS na atenção à população idosa, defendendo o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção e indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos, garantida pela lei 8.080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006a).

Ainda, 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, a fim de construir na sociedade a ideia de solidariedade para com este grupo etário, além de propiciar um envelhecimento ativo, preservando a autonomia do sujeito, fomentando uma rede estruturada de apoio social que garanta a atenção multi e interdisciplinar nos serviços de saúde e estruturá-los sob a ótica do atendimento integral, humanizado e de qualidade para essa população. (BRASIL, 2006a).

Entendendo que programas de governo são instrumentos de organização da ação governamental com vistas à concretização dos objetivos pretendidos, constata-se que, com relação à saúde do idoso no Brasil, em sua maioria, as ações de atenção ao idoso se dão por iniciativa e implementação da sociedade civil organizada, por meio de associações filantrópicas, organizações não governamentais e entidades religiosas. Por isso, tais ações têm caráter pontual na resolutividade das necessidades de saúde dessa população. O Programa Valorização e Saúde do Idoso, uma iniciativa do governo federal, ainda não criou condições operacionais para a implementação da política do idoso. Portanto, como não há coordenação do sistema, algumas experiências municipais isoladas têm ocorrido, não se observando uniformidade de ação (BRASIL, 2006a).

Percebe-se, assim, que existem diversas políticas públicas, além de iniciativas privadas, que visam atender às necessidades da saúde do idoso. Entretanto, muitas vezes essas não se fazem eficazes, deixando de atender ao preconizado na Constituição Federal no que diz respeito aos direitos fundamentais do idoso, dentre os quais o da saúde.

Para visualização da aplicabilidade dos direitos dos idosos na Atenção Básica de saúde do Município de São Domingos do Sul – RS foi realizado um estudo de caso, com o objetivo de averiguar a situação das políticas públicas de saúde. A metodologia utilizada será descrita no próximo capítulo.

2 METODOLOGIA

Foi realizado um Estudo de Caso com pesquisa de campo, que consistiu na análise de documentos, observação direta e entrevistas semi estruturadas com o objetivo de penetrar na realidade do dia a dia dos idosos do município; observar essa realidade; investigar junto aos idosos e seus familiares o conhecimento desses acerca dos direitos elencados na legislação e sua aplicabilidade no atendimento na Rede Municipal de Saúde, bem como levantar dados pertinentes ao processo de construção da Política Municipal do Idoso e sua relação com as profissionais de saúde. Este capítulo descreve o tipo de estudo realizado, bem como os participantes, coleta e análise dos dados.

2.1 Tipo do estudo

Quanto ao delineamento, tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou o método de estudo de caso proposto por Yin.

Segundo Yin (2004), o EC representa uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e contexto não estão claramente definidos. Compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados. Pode incluir tanto estudos de caso único quanto múltiplos, assim como abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa (YIN, 2004).

Conforme Yin (2004), o EC é utilizado quando o tipo de questão de pesquisa é da forma “como” e “por quê”; quando o controle que o investigador tem sobre os eventos é muito reduzido, ou quando o foco está em fenômenos contemporâneos dentro do contexto de vida real. Para a proposta deste estudo, o método apresentou-se como o mais adequado na medida em que permitiu ao investigador compreender esse fenômeno social e político complexo que é o desafio da aplicabilidade dos direitos do idoso na atenção básica de saúde. Assim, permitiu investigar a realidade local da atenção básica e políticas de saúde do idoso, permeando o seu contexto, levantando os limites e as possibilidades da aplicabilidade dos direitos atribuídos ao idoso na legislação vigente.

O método EC pode ser aplicado para explicar ligações causais nas intervenções na vida real que são muito complexas para serem abordadas pelo levantamento de dados ou pelas

estratégias experimentais; para descrever uma intervenção e o contexto da vida real no qual ela ocorre; para fazer uma avaliação, ainda que de forma descritiva, da intervenção realizada e para explorar aquelas situações onde as intervenções avaliadas não possuam resultados claros e específicos.

O estudo proposto teve por objetivo realizar uma avaliação das atividades da Atenção Básica de Saúde e das políticas públicas para conhecer as características das ações preconizadas na atenção ao idoso; investigar junto aos idosos do município qual é o seu entendimento sobre seus direitos e o impacto dessa na realidade local, como se dá a aplicabilidade na vida diária; ainda, pretendeu levantar subsídios para a implementação de políticas públicas. Assim, o método de estudo de caso permitiu uma investigação com preservação das características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real.

No entendimento de Yin, o estudo de caso possibilita a penetração em uma realidade social não possibilitada plenamente por um levantamento amostral e avaliação exclusivamente quantitativa. Esse método orienta a busca de explicações e interpretações convincentes para situações que envolvam fenômenos sociais complexos. Assim, para dar conta de explicar a complexidade que envolve a problemática da situação do idoso no contexto familiar, social e político, abrangendo a saúde, necessitou-se explorar todo o contexto que envolve o idoso.

Seguindo os fundamentos para projeção do estudo de caso na perspectiva de Yin (2004), tratou-se de um caso único, que representou um projeto comum para realizar estudos de caso. Foi um projeto apropriado em várias circunstâncias e que se baseou em diversos fundamentos lógicos, dentre os quais o caso representativo ou típico, aquele que captura as circunstâncias e as condições de uma situação lugar-comum ou do dia a dia. Assim, o presente trabalho, através do método estudo de caso, permitiu ao investigador penetrar na realidade do dia a dia dos idosos do município; observar essa realidade; investigar junto aos idosos e seus familiares o conhecimento desses acerca dos direitos elencados na legislação e sua aplicabilidade no atendimento na Rede Municipal de Saúde, bem como levantar dados pertinentes ao processo de construção da Política Municipal do Idoso e sua relação com as profissionais de saúde. Foi uma oportunidade de desvendar alguns fenômenos, investigar essas questões relacionadas ao idoso, situações que são encontradas, mas pouco investigadas, justificando a utilização de um estudo de caso único.

2.2 Cenário do estudo e participantes

Este estudo foi desenvolvido no município de São Domingos do Sul, situado no norte do estado do Rio Grande do Sul, considerado de pequeno porte e que compõe a microrregião do Alto Taquari, na Encosta Superior do Nordeste, distante da capital 230 km. (IBGE, 2010)

São Domingos do Sul inicia sua história por volta de 1984, quando chegaram os primeiros colonizadores italianos; hoje, além desses, a maioria, encontra-se um número menos expressivo de poloneses, alemães e negros. A emancipação político-administrativa ocorreu em 1987 e seu ano de instalação como município foi 1989. A economia baseia-se principalmente na extração de basalto, bacia leiteira e agricultura familiar. (IBGE, 2010).

Possui uma população de 2.936 habitantes, de acordo com o IBGE, censo 2010, e de 3.005 habitantes, conforme o relatório do Sistema de Informações Ambulatoriais Municipal (SAIBMUN) (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2010). Quanto ao gênero, aproximadamente metade da população é masculina. Possui uma população de idosos de 18,2% do total, conforme dados do SAIBMUN; portanto, é considerado um município envelhecido. Segundo a OMS, quando um município possui acima de 14% da população do total de sua população formada por idosos é entendido como tal (WHO, 2005).

Possui um IDH de 0.812, segundo a Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000). Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano³, São Domingos do Sul é considerado um município com desenvolvimento humano alto por apresentar um IDH de 0,812, pois os municípios com IDH-M até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; os municípios com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano; municípios com IDH-M maior que 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto (IBGE, 2010), o que repercute sobre as condições sociais, culturais e políticas e, por conseguinte, influencia na qualidade da vida dos munícipes .

Para o trabalho de campo no estudo de caso foram considerados participantes do estudo idosos residentes no município, familiares destes, profissionais de saúdes, membros do

³ No IDH estão equacionados três subíndices direcionados às análises educacionais, renda e de longevidade de uma população. O resultado das análises educacionais é medido por uma combinação da taxa de alfabetização de adultos e a taxa combinada nos três níveis de ensino (fundamental, médio e superior). Já o resultado do subíndice renda é medido pelo poder de compra da população, baseado pelo PIB per capita ajustado ao custo de vida local para torná-lo comparável entre países e regiões, através da metodologia conhecida como paridade do poder de compra (PPC). E por último, o subíndice longevidade tenta refletir as contribuições da saúde da população medida pela esperança de vida ao nascer. A metodologia de cálculo do IDH envolve a transformação destas três dimensões em índices de longevidade, educação e renda, que variam entre 0 (pior) e 1 (melhor), e a combinação destes índices em um indicador síntese. Quanto mais próximo de 1 o valor deste indicador, maior será o nível de desenvolvimento humano do país ou região (PNUD/Atlas de Desenvolvimento Humano - <http://www.pnud.org.br/>).

CMS, coordenadores da terceira idade e outras pessoas-chave que pudessem contribuir com informações e dados para atender ao objetivo proposto.

Participaram do estudo dez idosos e dez familiares, escolhidos de forma aleatória e que se propuseram a participar; ainda, dez trabalhadores dos serviços de saúde, também profissionais que atuam em programas e ou ações que diretamente envolvem idosos, como a coordenadora do grupo da terceira idade do município, a assistente social, responsável pelas ações sociais do idoso, professores de canto e de educação física, atuantes junto ao grupo de convivência Alegria e Amizade. Os participantes foram identificados pelas iniciais de acordo com o grupo e numerados de um a dez respectivamente, ficando os idosos identificados de I1 a I10, familiares de F1 a F10, profissionais de saúde de PS1 a PS10 e os demais considerados elementos chave de EC1 a EC6. As entrevistas foram gravadas, transcritas e após analisadas de acordo com a proposta de Yin (2004).

2.3 Coleta de dados

Yin (2004) prevê a possibilidade de utilização de vários recursos quando os dados são coletados em suas situações cotidianas, em um ambiente que não é controlado pelo investigador. Dessa forma, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, análise documental, observação direta e observação participante. Seguindo as recomendações de Yin, adotaram-se múltiplas fontes de evidências, formando uma cadeia de ênfases com triangulação de dados, a fim de investigar vários aspectos em relação à aplicabilidade dos direitos do idoso na Atenção Básica de Saúde.

Para a análise documental, as fontes foram: atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) a partir do ano de 2005 (após aprovação do Estatuto do Idoso), atas das Conferências Municipais de Saúde de 2003 a 2009, atas das Conferências Municipais da Assistência Social no período de 2003 a 2009, ata do Conselho Municipal de Assistência Social do ano de 2009, atas das Conferências Municipais do Idoso de 2003 a 2009; ainda, legislação municipal a partir de 2003, Planos Municipais de Saúde a partir de 2003, Cartilhas de Saúde a partir de 2003, jornal *Hoje*, folha semanal que circula na região.

Quanto às entrevistas, foram realizadas com idosos do município, com familiares destes, com trabalhadores de saúde e coordenadores de grupo de terceira idade de forma individual, sendo conduzidas pelo investigador de forma espontânea, focadas no conjunto de perguntas oriundas do protocolo do estudo de caso. As entrevistas foram gravadas e

transcritas na sua forma integral e original (Apêndice B) e caracterizam uma das mais importantes fontes de informação do estudo de caso no entendimento de Yin (2004).

A observação direta foi realizada no ambiente de assistência ao idoso, nos grupos de terceira idade, nas unidades sanitárias, no Hospital Municipal, permitindo a apreensão de alguns comportamentos ou condições ambientais relevantes (Apêndice C). Segundo Yin, é possível a observação participante, pois o investigador deve se envolver com o fenômeno e o ambiente pesquisado. O autor também destaca a possibilidade da adoção de diversas técnicas para a coleta de dados, sendo permitida a combinação dessas. Por isso, o presente trabalho, além das técnicas apresentadas, utilizou os encontros de discussão grupal, proposta que se assemelha ao desenvolvimento do grupo focal.

O grupo focal é uma técnica de avaliação que oferece informações qualitativas. Um moderador guia grupos de aproximadamente dez pessoas, numa discussão que tem por objetivo revelar experiências, sentimentos, percepções, preferências. Os grupos são formados com participantes que têm características em comum e são incentivados pelo moderador a conversar entre si, trocando experiências e interagindo sobre suas ideias, sentimentos, valores, dificuldades etc. O papel do moderador é promover a participação de todos, evitar a dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização de alguns participantes sobre outros. O assunto é identificado num roteiro de discussão e são selecionadas técnicas de investigação para a coleta das informações. (NETO et al., 2002).

O grupo focal permitiu a discussão em grupo, possibilitando o envolvimento dos participantes, a integração espontânea desses e propiciando enriquecimento e flexibilidade na coleta de dados (Apêndice D). Para composição do grupo de discussão foi lançado um convite por ocasião da visita no grupo de terceira idade do município. Com aqueles que se manifestaram positivamente foi agendado novo encontro, com dia e horário determinados em comum acordo. Para realização da entrevista grupal foi feito agendamento de um horário no espaço (sala dos grupos de terceira) que a Prefeitura Municipal disponibiliza para atividades desenvolvidas com esse segmento.

Para realização da entrevista com os idosos e, por consequência, a seleção dos participantes, primeiramente foi apresentada a proposta de pesquisa na reunião do grupo de terceira idade, explicando-a detalhadamente. Feito isso, foram anotados nome e endereço daqueles que se manifestaram positivamente; assim, um novo agendamento foi efetuado com vistas a uma visita ao domicílio para fins de formalização da participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E). Por ocasião da visita, foi contatado com familiares para rastreamento de possíveis participantes. Para os que

aceitaram, os trâmites seguiram da mesma forma e, quando possível, foi realizada a entrevista na mesma ocasião; em casos de impossibilidade, foi feito novo agendamento, de acordo com a disponibilidade do participante.

No caso dos profissionais de saúde, foi solicitado um espaço para apresentar o projeto na reunião ordinária que acontece s na última quinta-feira do mês na Secretaria Municipal da Saúde do Município, momento em que para quem aceitou participar do estudo os trâmites ocorreram da forma explicitada anteriormente. Processo semelhante foi adotado em relação às entrevistas com as pessoas reconhecidas como informante chave, ou seja, primeiro foram identificadas, sendo após apresentado o projeto de pesquisa e para aqueles que aceitaram participar seguiu-se o estabelecido.

Cabe ressaltar que este estudo atendeu às diretrizes basilares da resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde nos seguintes aspectos éticos: consentimento autorizado formalmente pela instituição e pelos atores sociais envolvidos, configurados pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ainda, registram-se a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob o Protocolo CAAE n. 1836.0.000.398-10, parecer n. 176/2010 (Anexo I).

2.4 Análise dos dados

Conforme Yin, a análise de resultados consiste em examinar, categorizar, classificar, testar, recombinar evidências, seja quantitativa, seja qualitativamente, para dar conta das proposições iniciais de um estudo. Três estratégias foram levadas em consideração atendendo às recomendações propostas por Yin, a saber: proposições teóricas, estrutura fundamentada em explanações concorrentes, as quais foram categorizadas na forma de resposta aos objetivos pertinentes. Foi criada uma matriz de categorias e disposta conforme as evidências.

Sendo o objetivo primordial deste estudo verificar a aplicabilidade dos direitos do idoso na Atenção Básica de Saúde com base nas políticas públicas de atenção ao idoso, apresentam-se os resultados organizados em duas grandes categorias, denominadas “Visibilidade das políticas públicas relacionadas ao idoso: o caso de São Domingos do Sul” e “O direito do idoso na interpretação dos atores sociais organizados”, as quais compõem, respectivamente, os capítulos quatro e cinco.

Após descrição da metodologia utilizada, o próximo capítulo traz presente as políticas públicas de Saúde e Ação Social identificadas durante o estudo.

3 VISIBILIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO IDOSO: O CASO DE SÃO DOMINGOS DO SUL

Neste capítulo abordam-se as políticas públicas municipais que de alguma forma atendem aos direitos da pessoa idosa. Portanto, trata-se da Política Municipal de Saúde, no que concerne à atenção à saúde do idoso; da Política Municipal de Assistência Social, pela atuação direta com esse segmento por meio de programas e ações, e da Política Municipal do Idoso. Analisam-se também os espaços de participação social na discussão das ações e atividades relacionadas ao atendimento ao idoso, sendo eles: Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Assistência Social e as Conferências Municipais de Saúde, de Assistência Social e do Idoso.

3.1 O plano formal das políticas públicas municipais

3.1.1 Política Municipal de Saúde

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, define-se como Plano de Saúde o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes, prioridades e metas a serem atingidas, estimativas de recursos e de gastos, estratégias de ação e de compromissos de governo para o setor de saúde, com a participação dos segmentos sociais representados no Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a perspectiva do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006). A formulação e o encaminhamento dos Planos de Saúde são de competência dos gestores, cabendo aos Conselhos de Saúde apreciar e propor alterações que julgarem necessárias para aprovação.

Nessa perspectiva, o Plano de Saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão, neste caso, municipal. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde, instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços de saúde. Refere-se a um período de governo (plurianual) e constitui um documento formal da política de saúde do município.

Na análise documental verifica-se que o primeiro Plano Municipal de Saúde mencionado nos registros da Secretaria Municipal da Saúde data de 2002, nominado de Plano Municipal de Saúde Plurianual 2002/2004, de julho de 2002. Este plano não traz destaques específicos relacionados à saúde do idoso, no entanto ao delinear a prioridades verifica-se a expressão “apoiar o grupo da Terceira Idade, incentivando para que mais idosos participem” (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2002, s/p). Tal referência pode ser traduzida em preocupação com a saúde desse segmento populacional, pois se entende que idosos engajados nas ações coletivas desenvolvidas nos grupos de terceira idade estão em busca do envelhecimento saudável, além de que a participação se constitui em canais de aprendizagem para a construção da cidadania (PORTELLA, 2004).

Dessa forma, percebe-se iniciativa tímida acerca das ações pertinentes à saúde do idoso, sem expressar maior preocupação com o universo dos envelhecetes; a ênfase está centrada no ativismo, visto que revela a preocupação em engajar mais participantes; desconsidera aqueles que por vontade ou valores culturais não têm aderência aos grupos de convivência e, ainda, ofusca a problemática do idoso dependente.

Se, por um lado, é pertinente que se reflita sobre a pouca adesão dos homens aos grupos de terceira idade, justificada pela feminização da velhice, com as mulheres apresentando uma maior expectativa de vida, por outro, essa pouca adesão masculina aos GTIs está ligada a questões culturais, porque os homens foram educados para trabalhar e exercer o papel de poder, sem expressão de sentimentos, desejos e afetividade. Dessa forma, os GTIS são considerados espaços de relacionamentos afetivos, trocas de experiências e lazer, considerados atributos predominantemente femininos. Além do menor número de homens idosos, a pouca participação fica menor ainda diante do preconceito da participação masculina, das dificuldades de socialização e do desconhecimento da proposta dos grupos (MASCARELO; MIORANDO; PORTELLA, 2007).

Ainda, há que se considerar a situação dos idosos dependentes ou gravemente enfermos, que estão impossibilitados de participar dos GTIS e de outras atividades proporcionadas aos idosos não por escolha própria, mas pelas limitações impostas pelo comprometimento relacionado ao envelhecimento. Bertoleti e Carreta (2008) apontam para a importância do cuidado domiciliar aos idosos acamados pós-desospitalização. Esse grande acometimento de agravos nos idosos é apontado por uma estatística do Ministério da Saúde de que cerca de 85% dos idosos apresentam uma co-morbidade ou doença crônica (BRASIL, 2001).

Considerando que no referido período não existia o Estatuto do Idoso, observam-se desdobramentos singulares da PNI (1996) e da PNSI (1999), que, de modo geral, principiam as discussões inerentes ao envelhecimento e a velhice no município, seguindo a mesma direção que o país ao enfatizar a preocupação com a participação nos grupos.

As políticas de atenção à pessoa idosa seguem o cunho da tendência internacional influenciada pela teoria sociológica do envelhecimento, intitulada “teoria da atividade de Havighurst”⁴, haja vista, que na década de 1940 o envelhecimento saudável era compreendido como aquele do sujeito que consegue manter pelo maior tempo possível o engajamento nas atividades, sejam formais, sejam informais, bem como a satisfação proporcionada pelas atividades propostas (DOLL et al., 2007).

Por outro lado, nesse período o município estava iniciando os primeiros passos na Estratégia Saúde da Família, que teve sua implantação no ano de 2001, conforme consta no projeto de implantação do Programa Saúde da Família (PSF), da Secretaria Municipal da Saúde (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2001). A Estratégia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que já existia desde a década de 1990, teve sua regulamentação em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação e descentralização do SUS. É considerada uma importante estratégia na reorganização da assistência e atendimento domiciliar e compreendida como importante forma de transição para a ESF (BRASIL, 2001).

O Município de São Domingos do Sul implantou o PACS no ano de 1995 e foi um dos primeiros da região a fazer a adesão ao Programa (SÃO DOMINGOS DO SUL, 1995). Em 1994 o Estado do Rio Grande do Sul aderiu ao programa e em 1995 foram 22 municípios com adesão, dentre os quais São Domingos do Sul (BRASIL, 2001). Dentre as atividades dos agentes comunitários de saúde está a de realizar atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso. Também, dentre os grupos prioritários de trabalho está descrito: velhice não é doença. Dessa forma, já vêm acontecendo as primeiras ações em saúde do idoso, como realizar atividades de visitas domiciliares tendo como uma das prioridades o acompanhamento ao idoso, conforme o seguinte relato:

⁴ A teoria da atividade desenvolveu-se no final da década de 40 e se constituiu principalmente com Havighurst, que propôs a realização de determinadas atividades. Caso sua realização seja feita com sucesso, o indivíduo terá felicidade e êxito em tarefas posteriores, mas caso a pessoa fracasse, lhe restará a infelicidade e a reprovação pela sociedade. Para maior esclarecimento sobre a questão sugere-se a leitura de DOLL, J. et al. Atividade, desengajamento, Modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estud. Interdiscip. Envelhec.*, Porto Alegre, v. 12, p. 7-33, 2007.

Os idosos sempre foram uma prioridade do nosso trabalho. Desde antes que era só PACS, a gente tinha algumas prioridades pra visitar e acompanhar todo mês como as crianças, gestantes e idosos. Cadastrava-se e fazia acompanhamento todos os meses e nas reuniões, se tinha algum problema com eles, se passava pra enfermeira. Às vezes o médico até ia a casa se ele não podia ir até o posto ou hospital. (PS1)

Para Figueiredo et al. (2009), além de o ACS ser morador da área, estabelecer laços e manter amizade, favorece a horizontalidade das relações que se estabelecem com a comunidade; assim, aos poucos a credibilidade do seu trabalho se consolida e se favorecem as ações de atenção ao idoso preconizada pelas políticas públicas.

O segundo Plano Municipal de Saúde data de setembro de 2006, com o período de abrangência de 2006 a 2009. Dentre as prioridades e ações a executar está a saúde do idoso, que tem descrito como ação: “Acompanhar e participar do grupo da Terceira Idade, realizar visitas aos idosos acamados e entrega de lembranças de aniversário aos acamados no final do ano.” (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2006).

Essas citações demonstram uma preocupação com o universo de idosos, priorizando os idosos dependentes, limitados e debilitados, impossibilitados da realização das atividades da vida diária, muito menos da participação em espaços sociais, não apenas aqueles que participam do Grupo de Convivência da Terceira Idade. Isso mostra a consonância com a Política Nacional da Pessoa Idosa (2006) antes mesmo de ter sido implantada e a preocupação com os idosos com alto grau de dependência funcional, incitando à criação de ambientes para dar conta dessa demanda, dentro das diretrizes de promoção do envelhecimento ativo e saudável, para oferecer atenção integral, com ações intersetoriais e provimento de recursos para assegurar qualidade na atenção à saúde da pessoa idosa, incluindo o fortalecimento do controle social.

Nesse período, já com a implantação do Estatuto do Idoso, a discussão e preocupação com o idoso passam a ser maiores. As visitas às quais o plano faz referência são as realizadas pelos próprios idosos do grupo e pelos trabalhadores ligados à assistência social, conforme relato:

Muitas vezes que tenho participado das reuniões da saúde as agentes cobravam muito pra que os idosos que não podem participar do grupo por dificuldade de sair de casa fossem lembrados. Daí nós pensamos em fazer essas visitas além daquelas da saúde, pra que eles se sentissem mais valorizados e não esquecidos como eles mesmo se queixavam. Foi aproveitado o Dia do Idoso e foi feito encontros nas comunidades e aproveitados essas tardes. Enquanto uns ficavam no grupo eu e a Hilda fazíamos as visitas pra aqueles que não podiam estar lá na comunidade. Aproveitamos e damos uma lembrancinha também, porque aqueles que vão ao grupo sempre ganham alguma coisinha no aniversário. (EC1)

Em 2009, o novo Plano Municipal de Saúde incluiu outras ações relacionadas à saúde do idoso, tais como:

Acompanhar e participar do grupo da Terceira Idade, visitar os idosos acamados, internação com acompanhante, verificação de PA e HGT em acamados com dificuldades de deslocamento até as Unidades de Saúde, atividades de lazer abertas a todos os idosos do município, atendimento prioritário no SUS, acompanhamento e cuidados especiais aos acamados, empréstimo de cama hospitalar aos acamados, curso de capacitação para cuidadores com grupo de escuta, Projeto: estimulando lembranças, memórias e recordações (livro), *projeto* de inclusão digital para idosos, Projeto centro-Dia para idosos e caderneta de Saúde do Idoso para todos (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2009).

Analisando este último plano, percebe-se uma preocupação maior com ações mais elaboradas, corroborando o Estatuto do Idoso, a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Política Estadual do Idoso, nos artigos 15, 10, 5 e 3, respectivamente.

Direito a acompanhante na internação: este direito está em consonância com o Estatuto do Idoso, capítulo IV, do Direito à Saúde, art. 16.

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

No que se refere ao lazer, cultura e esporte, o Plano Municipal de Saúde contempla as prerrogativas das políticas públicas e do conceito de envelhecimento ativo, entendido como o processo de oportunizar ações de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2005).

Lazer: O lazer é uma constante preocupação em todas as atividades relacionadas ao idoso, incentivando a participação dos mesmos visando à melhora da autoestima. Nesse sentido, novamente o Estatuto do Idoso faz referência:

Do Estatuto do Idoso, capítulo V, Da Educação, cultura, esporte e Lazer, Art.20: O idoso tem direito a educação, cultura esporte, lazer, diversões espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade (BRASIL, 2005).
Art.23: A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante desconto de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais (BRASIL, 2005).

Atendimento preferencial ao Idoso: O atendimento especial ao idoso está contemplado no Plano Municipal de Saúde, demonstrando preocupação em atender de forma particular e especial esse segmento populacional dentro de suas particularidades. Seguindo esse raciocínio, a legislação vigente traz as seguintes citações:

É assegurada a atenção integral ao idoso por intermédio do sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003, art. 15).

Acompanhamento especial aos idosos acamados: É destaque também o acompanhamento aos acamados com atendimento, especial aos idosos com dependência. De acordo com a classificação Resolução de Diretoria Colegiada (RDC), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n. 283, de setembro de 2005 (BRASIL, 2005b), os idosos acamados apresentam grau de dependência III. São aqueles que requerem assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo. Ainda conforme o Caderno da Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006e), todos os idosos devem ser cadastrados e acompanhados, com avaliação dos níveis de dependência para oferta de cuidados domiciliares por meio da atenção domiciliar as pessoas idosas.

O cuidado no domicílio trata-se de um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. Articulam-se promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo, assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia. A atenção domiciliar no setor público justifica-se pelo grau de humanização que essa atenção traz para o atendimento ao usuário/família, pela possibilidade de desospitalização, com liberação de leitos para doentes que realmente deles necessitam e também pela redução de complicações decorrentes de longas internações hospitalares com redução dos custos envolvidos em todo o processo de hospitalização. Integra duas modalidades específicas, a internação domiciliar e a assistência domiciliar (BRASIL, 2005b).

Empréstimo de cama hospitalar: Dentro da lógica de desospitalização, conforme supracitado, existe a preocupação de atender os idosos no domicílio, com acompanhamento e

humanização do atendimento, buscando proporcionar ao paciente conforto e aos familiares segurança nos procedimentos realizados através do empréstimo de cama hospitalar.

O cuidado da pessoa idosa no domicílio, dentro da esfera da Atenção Básica, inclui duas formas de atenção: *a internação domiciliar*, que no âmbito do SUS, conforme a portaria GM n° 2.529, de 20 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006c), é o conjunto de atividades prestadas no domicílio às pessoas, clinicamente estáveis, que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, sendo atendidas por equipe específica; *a assistência domiciliar*, realizada por profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família ou da atenção especializada. O Ministério da Saúde define que a assistência domiciliar na Atenção Básica/ Saúde da Família é uma modalidade da atenção domiciliar, inerente ao processo de trabalho das equipes desse nível de atenção. Destina-se a responder às necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária.

Carteira do Idoso para todos: A caderneta de saúde da pessoa idosa foi criada em 2007 pelo Ministério da Saúde, atendendo às diretrizes da PNSPI como implementação das ações propostas. É entregue às secretarias estaduais e municipais de Saúde. De posse dela, o paciente terá registradas informações importantes sobre sua saúde, tais como controle de peso, glicemia e medicação utilizada. É uma ferramenta de identificação de situações de risco potenciais para o idoso. A implantação desta se deu, inicialmente, a partir das equipes da Estratégia de Saúde da Família, sendo acompanhada por um manual de orientação voltado para os profissionais de saúde, para o correto preenchimento e manuseio. De acordo com a Equipe de Saúde da Família, o número recebido não foi em número suficiente para todos os idosos; por isso, a Secretaria Municipal de Saúde passou a adotar um cartão municipal para que todos ao completarem sessenta anos sejam cadastrados e acompanhados recebendo o cartão.

Resgate do antepassado dos Idosos: busca integrar os idosos à cultura na tentativa da preservação dos costumes e valores da pessoa idosa. No caso de São Domingos do Sul, trata-se de uma comunidade em cuja origem étnica predomina a colonização italiana.

3.1.2 Política Municipal de Assistência Social

Dentro da Política Municipal de Assistência Social destacam-se dois planos distintos que atendem o idoso: o Plano Municipal de Assistência Social e o projeto Grupo de Convivência da Terceira Idade.

3.1.2.1 Plano Municipal de Assistência Social

Dos registros encontrados na Assistência Social o primeiro plano foi intitulado Plano Municipal de Assistência Social 2002-2005 (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2002b). Neste plano os idosos estão incluídos nos grupos sociais abrangidos pela Política Municipal da Assistência Social. O plano relata o funcionamento de dois grupos no município. Refere a vulnerabilidade social dos idosos ao chegar à terceira idade, considerando especificamente a questão psicológica, como tristeza e abandono, e a baixa rentabilidade. Aborda a questão de não haver necessidade de asilos ou casa-lar, uma vez que a realidade municipal dos idosos é de convivência familiar.

Por esse plano, ao Departamento de Assistência Social (DAS) cabe a coordenação dos grupos, que em seus encontros devem prover palestras relativas ao crescimento e desenvolvimento pessoal visando à vida com mais qualidade. Os participantes recebem lanche, transporte e atividades com professores de educação física e dança, que lhes proporcionam momentos de recreação, como se confere nos registros: “O atendimento aos idosos é realizado por meio de equipe multiprofissional da Secretarias de Saúde, Educação, EMATER⁵, juntamente com clubes de mães e sindicato.”

Essa preocupação fica claro na ata n. 04/2001 do Conselho de Assistência Social quando é apresentada a equipe que vai atuar junto aos idosos do município:

Temos como pauta a apresentação dos profissionais que irão trabalhar com a terceira idade. Com o cargo de Coordenadora fica a Carlete Vizioli, os demais profissionais são o professor de Educação Física Maurício Dalamaria, a enfermeira Rosane Lorenzetti, a assistente social Fernanda Pelizzaro e o professor de dança Sandro. (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2001).

⁵ Emater é uma sigla que define a Associação Rio-grandense de Assistência Técnica e Extensão Rural e Empresa Brasileira de Extensão Rural; objetiva, principalmente, o trabalho em comunidades rurais tanto no apoio técnico quanto em práticas educativas. No município de São Domingos do Sul seu exercício é datado de 13 de fevereiro 1998.

O segundo plano trata-se do Plano Plurianual 2006-2009 de Assistência Social São Domingos do Sul. Dentro dos programas nele mencionados especifica-se como Programa 1: Viva Melhor sua Melhor Idade, que traz como diagnóstico:

No município existem aproximadamente 350 idosos que em função da faixa etária tornam-se vulneráveis. Tal vulnerabilidade se faz presente a partir do isolamento social, da carência afetiva, da improdutividade, entre outras questões evidenciadas em boa parte dos idosos em São Domingos do Sul. (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2006b).

Tem como diretrizes a execução de três ações distintas: Grupo de Convivência para Idosos, Artesanato e Culinária na Melhor Idade, Incentivo à Cultura na Melhor Idade. Essas ações serão desenvolvidas pelos seguintes profissionais: coordenadora, professores de ginástica, de dança, de teatro e de canto. O programa terá ainda interface com a Secretaria Municipal da Saúde e parceria da Emater.

A ação 01 – Grupo de Convivência para Idosos – justifica a possibilidade de pessoas idosas desenvolverem com o mesmo segmento etário atividades como ginástica, objetivando melhora no condicionamento físico, incluindo ainda encontros festivos, passeios e viagens que lhes proporcionem lazer.

A ação 02 – Artesanato, Culinária e Horta Comunitária – tem a justificativa da produção artesanal, de culinária e horta comunitária, proporcionando aos idosos, além do exercício da motricidade, o aumento da autoestima pela possibilidade de continuar produzindo, com participação ativa, sendo valorizados e úteis dentro de suas limitações.

A ação 03 – Incentivo à Cultura na Melhor Idade – foi proporcionada através da formação de grupos de teatro, dança e canto, buscando a desinibição, a autovalorização e o resgate da cultura dos seus antecessores.

Tem também como Programa 7 o Centro de Convivência do Idoso, justificado pela grande adesão de participantes dos grupos sem local adequado enquanto espaço físico. O centro será a referência dos idosos para os encontros. Tem como ação 1 construir e ação 2 equipar e manter o local (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2006b). Conforme observação realizada, a proposta não se viabilizou.

3.1.2.2 Projeto Grupo de Convivência da Terceira Idade

O primeiro projeto grupo de Convivência da Terceira Idade de que se encontraram registros data de setembro de 2001. Dentro da justificativa traz um dado interessante: nesse ano o número de idosos do município era de aproximadamente 280, dos quais participavam dos grupos de convivência em torno de 150, em encontros mensais, além de encontros religiosos e de bailes da terceira idade que se realizavam eventualmente na região. Esse dado mostra a participação de mais de 50% dos idosos.

O projeto traz a preocupação com o resgate da identidade associado às origens para construir sua autonomia. Por outro lado, tais iniciativas demonstram a preocupação com o envelhecimento ativo no que se refere aos determinantes sociais e comportamentais e, ainda, aos serviços sociais (WHO, 2005).

Observa-se a preocupação da Política Municipal da Assistência Social quanto a um aspecto:

A reintegração da terceira idade junto à comunidade, através do estímulo à participação em eventos culturais e religiosos da sociedade, Prevenção da exclusão, Fortalecimento de vínculos familiares, Resgate da identidade e Redução de preconceitos (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2001b).

Esse registro corrobora com o Estatuto do Idoso e com Política Nacional do Idoso (BRASIL, 2003; BRASIL, 1996).

Chama atenção a expressão “redução de preconceitos”, pois acredita-se que tal declaração traduz a preocupação dos envolvidos na formulação/redação desta com o estigma contra a velhice. O Estatuto do Idoso, no seu art. 4, capítulo I, corrobora com a questão ao expressar:

Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo o atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. (BRASIL, 2003).

O segundo projeto data de 2006 e se justifica por trazer alternativas de integração comunitária, convívio grupal e familiar para prevenir o possível isolamento social. Objetiva a inclusão e participação comunitária, fortalecimento da autoestima através pelo desenvolvimento de atividades físicas, recreativas, culturais de lazer e outras de interesse do

grupo. Os encontros passam a ser três vezes por semana, com oficinas de dança, ginástica e recreação, palestras na área da saúde física e mental, cidadania e outras (DIÁRIO DE CAMPO).

Todas as ações citadas no projeto supracitado convergem para o envelhecer saudável, consideradas formas de atividades coletivas criadas pelos gestores e segmentos sociais incluindo os idosos, com parcerias dos que estão interessados nas questões gerontológicas para a construção da utopia do envelhecer saudável, por meio de estratégias de participação em festas e festejos, engajamento em atividades comunitárias, jogos de integração, palestras. Desse modo, objetiva-se a minimização de desigualdades e discriminações sociais para com os mais velhos, construindo uma sociedade mais justa e igualitária (PORTELLA, 2004).

3.1.3 Política Municipal do Idoso em São Domingos do Sul

3.1.3.1 Legislação da Política Municipal do Idoso

A Política Municipal do Idoso de São Domingos do Sul acompanha a regulamentação e o desenvolvimento da PNI. Observando os registros da legislação municipal encontra-se no ano de 1997 o marco inicial. A primeira lei municipal a tratar de questões pertinentes a políticas públicas de atenção à pessoa idosa é datada de 30 de abril de 1997, sob nº. 358, composta de nove artigos, dos quais destacamos os seis primeiros, de interesse para o estudo:

Art. 1º - Fica criado o Programa de Assistência aos Idosos: Projeto – “Resgatando o Passado”, com a finalidade de promover Assistência Social e Recreativa aos Idosos do município de São Domingos do Sul, RS

Art. 2º - O Programa será desenvolvido pela Prefeitura municipal através da Secretaria de Educação e Cultura e Assistência Social e com a colaboração de voluntários da comunidade.

Art. 3 – O Programa constará de encontros periódicos, oriundos e extraordinários, com atividades culturais, sociais e recreativas, atendendo ao aspecto da saúde, bem-estar social e outros.

Art. 4 – Os idosos que desejarem se beneficiar com o projeto deverão cadastrar-se junto a Assistência Social da prefeitura municipal e lhe será fornecida uma carteira de identidade do cadastro que lhe dará direito de participar do programa.

Art. 5 – Serão beneficiados pelo Programa todos os idosos a partir de 60 anos de idade, e de pessoas que não tendo idade tenham interesse em participar do grupo.

Art. 6 – Os idosos portadores da carteirinha terão preferência nos serviços de atendimento: médico, odontológico, bancário, inclusive gestantes a partir do sétimo mês de gestação. (SÃO DOMINGOS DO SUL, 1997).

A primeira legislação nacional que trata especificamente de políticas públicas para os idosos é a lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências, regulamentada pelo decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996 (BRASIL, 1996). Dessa forma, observa-se que o município de São Domingos do Sul fez sua primeira referência e discussão relacionada ao idoso menos de um ano após a regulamentação da legislação federal.

A respeito do art. 1 da lei municipal de 1997, vale destacar que trata da finalidade do programa, que é promover a assistência social e recreativa do idoso, contudo não especifica em nenhum momento os direitos do idoso, deixando de atender de forma integral ao constante na Política Nacional do Idoso, que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Quanto ao art. 2, a ênfase se dá no setor que desenvolverá o projeto, que ficou a cargo apenas da Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Bem Estar Social, podendo haver colaboração de voluntários. Observa-se que não anuncia parcerias intersetoriais, nem menciona os conselhos como órgãos permanentes, paritários e deliberativos, tendo como competência a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da Política do Idoso nas respectivas instâncias político-administrativas, como se confere nos art. 5 e 8 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

As atividades constam de encontros periódicos abrangendo cultura, sociedade, recreação, saúde, bem-estar social, dentre outros, não se especificando a natureza dessas atividades descritas no art. 3. Na PNI as atividades são divididas por competências nas diferentes áreas, como assistência social, saúde, educação, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer, deixando claros os benefícios em cada área. Destaca-se na assistência social atender às necessidades básicas do idoso, com a participação da família, sociedade e entidades, incentivando a criação de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros. Ainda trata da promoção de informação e capacitação para os idosos.

Na área da saúde destacam-se a obrigatoriedade da garantia da assistência ao idoso nos diversos níveis de complexidade, a atenção integral, instituições geriátricas e similares, elaboração de normas de serviços geriátricos hospitalares, centros de referência em geriatria e gerontologia, estudos de caráter epidemiológico e outros serviços alternativos. Na legislação municipal as ações têm uma conotação simplificada, o que é aceitável e compreensível, haja

vista a precocidade da iniciativa e a condição de município de pequeno porte. O destaque centra-se nas atividades focadas na cultura, inserção social, lazer, saúde e bem-estar.

É compreensível o desígnio de tais ações, haja vista que se trata de um município centrado na cultura italiana. Neste caso as práticas em relação à saúde e doença, entre os imigrantes italianos estão ligadas a sua maneira de viver em que o cuidado é extensivo às famílias como parte das atividades cotidianas, conforme Budó (1996) nesta cultura as pessoas não vêem separados os diferentes momentos do cuidado.

Nos artigos 4, 5 e 6 observa-se insistência na participação do idoso no projeto e no cadastramento na assistência social, com fornecimento de uma carteira de identidade do cadastro para garantir o direito ao benefício preferencial nos serviços de atendimento citados, como médico, odontológico e bancário. Dessa forma, pode-se constatar o ferimento ao princípio da universalidade que norteia o SUS no art. 7 do capítulo II dos princípios e diretrizes do SUS, de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), pelo qual há garantia ao direito a todas as pessoas e o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Ferem-se também os princípios dos direitos humanos garantidos através do atendimento à dignidade humana, o que pressupõe o atendimento às necessidades básicas na atenção à dignidade.

De qualquer forma, observaram-se ações voltadas a todos os idosos, independentemente de cadastro ou de participação em grupos da terceira idade.

Sobre os grupos de convivência, ações encontradas dizem respeito, principalmente, a bailes da terceira idade, em que os idosos e demais simpatizantes têm a oportunidade de participar, confraternizar, socializar e se divertir, vislumbrando-se nessa iniciativa um convívio intergeracional. Assim destaca uma nota veiculada no artigo do jornal *Hoje* do dia 22 de outubro de 2008 ao enfatizar o evento e a presença de 27 grupos da região. (HOJE, 2008).

No ano de 2009, mais especificamente no mês de setembro, surgiu a lei n. 1.039, que diz respeito à criação do Programa de Atendimento Municipal ao Idoso (PAMI), cujos artigos são de relevância para este trabalho:

Art. 1- É criado o Programa de Atendimento Municipal ao Idoso – PAMI, com a finalidade de promover o atendimento social, cultural, recreativo e de saúde ao idoso do Município de São Domingos do Sul - RS.

Art. 2- O Programa é desenvolvido pela Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal da Educação e Cultura, do Setor de Assistência Social Municipal, e com a colaboração de voluntários da comunidade.

Art. 3-O Programa consta de encontros periódicos, ordinários e extraordinários, com ações culturais, sociais, recreativas de atendimento aos aspectos de saúde, de bem-estar social e outros.

Art. 4-O idoso que desejar se beneficiar do Programa deve cadastrar-se junto ao setor de Assistência Social do Município.

Art. 5-É beneficiado pelo Programa todo o idoso a partir dos 60 anos de idade.

Art.6-O idoso tem sempre preferência, sem entrar em filas de espera, em eventos de qualquer natureza oferecidos pelo Município.

Art.9-Revogadas as disposições em contrário, inclusive a Lei Municipal n. 358, de 30/04/97, esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Essa lei, entretanto, não apresentou mudanças significativas. Alguns termos foram modificados, não se mencionando a necessidade do uso da carteirinha do idoso, a qual não é mais fornecida, embora permaneça a necessidade do cadastro junto ao departamento de Assistência Social.

Comentando o redimensionamento dessa nova versão, enquanto o art. 1 define nova finalidade do projeto, ampliando o objetivo das atividades, que passa a ser a promoção de atendimento nos diversos setores, incluindo o atendimento à saúde, o art. 2 deixa explícito que o desenvolvimento do programa continua a cargo da Secretaria da Educação, não mencionando parcerias com a Secretaria da Saúde.

A necessidade de cadastro para participação no programa é referida no art. 4, o que fere as legislações federais e a Constituição Federal. Os avanços na legislação federal com a portaria 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, que trata especificamente da saúde do idoso, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90 e a lei 8.842/94, a lei 10.741, que cria o Estatuto do Idoso, e a portaria n. 2.528/06, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, ainda não provocaram eco na esfera municipal, pois a inconstitucionalidade persiste no que diz respeito ao plano legal, todavia na prática tal prerrogativa não se sustenta e tampouco é lembrada.

3.1.3.2 São Domingos Amigo do Idoso

São Domingos Amigo do Idoso surge do Projeto RS Amigo do Idoso, Política Estadual do Idoso que ganhou força no ano de 2009 e mobilizou os municípios do estado do Rio Grande do Sul a construírem suas políticas municipais baseadas nas diretrizes desse projeto, inclusive com incentivo financeiro.

Em 2009, com a implantação no estado do Rio Grande do Sul da política RS Amigo do Idoso⁶ e o incentivo financeiro aos Municípios para a implantação de uma Política de Saúde efetiva no atendimento ao direito dos idosos, o Município iniciou um movimento de discussão da Política Municipal do Idoso, da qual resultou a lei 1.039/09. A política citada visa à integração intersetorial das atividades e ações voltadas ao atendimento integral do idoso, com a participação das secretarias da Saúde, Educação e Assistência Social.

O Município de São Domingos do Sul, diante dessa nova política do Estado, reiniciou um movimento no sentido de rever as ações desencadeadas até então e colocou em debate o planejamento de novas ações e uma modificação na atual política do idoso.

O programa foi justificado no Rio Grande do Sul por ser este o segundo estado brasileiro em número de idosos e o primeiro em expectativa de vida, acarretando a responsabilidade de se criarem condições e estruturas sociais capazes de atender às necessidades dos idosos e de suas famílias.

Esses idosos representam 12,3% da população total e vivem, em média, 75,5 anos. (IBGE, 2011). No Rio Grande do Sul, há um número expressivo de pessoas idosas, com dificuldade de acesso a serviços, o que configura um quadro de desigualdades e carências, justificando a execução do programa RS Amigo do Idoso, focado no envelhecimento não apenas saudável, mas ativo, indicando uma situação de desacomodação e empoderamento das pessoas idosas. Esse programa traz como objetivos desenvolver atividades que proporcionem ao idoso a inclusão social, respeitando a heterogeneidade e as diversidades cultural, regional, étnico-racial, de gênero e de orientação sexual, como forma de garantir o exercício da cidadania, estimulando a emancipação, autonomia e independência nas atividades cotidianas, bem como as potencialidades e habilidades (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

O RS Amigo do Idoso prevê o desenvolvimento por meio de seis eixos, em que estarão presentes as características essenciais definidas pela OMS para favorecer o envelhecimento ativo e tornar as cidades Amigas do Idoso, são eles: Promoção dos Direitos Sociais; Capacitação de Recursos Humanos; Atenção Integral, Qualidade de Vida e Rede de Serviços; Desenvolvimento Educativo-sócio-cultural; Estudos e Pesquisas; Descentralização Político-administrativa (RIO GRANDE DO SUL, 2009)..

⁶ O projeto RS Amigo do Idoso é parte integrante do Programa Estruturante Nossas Cidades e tem por objetivo desenvolver ações que propiciem a inclusão social das pessoas idosas; respeitar a heterogeneidade e as diversidades cultural, regional, étnico-racial, de gênero e de orientação sexual, como forma de garantir o exercício da cidadania; estimular a emancipação, autonomia e independência nas atividades cotidianas, bem como potencialidades e habilidades.

São firmadas parcerias entre Estado e Municípios, através de apoio técnico para elaboração do Plano de Ação Municipal e financeiro para a execução das ações contempladas nas diferentes áreas e políticas setoriais, garantindo a efetivação de direitos sociais, qualidade de vida e dignidade às pessoas idosas.

Ao Estado compete auxiliar na elaboração de um Plano de Ação Municipal. Os planos são analisados e validados pela equipe do RS Amigo do Idoso e servem de base para escolha de ações a serem apoiadas através de convênio a ser firmado com os Municípios. O convênio visa à conjugação de esforços e recursos para implementação de ações do Plano Municipal, mediante um repasse de R\$ 10.000,00. Após a implementação das ações, os Municípios receberão o selo Amigo do Idoso. O Estado compromete-se a oferecer Curso de Especialização em Envelhecimento Ativo, com 360h/aula, em parceria com o Instituto de Geriatria e Gerontologia - IGG da PUC, destinado aos profissionais de saúde pública. Será realizada, ainda, uma pesquisa para traçar o perfil do idoso do Rio Grande do Sul, inicialmente nos municípios da etapa piloto, e implementado um observatório na sede do RS Amigo do Idoso, com a finalidade de manter informações atualizadas sobre a população idosa, identificando ações prioritárias para promoção do envelhecimento ativo (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

Toda essa proposta apresentada pelo Estado teve no município a concretização do seguinte modo: a capacitação ocorreu no município de Caxias do Sul, sob a forma de um encontro de oito horas, organizado pela coordenação estadual do projeto, e contou com a participação de profissionais da área da educação, saúde e assistência social. Desse encontro participaram os Municípios que aderiram à proposta. Passado esse momento, o Município iniciou sua mobilização para a construção do Plano de Trabalho a ser encaminhado ao Estado, cabendo a este analisá-lo e aprová-lo para posterior repasse dos recursos previstos. Inicia-se aqui o desencadeamento da I Conferência Municipal do Idoso de São Domingos do Sul.

Depois de reunida a equipe e os gestores, foi delineada a I Conferência Municipal do Idoso para obtenção de propostas de ações e atividades nas diferentes áreas que contribuiriam na elaboração do referido plano, a qual ocorreu em 2009. (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2009b).

Cabe ressaltar que durante a conferência foram debatidos os direitos do idoso contemplados na legislação vigente, como o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Projeto RS Amigo do Idoso. Nessa mesma oportunidade foi lançada a Política Municipal do Idoso.

Conforme relato da assistente social do município, responsável pela coordenação do Projeto São Domingos Amigo do Idoso, como o recurso do incentivo estadual não foi recebido para aplicação do plano, o projeto não teve continuidade, porém ações planejadas estão sendo realizadas tanto na área da saúde como da assistência social (DIÁRIO DE CAMPO). Diante dessas ações, a Secretaria Municipal da Saúde realiza a Semana de Valorização da vida anualmente, há três anos. Como parte integrante das atividades é realizado o encontro grupal com os idosos, proporcionando orientações para o envelhecimento ativo e saudável (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2009, 2010, 2011).

Conforme o exposto neste capítulo destaca-se a preocupação com o segmento idoso nos Planos Municipais de Saúde e Ação Social. Essa mesma preocupação aparece na Política Municipal do Idoso, bem como no Projeto São Domingos Amigo do Idoso, seguindo a iniciativa do Estado RS Amigo do Idoso. Dando seqüência destaca-se os espaços importantes de participação e Controle Social, onde discute-se as diretrizes das Políticas de Saúde e Ação Social, como os Conselhos e Conferências realizadas.

3.2 Espaços de Participação e Controle Social

Descreve-se aqui a importância dos espaços para discussão das diretrizes para as políticas de atenção à Saúde do Idoso

3.2.1 Sobre os conselhos

Os conselhos são o espaço de participação social que devem discutir todas as políticas públicas de saúde e ação social. No entendimento de Bravo (2001), trata-se de uma nova modalidade de relacionamento entre o Estado e a sociedade, cuja ideia principal é que o Estado deve se aproximar da sociedade e criar canais permeáveis às demandas sociais.

3.2.1.1 Conselho Municipal de Saúde

A criação do Conselho de Saúde deu-se pela lei 8.142, de dezembro de 1990. De caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do

governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 2003).

Os Conselhos de Saúde no Brasil são órgãos em âmbito nacional, estadual e municipal para que a sociedade possa intervir nas ações do SUS, fazendo valer seus interesses. Esses são como colegiados, isto é, devem funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando, controlando e fiscalizando a política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamentos em seu rumo (BRASIL,2003).

O Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na lei nº 8.142/90. (BRASIL, 2003).

Este consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social, e atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros.

A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na lei nº 8.142/90. O Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde. A participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2003b).

A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do conselho, em reunião plenária. O número de conselheiros será indicado pelos plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em lei. Mantendo ainda o que propôs a resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. O mandato dos conselheiros é definido no Regimento Interno do conselho, não devendo coincidir com o mandato do governo estadual, municipal, do Distrito Federal ou do governo federal, sugerindo-se a duração de dois anos; podem os conselheiros ser reconduzidos, a critério das respectivas representações.

Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo no aprimoramento do Sistema Único de Saúde. A função de conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde. (BRASIL 2003b).

O Conselho Municipal de Saúde de São Domingos do Sul foi criado pela lei 86 de 19 de janeiro de 1992. O CMS se fez necessário para a municipalização da saúde, que faz parte do processo de descentralização da saúde. Definida pela norma operacional básica 96 (NOB 96), dividiu as condições de municipalização em duas formas: Gestão Plena do Sistema Municipal, que incorpora a gestão de média e alta complexidade, e Gestão Plena de Atenção Básica, onde os municípios se responsabilizam pela gestão dos serviços básicos de saúde. Para garantir a concretização desses novos procedimentos, em 1998 foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), pelo qual os recursos passaram a ser diretamente proporcionais ao número de habitantes do município, o que possibilitou uma maior estabilidade no planejamento das ações de saúde locais. (BRASIL, 2006d).

Conforme atas do Conselho Municipal de Saúde, neste é discutido o Plano Municipal de Saúde, que inclui em suas ações a saúde do idoso. Também é utilizado como espaço para convidar os conselheiros a participar de eventos relacionados ao idoso programados pelo DAS, conforme ata 07/2006, que convida para uma palestra em comemoração ao Dia do Idoso (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2006). Ainda, é realizada a apresentação e discussão do Plano Municipal da Saúde, que menciona a saúde do idoso como política pública, incluindo as seguintes atividades e ações:

Acompanhar e participar do grupo da Terceira Idade, visitar os idosos acamados, internação com acompanhante, verificação de PA e HGT em acamados com dificuldades de deslocamento até as Unidades de Saúde, atividades de lazer abertas a todos os idosos do município, atendimento prioritário no SUS, acompanhamento e cuidados especiais aos acamados, empréstimo de cama hospitalar aos acamados, curso de capacitação para cuidadores com grupo de escuta, Projeto: estimulando lembranças, memórias e recordações (livro), *projeto* de inclusão digital para idosos,

Projeto centro-Dia para idosos e caderneta de Saúde do Idoso para todos. (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2009).

As discussões do plano avançaram para diretrizes da política municipal de saúde. As proposições destas foram referendadas e hoje se encontram em execução. Algumas ações foram postas em práticas com relativa agilidade; outras, porém, estão vinculadas à liberação de verbas públicas via projetos. No decorrer da análise deste estudo de caso tais ações seguiam em discussão.

3.2.1.2 Conselho Municipal de Assistência Social

O espaço de participação social do conselho deve discutir todas as políticas públicas de ação social. Os primeiros registros encontrados do Conselho de Assistência Social foi a ata n.01/1999 (SÃO DOMINGOS DO SUL-RS), a qual deixa clara a criação do conselho com o objetivo da municipalização da assistência social.

Com a municipalização das ações da assistência social, o Departamento de Assistência Social (DAS) passa a gerir suas ações e receber recursos do Ministério da Assistência. Em nível nacional, a assistência social é reordenada com a Constituição de 1988, sendo direcionada pela descentralização político-administrativa e participação popular. Em relação aos municípios, estes são elevados à categoria de entes da federação, sendo a instância mais próxima da população, onde os problemas são vivenciados e onde devem ser organizadas as respectivas respostas, considerando que cada um possui características diferentes. Com a aprovação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em dezembro de 1993, a assistência social assume o papel de política pública não contributiva, sendo um direito do cidadão e um dever do Estado. A LOAS tem como objetivo garantir um amparo mínimo para prover as necessidades básicas do cidadão, sem a prática de favor ou clientelismo, garantindo a melhoria da qualidade ao atendimento das necessidades da população. Tem por diretrizes definir claramente as competências federais, estaduais e municipais na condução da Política de Assistência Social e garantir a participação na formulação de políticas e controle das ações em todos os níveis (BRASIL, 1993).

A organização prevista pelas LOAS se dá pela criação de conselhos – federal, estadual e municipal –, fixando suas respectivas políticas, como fiscalização das ações da área através dos planos municipais passíveis de aprovação, articulação das três esferas de governo no que

tange à realização de convênios e captação de recursos ao Município. A partir disso, cabe, então, ao Município destinar recursos e pagar os auxílios assistenciais eventuais; executar projetos junto com a sociedade civil para enfrentamento da pobreza; atender a ações de caráter emergencial e prestar serviços de assistência continuada, contemplando os segmentos que forem prioridade conforme a realidade local (BRASIL, 1993).

A administração municipal deve criar e dar condições para o funcionamento dos Conselhos Municipais, dentre eles o de Assistência Social, com representação da sociedade civil e do poder público. Dessa forma se efetivarão a descentralização e municipalização, devendo cada município planejar e executar programas e projetos sociais, de acordo com a realidade local, o que deve viabilizar um atendimento mais eficiente e adequado à população. Os recursos financeiros repassados pelo Estado e União devem ser gerenciados contando com a participação popular (BRASIL, 1993).

A participação popular nesse processo é de suma importância, mas para tanto é preciso ter consciência de que cada indivíduo precisa conhecer seus direitos. Cabe às instâncias de governo a tarefa de criar condições para que o cidadão se incorpore aos programas do governo, contribuindo ativamente para melhoria do bem-estar-social, partindo do reconhecimento da cidadania (BRASIL, 1993).

Em nosso estudo, poucos foram os registros encontrados sobre discussões relacionadas especificamente à terceira idade. Citamos como pauta o planejamento do Décimo Encontro Regional da Terceira Idade e discussão sobre a forma de substituição dos soberanos (rei e rainha) da Terceira Idade (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2004).

Também se discutiu em reunião o projeto referente à construção do Centro de Convivência do Idoso, a ser encaminhado ao Ministério do Desenvolvimento Social de Combate à Fome com o objetivo da busca de recursos financeiros para sua construção. Não existe nada detalhado relacionado ao referido projeto. Discute-se que é necessário desmistificar a ideia de que a assistência social não é apenas trabalho para a terceira idade. Discutem-se os recursos financeiros aplicados na assistência social, assim como os valores gastos com o grupo de convivência dos idosos (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2005).

Ata nº 10/2007 – Assistência Social:

Os conselheiros sugeriram ações que poderiam integrar o Plano Municipal de Atendimento a Pessoa Idosa, sendo que a atenção aos idosos acamados e com dificuldades de locomoção foi uma das deliberações da Conferência (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2007).

Os dados revelam registros de outras reuniões do conselho cuja discussão se pautou nas seguintes temáticas: Baile dos Idosos; atividades em comemoração ao Dia Internacional do Idoso, comemorado em 1 de outubro, envolvendo a Secretaria Municipal da Educação e da Cultura e Saúde; o projeto Segundo Tempo e Clubes de mães, dando ênfase aos encontros nas comunidades, bem como visitas domiciliares aos idosos com dificuldade de locomoção (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2007). Aparece a prestação de contas dos recursos utilizados no ano de 2007, utilizados em ações como nos encontros Municipais de Idosos (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2008). Na ata nº 10/2009 consta prestação de contas das atividades da Assistência Social.

Em relação aos Idosos, estes foram atendidos em São Domingos com ensaio de Coral e reuniões de grupo com ginástica (com os dois grupos) semanalmente e em Santa Gema (distrito) ginástica semanalmente. Participaram de Bailes e Passeios em outros Municípios, além de eventos como a Conferência Municipal do Idoso, o Encontro de Cantos da Terceira Idade, o Encontro Espiritual de Idosos, Baile Regional e Baile de Coroação. (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2009c).

O Conselho de Assistência Social, dentro de seu papel de articulador das ações da assistência social, discute e propõe a Inclusão de ações de assistência aos idosos, dando prioridade aos acamados, vinculadas com as proposições da Conferência Municipal da Assistência Social. Também discute e aprova planos de ação e planos de aplicação dos recursos da assistência social e, especificamente, dos idosos. Avalia as atividades realizadas no ano, demonstrando a participação efetiva do controle social.

3.2.2 Sobre as conferências

3.2.2.1 Conferências Municipais da Saúde

As Conferências Municipais de Saúde representam um espaço onde a população deve participar e discutir junto com os gestores e trabalhadores de saúde as diretrizes da Política Municipal de Saúde, bem como prioridades e metas a serem atingidas nos próximos quatro anos de administração municipal.

De acordo com a lei 9.142 de 1990, que trata da Conferência de Saúde, esta se reunirá a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação

de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Durante a pesquisa não foram encontrados registros de todas as Conferências Municipais de Saúde, como da primeira e da terceira. O primeiro registro encontrado foram as resoluções da II Conferência Municipal da Saúde, que aconteceu em 01 de maio de 2003. Dentre as resoluções está a priorização da saúde do idoso, com visitas aos que mais necessitam e assistência domiciliar, na medida do possível. (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2003).

Da IV Conferência Municipal da Saúde não surgiram propostas específicas sobre o idoso; apenas aparece questionamento quanto à participação dos idosos nas atividades de grupo. Traz como proposta a responsabilidade do cidadão com a participação nas atividades e nos grupos. Sobre a responsabilidade do Município, propõe-se a contratação de mais médicos especialistas, o que pressupõe a contratação de geriatra. (SÃO DOMINGOS DO SUL, 2007b).

A V Conferência Municipal da Saúde ocorreu em 29 de setembro de 2009. Dentre os pontos importantes da reflexão foram discutidas questões como preparar-se para trabalhar com os idosos. Essa deliberação retrata a preocupação para com os idosos em relação à capacitação e ao preparo dos trabalhadores de saúde à assistência social, para atuar junto a esse segmento populacional. A formação de recursos humanos para dar conta da demanda decorrente do envelhecimento populacional já era uma preocupação ressaltada na I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que ocorreu em Viena, na Áustria, em 1982, expressa no Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982). No Brasil, a PNSPI corrobora-a quando traz como diretriz a formação e educação permanente dos profissionais de saúde no SUS na política de atenção à saúde da pessoa idosa.

Para Pasqualotti, Both e Portella (2007), a dificuldade de formação de recursos humanos em gerontologia decorre, em grande parte, das estratégias adotadas, entre as quais se registram cursos de curta duração, conferindo o caráter informal. Do ponto de vista dos autores, tais propostas muitas vezes não contemplam a interdisciplinaridade, um esforço necessário para estabelecer uma nova visão sobre os problemas que afetam o idoso, condição necessária à formação de recursos humanos qualificados.

3.2.2.2 Conferências Municipais de Assistência Social

As Conferências Municipais são o espaço de participação social e comunitária para deliberação de propostas de ações e atividades a serem realizadas nos anos seguintes pela coordenação das ações da Assistência Social. São realizadas a cada dois anos e servem como diretrizes da política Municipal de Assistência Social.

Foram realizadas até o momento quatro conferências. Na análise documental foram encontradas deliberações relacionadas ao segmento idoso. Na I Conferência Municipal de Assistência Social, realizada em 2005, encontra-se:

Realizar oficinas para o idoso
 Construir piscina para os idosos
 Fiscalizar o benefício recebido pelo idoso para saber se está sendo usado para o mesmo
 Construir um centro para os idosos
 Médico especialista e psicólogo para atendimento aos idosos.
 Desenvolver o conhecimento cultural, artesanato, hortas comunitárias.
 Incentivar a participação dos idosos nos projetos desenvolvidos, criarem um órgão independente de partidatismo.
 Lembrar os idosos impossibilitados de participar dos encontros.
 Valorizar os idosos e promover ações com a participação dos adolescentes para incitar nesses o amor e carinho para com o mais velho.

Na II Conferência Municipal de Assistência Social, realizada em 2007, localizamos: “Incluir nas ações os idosos acamados e os que têm dificuldade de participar.” E na III Conferência Municipal de Assistência Social realizada em 2009: “Melhor atendimento aos idosos que não participam da Terceira Idade.”

Sobre as deliberações contidas na I Conferência, o que chama atenção é a expressiva manifestação destas, visto que apenas uma delas se repete nas conferências subsequentes. Talvez por ser o primeiro evento, apareceram nove deliberações específicas para o segmento idoso. Ao examinar os Anais da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em Brasília no ano de 2006, observam-se deliberações em seis eixos que corroboram com as propostas das referidas conferências realizadas em São Domingos do Sul, quais sejam:

Eixo 1 - AÇÕES PARA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA
 7. Fomentar a criação de associações de idosos visando à organização de Federações e posteriormente da Confederação da pessoa idosa.
 32. Incentivar o intercâmbio intermunicipal de grupos de idosos, propiciando-lhes troca de experiências e estímulo à criação de hábitos de vida saudável.
 EIXO 3 – SAÚDE DA PESSOA IDOSA

29. Garantir, por meio de equipes multidisciplinares capacitadas, atendimento hospitalar especializado em geriatria, organizado em enfermarias geriátricas, para aquelas pessoas idosas que apresentem quadro clínico que justifique esse atendimento.

44. Realizar ações de prevenção e promoção da saúde da pessoa idosa na área de saúde mental, criando espaços terapêuticos para escuta e fala de suas angústias e sofrimentos.

47. Criar e ampliar, em todos os Municípios, os Centros Dia e Hospitais Dia para atendimento à pessoa idosa e/ou garantir referência regional.

56. Estabelecer estratégias de educação em saúde, vinculadas ao PSF, aos grupos de convivência, às instituições de longa permanência, dentre outras, com o objetivo de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.

76. Garantir concurso público para a contratação de profissionais da saúde com especialização em geriatria e gerontologia, incluindo áreas de reabilitação e saúde mental para atendimento aos idosos nos diversos níveis de atenção.

Eixo 4 – Previdência Social

23. Imprimir maior rigor na fiscalização dos convênios que envolvem empréstimos para aposentados, bem como supervisionar de forma mais eficiente e eficaz os serviços prestados pela rede bancária nos dias de pagamento dos benefícios da previdência aos idosos.

EIXO 5 – ASSISTÊNCIA SOCIAL À PESSOA IDOSA

5. Promover trabalhos com a família, em articulação com órgãos governamentais e não governamentais e a sociedade civil, abrangendo aspectos sócio-educativos, econômicos, culturais e de lazer.

9. Criar nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social, serviços de atenção aos idosos em situação de violação de direitos e maus tratos.

10. Criar e/ou implementar programas e ações destinados à valorização e socialização do idoso, por meio de oficinas produtivas.

20. Desenvolver campanhas de conscientização da população quanto ao direito de requerer os benefícios de Assistência Social e Previdenciários, de forma gratuita, combatendo a exploração de empresa e/ou profissionais.

EIXO 6 – FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO PÚBLICO

9. Criar um sistema de informação sobre financiamento, com monitoramento e controle de órgãos de representação dos idosos.

EIXO 7 – EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE E LAZER

2. Criar, nos Estados e Municípios, centros de educação continuada para a população idosa, no prazo de 360 dias após a consolidação das propostas da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, a fim de garantir, além da educação formal e não formal, cursos profissionalizantes e oficinas diversas, entre outras atividades que atendam e resgatem as demandas e especificidades culturais de cada Estado. Estes centros deverão funcionar como observatórios de educação da pessoa idosa, contribuindo para a formulação de novas metodologias.

11. Criar, nas instituições de atendimento à pessoa idosa, espaços para que alunos de escolas públicas e privadas conheçam a realidade do idoso, com acompanhamento de profissionais.

13. Garantir, em todos os Municípios, a universalização do acesso das pessoas idosas às práticas de atividades educativas, culturais, esportivas e de lazer, adequando espaços públicos existentes, ou construindo novos, e implementando políticas públicas.

16. Promover, financiar e apoiar projetos de cultura popular de música, artes cênicas e plásticas, literatura e artesanato, mediante realização de oficinas, mostras, apresentações, festivais e concessão de prêmios às pessoas idosas.

17. Promover, anualmente, nos âmbitos municipais, regionais, estaduais e nacional, jogos da Integração dos Idosos, de forma articulada entre as Secretarias do Esporte e Lazer, Saúde, Assistência Social, Cultura, Educação e Turismo, e prestar apoio à participação do segmento nos Jogos Brasileiros da Pessoa Idosa.

18. Promover e oportunizar ao idoso, por meio dos órgãos competentes do Município, o acesso permanente às atividades físicas, com o devido acompanhamento médico e de profissional de educação física.

21. Adequar e utilizar espaços públicos e Centros de Convivência para realização de atividades programadas para idosos, com assistência de profissionais, bem como ampliar convênios com instituições governamentais e não governamentais.
28. Garantir que a prática da atividade física, cultural e de lazer da pessoa idosa seja desenvolvida de forma regular, contínua e intergeracional, acompanhada por profissionais capacitados e habilitados.
31. Oportunizar atividades educativas, físicas, desportivas, culturais e de lazer à pessoa idosa em situação de vulnerabilidade social, e/ou com diferentes níveis de funcionalidade, em instituição de longa permanência, acompanhadas por profissionais qualificados e capacitados e de forma intergeracional (CNDI, 2006, p. 41-64).

As nove deliberações encontraram respaldo em 22 deliberações, da I Conferência no âmbito nacional, embora nos anos de 2007 e 2009 persista a preocupação em São Domingos do Sul no que diz respeito àquele idoso que não comparece aos grupos de terceira idade. As inquietações manifestas encontram ancoragem nas deliberações da II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, que ocorreu em Brasília no ano de 2010, nos eixos referentes à Atenção à saúde e Assistência social, como se confere:

EIXO 3: ATENÇÃO À SAÚDE

47. Implantar políticas públicas de saúde para as pessoas frágeis e dependentes, com cuidados domiciliares, integrando a rede de atenção básica especializada à rede hospitalar, além de outras políticas intersetoriais.

EIXO 5: ASSISTÊNCIA SOCIAL

Diretriz 6. Assegurar direitos sociais das pessoas idosas, criando condições para promover sua autonomia, inclusão social – participação efetiva na sociedade.

Proposta 4. Fortalecer e ampliar novos grupos de convivência e associações de idosos com acompanhamento da pessoa idosa e sua família através dos CRAS.

EIXO 5: EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE, LAZER

Diretriz 5. Assegurar recursos financeiros para projetos de resgate da memória histórica e garantir a criação de programas de arte em suas diferentes linguagens, como instrumento de transmissão e preservação da identidade cultural, priorizando a pessoa idosa como protagonista. (CNDI, 2010, p. 66-75, 76, 82)

3.2.2.3 Conferência Municipal do Idoso

A Primeira Conferência Municipal do Idoso aconteceu em agosto de 2009, quando o Município passou a buscar convênio com o Estado para ser município Amigo do Idoso. Para realização do plano de trabalho foi necessária uma Conferência Municipal do Idoso. Após reunião com o grupo de planejamento e com o Conselho Municipal de Assistência Social, ficou definida a realização da conferência, conforme o seguinte registro:

A Conferência foi realizada no turno da tarde. Após a abertura houve a explanação pela Secretária Municipal da Saúde sobre os direitos em Saúde elencados na

Legislação vigente. Após a Assistente Social do Município esclareceu sobre os direitos do Estatuto do Idoso. Também aconteceu uma palestra sobre envelhecimento humano com um Professor, doutor na área. Seguiu-se a conferência com atividades de grupo e apresentação de propostas para a formulação do plano de ação para as atividades da Política Municipal de Amigo do Idoso. (EC2)

Na conferência, como resultado das discussões nos grupos, foram aprovadas as seguintes deliberações:

A) Mais especialidades Médicas, principalmente a especialidade de geriatria (geriatra) no município

O Município, dentro de suas atribuições na assistência à saúde na Atenção Básica de Saúde, tem como obrigatoriedade atender às especialidades de ginecologia, pediatria, além da clínica geral, conforme as diretrizes da PNAB (BRASIL, 2006e). Por outro lado, observa-se que as deliberações são congruentes com o Estatuto do Idoso, no seu art. 15, inc. primeiro. Todavia, o Município não possui no seu quadro de profissionais a especialidade de geriatria, carência atribuída à escassez de profissionais especialistas na área. De fato, registra-se a pouca oferta na iniciativa privada, mais ainda a disponibilização para rede pública, corroborando com a realidade de outros tantos municípios (UNIDAS, 2011).

B) Mais Informações sobre o Estatuto do Idoso para todos os idosos do município

Os dados revelam que houve preocupação, em especial, por parte da coordenação dos grupos de terceira idade, em trabalhar a temática dos direitos dos idosos e o Estatuto do Idoso. Registram-se a distribuição de exemplares a cada integrante, palestras nos grupos contando com a participação de profissionais da saúde, explicando os direitos acerca das questões de saúde; outros profissionais foram envolvidos, discutindo nos grupos com os idosos os demais capítulos do Estatuto. Quando questionado os idosos sobre a questão dos direitos e o conhecimento sobre estes, o relato é de que se lembram de eventos em que tal temática estava na pauta das discussões, no entanto acusam esquecimento sobre os detalhes, por consequência, dos seus próprios direitos, como se observa nas falas:

Umás vezes foi falado no grupo, mas eu não me lembro mais.....até deram uns papel lá pra nós... tu sabe né, nem li mais e nem olhei, às vezes é por preguiça.... não demos muita importância...(I.1, 65 anos).

Sei da existência do Estatuto do Idoso e que ele dá atenção às necessidades do idoso na maioria das áreas. É necessário orientar todos os funcionários públicos a respeito das leis de proteção ao idoso (F. 3)

A fala de I.1 traz presente a questão da educação gerontológica. Na velhice a aprendizagem se dá de forma diferente em comparação com as faixas etárias mais jovens. Nesse sentido, é imprescindível que aqueles que se lançam ao desafio de efetuar propostas de cunho educativo com o segmento idoso estejam preparados para tal. Cachioni e Neri (2004), discorrendo sobre a gerontologia educacional, destacam a importância da formação de recursos humanos para lidar com a velhice, considerando as mudanças inerentes ao envelhecimento e as perspectivas da sociedade. As autoras salientam que os assuntos trabalhados com os idosos, por vezes, podem parecer pouco significativos para eles quando as necessidades não partiram deles.

É importante destacar que, quanto aos direitos dos idosos, em conformidade com o Estatuto do Idoso, a própria valorização da pessoa idosa é temática recente. As poucas discussões pertinentes, para fazer eco e despertar interesse, necessitam de um trabalho mais denso, o que se confirma na fala de F. 3 ao salientar que sabe da existência do estatuto, todavia seu discurso indica que a necessidade de orientação é pertinente ao funcionário público. Assim, na condição de familiar se exime de tal processo.

C) Aumentar a quantidade de medicamentos principalmente àqueles de uso contínuo

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), tendo como principais competências formular políticas, diretrizes e metas incluindo as áreas de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos. A Assistência Farmacêutica (AF) reúne um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e seu uso racional.

Na Atenção Básica em Saúde é uma política pública; no âmbito da gestão, representa um dos componentes do bloco de financiamento da assistência farmacêutica. Envolve um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde, para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. Seu financiamento e execução encontram-se normatizados pela portaria GM/MS nº 4.217/2010, de 29 de dezembro de 2010, que define o valor mínimo a ser aplicado

hab/ano nas três esferas de gestão, sendo 5,10 da União e 1,86 nas esferas estadual e municipal, para a aquisição dos medicamentos do elenco básico do Anexo I desta portaria, onde constam pouco mais de duzentas apresentações de medicamentos (BRASIL, 2010).

Além da Assistência Farmacêutica Básica, em 2004 foi criada a Farmácia Popular com o objetivo de criar mais um acesso gratuito aos medicamentos também constantes em uma lista do elenco. Em relação aos medicamentos, o Estatuto do Idoso, em seu art.15, par. 2, estabelece:

Incumbe ao poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação (BRASIL, 2003, p. 07).

A preocupação dos idosos com o aumento da quantidade de medicamentos, traduzida na conferência sob forma de uma deliberação, corrobora com o alerta que a OMS da saúde faz sobre os desafios a serem enfrentados pelas sociedades que estão envelhecendo. Os idosos sofrem com a dupla carga de doença, com o aumento do número de doenças não transmissíveis, o que, por conseguinte, exige uma maior oferta de medicamentos (WHO, 2005).

Por outro lado, observa-se que, dentre todos os programas, os idosos não configuram como prioridade na dispensação de medicamentos, tampouco há a garantia do recebimento de qualquer medicamento necessário, embora a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde garantam esse direito a todo e qualquer cidadão. De fato, a questão de gerenciar a provisão ou a escassez de recursos diante da demanda crescente fica a cargo do aparelho gestor. Em muitos casos, a provisão do medicamento fica garantida via sistema judiciário.

Se, por um lado, para evitar a negligência do Estado é direito do cidadão exigir a garantia de acesso ao medicamento por esta via, por outro, a questão que vem à tona é o compromisso do prescritor, os parâmetros que são utilizados para a recomendação do medicamento X ou Y, os argumentos que podem ser utilizados quando o prescritor, principalmente o especialista, desconsidera a lista de medicamentos da farmácia básica do SUS. Por vezes, cria-se uma situação conflituosa, haja vista que o usuário entende que o medicamento é aquele prescrito na receita; portanto, do seu ponto de vista, aquele é que deveria estar disponibilizado.

Entretanto, como garantir o direito à saúde em um mercado farmacêutico com mais de 15 mil especialidades?, questionam Vieira e Zucchi (2007). Como trabalhar com o *marketing* dessa indústria? São situações que uma gestão municipal necessita enfrentar e, principalmente, trabalhar tal temática com as equipes de saúde e, fundamentalmente, com os usuários, para que o desconhecimento sobre políticas públicas de saúde e seu componente farmacêutico não fragilize mais os poucos recursos disponíveis.

Nesse sentido, o estudo encaminhado por Vieira e Zucchi (2007) faz um alerta, destacando que a maior parte das demandas por medicamentos geradas por ações judiciais poderia ser evitada se fossem consideradas as diretrizes do SUS. Para os autores, o maior número de ações requeridas pelos idosos pode estar associado ao maior consumo de medicamentos em razão de doenças crônicas. Nesse sentido, os autores salientam que o Poder Judiciário e o Executivo precisam encontrar uma solução compartilhada para que o usuário tenha seu direito garantido.

O cidadão são-dominguense também compartilha com a questão de garantir seu medicamento vislumbrando na via judicial uma possibilidade, embora muitas vezes não chegue às vias de fato, como se confere:

Sei que temos direitos, mas eu nunca precisei. Eu apenas recebo um medicamento pra pressão, mas não recebo outros benefícios porque nunca precisei. Eu tomo uma medicação que é bastante cara, não tem na farmácia do posto. Pensei em fazer um processo judicial pra receber, mas continuo comprando. (I.2).

Para Marin et al. (2008), a problemática do uso de medicamentos entre os idosos assume cada vez mais inegável importância tanto para o usuário como estratégia terapêutica quanto para as equipes dos gerentes e dos gestores dos serviços e sistemas de saúde, por se tratar de uma preocupação do ponto de vista de gestão de recursos, como componente essencial da atenção aos idosos. A garantia é possível a partir de uma melhor integração da prática dos vários profissionais e de modos mais solidários e compartilhados de se organizar o cuidado da pessoa idosa.

Para o profissional de saúde são-dominguense, a questão do medicamento, assim como os demais direitos dos idosos, envolve outras esferas, como se verifica por estes depoimentos:

Cumprir as exigências dos direitos do idoso na lei, dependendo é claro do poder aquisitivo do município. Geralmente é o custo, o valor que deve ser empregado na

realização desses direitos a dificuldade maior e, às vezes, até a falta de esclarecimentos dos idosos. (PS.7).

E difícil atender a todos os direitos, pois não depende só do Município. Acho que uma das dificuldades é o repasse de recursos, que muitas vezes é insuficiente para o Município cumprir com todas as obrigações. (PS.8).

As colocações dos profissionais de saúde são-dominguense são corroboradas por Moimaz et al. (2010) quando destacam que a queixa pela falta de medicamento deve ser analisada com cautela, uma vez que existe uma limitação de recursos financeiros para aquisição nos municípios, gerando uma cobertura incompleta das necessidades.

D) Qualificar a orientação aos idosos no atendimento, o próprio atendimento e a receita médica

A qualificação da orientação aos idosos sobre o uso dos medicamentos, sobre o que contém a receita médica, é objeto de vários estudos, principalmente no que diz respeito ao prescritor, ao dispensador e, em especial, ao profissional que acompanha o tratamento.

Para Vasconcelos et al. (2005), os profissionais de saúde, ao fazerem a orientação sobre o tratamento ao idoso devem utilizar estratégias que facilitem a compreensão, evitando o uso de linguagem rebuscada. As dificuldades dos idosos podem ser minimizadas por meio de orientação quanto ao uso de medicamento por parte de algum profissional da Atenção Primária à Saúde, conforme se constata no estudo de Silva et al. (2010) sobre a avaliação o uso de medicamento pelos idosos em Montes Claros, MG. Os autores verificaram que 75% dos idosos entrevistados não relatavam dificuldade em função da orientação recebida na Atenção Básica.

O Ministério da Saúde (2006, p. 27-28), sobre as ações da Atenção Básica, Saúde da Família em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, no que diz respeito às atribuições dos profissionais das equipes da ESF, deixa explícito que se deve “orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos”. Assim, esse trabalho de orientação é de competência do médico, do enfermeiro, do auxiliar/técnico de enfermagem e também do dentista, quando pertinente.

E) Priorizar o atendimento aos idosos com doenças diagnosticadas, fragilizados ou com limitações

A pertinência desta deliberação comunga com a prerrogativa contemplada pelas ações da Atenção Básica, Saúde da Família e Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa ao ressaltar que é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível (BRASIL, 2006 e; 2006 a; 2006 d).

O Estatuto do Idoso, capítulo IV, art. 15, inc. 4, corrobora garantindo aos idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante que tenham atendimento especializado.

F) As visitas domiciliares da equipe da ESF são vistas como positivas, mas o município deve continuar investindo mais na saúde preventiva

Para o Ministério da Saúde, a visita domiciliar configura-se como um instrumento capaz de estabelecer, juntamente aos familiares, um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, permitindo aos familiares e/ou cuidadores trabalhar suas necessidades e ou dúvidas acerca do cuidado (BRASIL, 2006 CADERNO 19), conforme definição apontada.

A visita domiciliar é um momento único no estabelecimento do cuidado aos usuários da comunidade adscrita. Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família a ser visitada, por isso, cada visita deve ser organizada com um grupo determinado de profissionais de saúde (BRASIL, 2006, p. 15).

Para Mandú et al. (2008), é importante que a equipe da ESF discuta sobre tal ação, visto que a visita domiciliar tem contribuído para a reorientação dos processos de trabalho das equipes. Assim, deve ser revista em suas finalidades, seus objetos, conteúdos, modos e meios de execução, em especial, quando se trata do segmento idoso, em função das suas especificidades.

G) Construir a Casa do Idoso, um espaço para os idosos se encontrarem

No município de São Domingos do Sul, os idosos realizam suas atividades no ginásio esportivo municipal, não possuindo um local próprio para os seus encontros. No ano de 2005 o poder público municipal conquistou uma verba junto ao governo federal, mas devido a

atritos políticos a Câmara Municipal de Vereadores, cuja maioria era oposição à administração naquele período, não aprovou a construção da Casa do Idoso e os recursos foram devolvidos, conforme demonstra a fala.

Para que o Município pudesse aplicar a verba recebida para a construção da Casa do idoso era necessário que o Legislativo Municipal aprovasse a aplicação. No entendimento dos vereadores da época, não havia necessidade de mais um local, pois já estava em construção o CAS, prédio construído com recursos públicos federais e que teve também a contribuição em dinheiro dos próprios idosos pertencentes ao grupo da terceira idade para utilização desse espaço pelos mesmos em suas atividades. (EC1).

O espaço físico do CAS hoje é utilizado pela sede do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, banco Cresol, para comercialização de produtos da agricultura familiar e um espaço maior para atividades de grupo e reuniões. Também é utilizado pelas entidades formadoras do centro e outras que necessitarem do espaço com prévio agendamento e pagamento de uma taxa previamente estipulada. (DIÁRIO DE CAMPO).

Em virtude de visões divergentes entre Executivo e Legislativo, fazendo valer seus poderes, que deveriam ser usados em prol do bem da comunidade, principalmente desse segmento populacional, observa-se que em nenhum momento houve demonstração de preocupação com os mesmos, fazendo-se valer os interesses pessoais e políticos. Assim, até hoje os idosos aguardam um local público adequado para sua convivência.

H) Oportunizar aos idosos a cultura, lazer, canto, criar diversas oficinas e reativar a academia

Em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (Caderno 19 da Atenção Básica) e a Política do Envelhecimento Ativo, os quais ressaltam os determinantes para o envelhecimento saudável e ativo, dentre eles os comportamentais, incluindo prática de atividade física e participação social e nos grupos, destacam-se os benefícios da prática corporal/atividade física para a saúde amplamente documentados, tais como os biológico e a alimentação saudável.

Desse modo, delega-se aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da família a tarefa de fornecer orientações gerais relacionadas à alimentação da pessoa idosa, em especial nas situações de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolemia. Caso sejam necessárias orientações nutricionais específicas, as equipes do município que possuem nutricionista na Atenção Básica devem desenvolver um planejamento da ação

conjunta. Também trazem a importância das atividades de grupo, com a oferta das mais diversas atividades. Como a realidade municipal dificulta a formação de outros grupos, realizam-se ações conjuntas com a Assistência Social no Grupo da Terceira Idade por ela coordenado.

Uma abordagem para o desenvolvimento de políticas e programas tem o potencial de reunir muitos dos desafios inerentes ao envelhecimento individual e populacional. Políticas sociais e de saúde que apoiam o envelhecimento ativo trazem oportunidades de participação ao idoso. (WHO, 2005, BRASIL, 2006e, 2006f). Nesse sentido, o Município buscou trazer várias iniciativas que aconteceram a partir dessas deliberações, as quais constam nos registros dessa secretaria:

Alfabetização: O grupo de alfabetização iniciou no ano de 2010 e continua até hoje. A maior parte dos participantes do grupo são idosos que demonstraram interesse na alfabetização.

Curso de inclusão digital: É oferecido ao idoso a oportunidade de conhecer e aprender o manuseio do computador.

Curso de canto: foi criado o Coral da Terceira Idade. Hoje conta com 30 integrantes com várias participações em encontros de coros, festivais de corais da terceira idade e outros, bem como apresentações em vários eventos do município e da região.

Passeios a locais culturais: Mensalmente realizam viagens para conhecer locais e regiões de turismo e conhecimento de outras culturas como a polonesa e outras da região.

Lazer: Participação em bailes da terceira idade. São dois bailes municipais mensais e os regionais de escolha de rei e rainha da região.

Espiritualidade: O município destaca-se na região pela sua espiritualidade e devoção ao Monsenhor João Benvegnú. São realizados encontros espirituais anuais com o objetivo de atender as diversas lacunas do ser humano.

Aulas de ginástica: ao realizadas durante os encontros semanais.

Jogo de voleibol: São dois dias semanais que estão disponíveis aos idosos.

Observa-se que as deliberações nominadas na I Conferência Municipal do Idoso foram atendidas quase na sua totalidade e até o momento estão em pleno funcionamento.

I) Reativação da academia municipal de atividade física

Sobre essa deliberação encontrou-se registro de que a academia do município foi instalada em 1999, com verba oriunda de projeto enviado ao governo federal na área da saúde. Contudo, mostra-se pertinente uma revitalização, haja vista que há 12 anos se encontra em plena atividade. Tanto é assim que, por meio de observação direta, verifica-se que muitos equipamentos necessitam de manutenção e que alguns estão em estado de deterioração (DIÁRIO DE CAMPO).

J) Continuar investindo no Hospital Municipal (com soluções mais próximas a nível local, sem necessidade de deslocamentos para atendimento a Saúde)

O Hospital Municipal São Domingos teve sua criação em 1951. Foi criado com a participação da comunidade por meio de doações e dias de serviço, denotando um sentimento de parte integrante dessa instituição. Com a nova Política de Hospitais de Pequeno Porte (HPP),⁷ em 2009 teve seu setor de cirurgia desabilitado, ficando apenas com serviços de internação geral (BRASIL, 2004). Encontra-se hoje em reformas para atender às determinações da Anvisa. Conforme projeto, no primeiro andar funcionará a Unidade Sanitária São Domingos e, no segundo, o Pronto Atendimento de Urgências (PADU). A denominação é Hospital Municipal São Domingos. (DIÁRIO DE CAMPO).

K) Formar Pastoral do Idoso

Tal deliberação não pode ser atribuída à iniciativa municipal, uma vez a Pastoral da Pessoa Idosa (PPI) é um organismo vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Criada em 2004, desenvolve sua missão de forma ecumênica, entendendo que todas as pessoas idosas têm os mesmos direitos a uma vida digna, independentemente do seu credo religioso. Esta iniciativa está presente em 26 estados do Brasil e em 815 municípios, contando com a colaboração voluntária de 22.800 líderes comunitários. A missão principal da PPI é acompanhar pessoas idosas no domicílio, visitando-as a cada mês, e acompanhar alguns indicadores com o objetivo de manter a pessoa idosa pelo maior tempo possível autônoma e independente (PASTORAL DA PESSOA IDOSA, 2008).

A PPI age de acordo com os objetivos fundamentais lavrados na Carta brasileira e, em consonância com a CNBB, desenvolve suas ações comunitárias de forma ecumênica e inter-religiosa, a fim de que vida, dignidade e esperança cheguem a todas as pessoas idosas, independentemente de sexo, etnia, cultura e credo religioso (PASTORAL DA PESSOA IDOSA, 2008).

Dessa forma, a iniciativa de implantação depende de uma ação desencadeada pela diocese. No município de São Domingos do Sul até o momento não há manifestação sobre a criação de uma PPI. Segundo os dados obtidos, esta iniciativa, em geral, parte da secretaria da

⁷ A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte instituída pela portaria n. 1044/GM de 1 de junho de 2004, utiliza um modelo de organização e financiamento que estimula a inserção desses HPP na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o nível de complexidade.

diocese em concordância com a paróquia. Até o momento não há registros ou pronunciamento que se manifeste uma proposição oriunda da Arquidiocese de Passo Fundo, a qual pertence à paróquia do município (DIÁRIO DE CAMPO).

De todas as deliberações da Conferência Municipal do Idoso, grande parte delas estão em pleno funcionamento, outras não foram implantadas ou foram efetivadas em parte por não dependerem por vezes exclusivamente do nível municipal. No próximo capítulo serão elucidadas as Ações de atenção á Saúde que vem sendo realizadas no município.

4 AÇÕES MUNICIPAIS VOLTADAS PARA A SAÚDE DO IDOSO

Na sequência serão evidenciadas as ações que integram programas do município de São Domingos do Sul voltados para a atenção à saúde do idoso, bem como as demais de caráter intersetorial e a interlocução com os atores sociais.

4.1 Atenção a Saúde dos Idosos

Na Atenção Básica de Saúde o serviço se estrutura ancorado na ESF, sendo esta porta de entrada ao serviço de saúde. Os idosos são cadastrados pelos ACS na Visita Domiciliar (VD), ao mesmo tempo em que recebem a Carteirinha do Idoso, com registro dos medicamentos de uso contínuo e acompanhamento da saúde. Como grupo prioritário, recebem visita mensal com acompanhamento e orientação. Em reunião de equipe e com avaliação do agente de saúde são definidas as famílias com prioridade para VD com a presença dos demais profissionais da equipe de ESF.

Os idosos acamados e com limitações físicas ou mentais, com dificuldade de deslocamento às unidades de saúde, mensalmente recebem VD do técnico em enfermagem ou enfermeiro para verificação de pressão arterial e glicemia capilar (HGT). Os idosos acamados recebem acompanhamento e orientação de profissionais capacitados; recebem por empréstimo um leito hospitalar para facilitar ao cuidador o cuidado ao paciente em grau de dependência elevado. Na internação hospitalar os idosos têm acomodações em quartos individuais, com leito para acompanhante. As instituições de saúde devem afixar o atendimento preferencial ao idoso, embora em alguns momentos se tenha percebido a inobservância do mesmo.

Nas ações previstas no programa municipal observa-se o predomínio da concepção de homem que toma como base o indivíduo, um indivíduo orgânico no entendimento de Bosi e Afonso (2007), essa visão dentre outros efeitos acarreta na concepção de saúde restrita igualmente a dimensão biológica, subtraindo-se as dimensões relacionais, afetivas, psíquicas dentre outros evidenciando, portanto, a influencia de um modelo biomédico ligado fortemente a idéia de intervenção. A pontualidade das ações dirimidas para o serviço, a meu ver, se configura como elementos decisivos para o reforço do paradigma cartesiano que dentre seus efeitos leva os profissionais de saúde se concentrar no indivíduo corpo, negligenciando assim, as demais dimensões do processo saúde doença.

É interessante observar que, se por um lado as ações previstas no programa traduzem a ideia da saúde como ausência de doença ou de dor, por outro lado é compreensível que o conceito de saúde que a população elabora é resultante da forma como a sociedade se organiza, considerando as suas dimensões econômica, política e cultural (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). A meu ver, a população usuária não é estimulada a tecer críticas ao conceito de saúde, ao contrário, pelo benefício das ações de cunho curativista reconhece a atenção da gestão municipal e, por vezes emite parecer elogiável demonstrando satisfação.

É preciso reconhecer, que parte disso pode estar associada à própria formação dos profissionais de saúde, que atendem os usuários, oriunda de um modelo de atenção à saúde, historicamente marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença, princípios definidores do modelo flexneriano, acabam validando a vigência de um modelo que se deseja transformar, enquanto política pública.

Uma mudança de modelo de atenção à saúde não basta para reformular o pensamento do indivíduo a fim de incorporar a proteção e a promoção da saúde. Faz-se necessário a reflexão acerca da pluridimensionalidade do fenômeno saúde, começando pelos profissionais de saúde com extensão ao próprio aparelho gestor. Para romper um paradigma é preciso ir muito além do discurso, é preciso, fundamentalmente, consciência e vontade política para transformar, situação esta que reconhecemos como um processo a ser amadurecido, construção que se faz a cada dia, a cada debate, a cada ação, quiçá a cada mudança de gestão.

Na continuidade da análise do programa municipal de atenção a saúde do idoso, merece destaque outros pontos tais como: a questão dos medicamentos, no que diz respeito a farmácia básica municipal, esta possui aqueles que constam na lista de responsabilidade do município disponíveis a todo o cidadão; em relação aos exames laboratoriais, todas as pessoas têm acesso, independentemente da idade, sem espera; já, o eletrocardiograma (ECG) está disponível a todos na solicitação; o serviço de RX é realizado no ato da solicitação ou no primeiro momento de atividade do serviço no período da tarde, porém sendo de emergência é realizado de imediato, seguindo a observação verifica-se que os exames laboratoriais são realizados a população geral, com incentivo às pessoas em faixa etária de risco.

Vale destacar que em 2011 foram realizados exames de PSA em todos os homens acima dos cinquenta anos, com coleta de amostra de sangue em atividades nas comunidades após orientação sobre os problemas de próstata relacionados.

O serviço de fisioterapia, embora de responsabilidade do Estado, considerado de média complexidade, é parte integrante do serviço de Atenção Básica, dando-se prioridade

aos idosos e urgências. Assim também o serviço de fonoterapia, que atende às necessidades do serviço. Os encaminhamentos para referência são realizados na cidade de Passo Fundo, distante 70 km do município. Esses serviços são de responsabilidade do Estado. (DIÁRIO DE CAMPO).

Isso posto, no que orientam a PNSPI, o Estatuto do Idoso e a PNAB, o Município, na esfera da atenção básica de saúde, atende aos direitos do idoso, como é corroborado pelos próprios usuários:

Ouvi falar, li e tenho o Estatuto do Idoso. Aqui, como é um município pequeno, o idoso sempre foi bem atendido na área da saúde, principalmente. E isso independe de qualquer política [com menção aos partidos políticos locais]. Não tem lugar que a saúde é atendida como aqui. A nossa realidade é outra. Ainda tem gente que reclama. Além de agendar, são levados para consultas, ganham os remédios. Não falta nada. O idoso tem atendimentos preferenciais na saúde. Eu acho que o idoso daqui do nosso lugar tem atendimento privilegiado. Não vejo em nenhum outro lugar um atendimento tão bom (I.4).

Acho que os direitos são respeitados sim, no máximo esperamos alguns minutos por ter outra pessoa idosa na frente. Aqui o atendimento é tranquilo. Só não tem especialistas. Quando temos que resolver um problema mais grave, tem que ir a Passo Fundo. As vacinas são mantidas sempre em dia. Para isso nos procuram nas datas certas das vacinas e somos todos vacinados (I.2).

O impacto das políticas públicas, nesse cenário, mostra-se positivo. Os idosos apreciam a qualidade do serviço de saúde. Para Dantas (2006), no momento em que os usuários, conscientes de seus direitos, reconhecem a qualidade dos serviços, transparece a responsabilidade ética perante os cidadãos. A qualificação se ilustra também pela comparação que o usuário faz, evidenciando a evolução.

Aqui a saúde é maravilhosa, até vou elogiar, direitos nós temos. Sempre que precisei fui bem atendido. Só pra falar do passado até hoje, quando a falecida ficou doente, dela eu paguei todo o tratamento, tudo, não tinha ajuda de nada. Cada trinta dias eu fazia o pedido do tratamento e pagava tudo. Naquele tempo eu tinha que ir a Passo Fundo de ônibus com a falecida, teve greve de ônibus e eu tive que me virar, toda a sexta-feira eu ia com ela pra fazer quimioterapia. Hoje eu tenho tudo o que preciso. Não precisa mais levantar de madrugada, não tem fila e é só ir lá que é atendido bem por todos, eu gosto de todo o pessoal da saúde. (I.9).

Corroborando a assertiva, Pilau Sobrinho, Morandini e Alves (2006), ao explanar sobre formas de efetivação do direito à saúde, discorrem sobre a importância da legislação, que nos últimos anos trouxe avanços e, por consequência, uma melhor atenção à saúde do

idoso, embora a passos lentos tenha buscado atender a legalidade, como expressam Santin e Raiter (2009), conferindo o privilégio de viver com respeito e dignidade.

Quando precisamos internar, pelo menos aqui, temos direito a acompanhante no quarto, ele fica bem acomodado, tem cama e tudo. (I10)

Para Cotta et al. (2005), as classes sociais menos favorecidas avaliam positivamente os serviços que lhes são prestados pelos profissionais que integram o Programa Saúde da Família. A satisfação da comunidade com esta estratégia está associada ao maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação do processo saúde-doença e à existência da visita domiciliar. Nesta sequência destaca-se a presença do agente comunitário de saúde.

Eu acho que o idoso já é muito bem atendido na área da saúde. A agente de saúde é muito prestativa. Traz todos os informativos da saúde. Vem visitar sempre e faz um bom trabalho. Eu me sinto muito bem acompanhada. (I.4).

A agente de saúde sempre vem aqui e faz o seu trabalho. O medico vinha seguidamente, esse ainda não veio. Mas também não tivemos problemas. Lembro de quando ter tido necessidade, ter sido bem atendida. Acho que pode continuar assim. Só as pessoas atenderem a todos da mesma maneira. (I.3).

A agente de saúde visita sempre. Falamos sobre vários assuntos. Ela realmente quer saber como me sinto. O médico quase não vem. Mas eu não precisei ainda. (I.2).

Para Costa e Ciosak (2010), a atenção domiciliar ressurge na atualidade como uma atividade pertinente à Atenção Primária à Saúde, em especial, para responder às necessidades do segmento idoso. De acordo com as entrevistas, percebemos que a presença do agente comunitário de saúde é valorizada pelos idosos, pois ele demonstra um interesse real pela pessoa, além de fazer o acompanhamento do seu estado de saúde. Corroborando com essa assertiva, Abrahão e Lagrange (2007, p. 159) salientam que a visita domiciliar “diz respeito à manutenção ou monitoramento na residência de situações específicas, temporárias ou não, de saúde, bem como de acompanhamento das demais situações presentes no contexto familiar”. Por outro lado, a questão de o agente de saúde levar informações aos idosos é uma especificidade encontrada em municípios de pequeno porte, como se confere no estudo de Mascarelo (2011).

4.2 Atenção Preventiva e educativa em Saúde dos Idosos

Essas ações são desenvolvidas de forma articulada e intersetorial. Vale registrar as ações que contam com a participação dos profissionais de saúde da ESF municipal, assim como os demais no Grupo da Terceira Idade, denominado Grupo “Alegria e Amizade”, coordenado pelo Departamento da Assistência Social. Destacam-se as seguintes iniciativas desenvolvidas: oficinas de computação, voleibol, alfabetização, leitura e oficina de cantocoral. Essas iniciativas seguem as diretrizes do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (ONU, 2003), ao mesmo tempo em que estão em sintonia com a política do envelhecimento ativo, que reconhece que promover o lazer é também atuar na promoção da saúde (WHO, 2005).

O lazer como promoção da saúde também é reconhecido pelos cidadãos são-dominguenses, seja pelo próprio idoso, seja pelos agentes gerontológicos (coordenadores de grupos e professores envolvidos em atividades próprias para a terceira idade), como podemos constatar pelas seguintes falas:

Participamos do grupo, fazemos viagens, ginástica, voleibol entre outras coisas que fazem bem pra nossa saúde. (I7).

Os idosos mesmo dizem que querem atividades de divertimento, lazer, dança e não tanto de palestras e discussões (EC5).

A prioridade dos grupos é desenvolver atividades físicas, artísticas, entre outras de interesse dos participantes[...]. Na verdade, a gente tem encontros semanais, todas as sextas-feiras à tarde. Na primeira sexta-feira a gente tem missa, isso é sagrado; depois da missa tem aula de ginástica; até as três tem palestra, missa ou qualquer outra atividade cultural. Às vezes a gente faz mini-gincana, campeonato de biscoito, depois tem lanche e música. Nas terças-feiras eles têm voleibol e nos finais de semana, duas vezes por mês, eles vão a bailes e passamos a fazer passeios culturais, porque eles precisam não só fazer festa. (EC1).

Observa-se ainda que os profissionais de saúde, frequentemente, participam das reuniões semanais com o objetivo de levar informações sobre saúde e bem-estar, dentre outras. Por ocasião das campanhas nacionais de vacinação, a equipe se desloca até o local de encontro, num primeiro momento fazendo a divulgação e ressaltando a importância e sensibilizando para adesão; posteriormente, é agendada com o grupo a realização da vacinação. Tal iniciativa é pertinente, pois agiliza o trabalho da equipe de saúde, haja vista que nos encontros há participação do idoso do meio rural, que são transportados pela iniciativa municipal (DIÁRIO DE CAMPO).

Observa-se que os profissionais de saúde não exercitam a escuta sensível, mesmo as ações com cunho de promoção da saúde e educação para a saúde desconsideram o saber e as

práticas populares de cuidado indicando uma forte tendência prescrita por parte dos profissionais.

4.3 Atividades de Valorização do Idoso

Ao longo do período analisado, observaram-se muitas atividades realizadas, das quais se podem destacar, em abril de 2004, as comemorações da semana da saúde. Nessa ocasião aconteceu uma palestra com a presença de uma médica geriatra, oriunda da cidade de Passo Fundo, que abordou o tema “Envelhecimento saudável”. Há registro de que o momento foi aproveitado para esclarecimentos acerca da vacinação dos idosos contra a influenza (HOJE, 2004).

Em julho de 2004 o Grupo da Melhor Idade participou de Encontro Regional para escolha das soberanas regionais, evento ocorrido no município de Ibiraiaras. O grupo de São Domingos participou com um número expressivo de idosos, constando nos registros que a rainha escolhida para representar os 14 municípios da região, uma senhora de 88 anos, era a representante de São Domingos do Sul.

Destaca-se em 2005 o encontro de escolha regional da Melhor Idade em São Domingos, que contou com a participação de vinte grupos, trazendo presente a valorização do idoso. O início das atividades do grupo sempre está em destaque no jornal local, frisando o objetivo de “trazer alegria, saúde e descontração aos idosos” (HOJE, 2005).

Outras atividades de valorização e apoio ao idoso se encontram nos registros, como o primeiro Encontro de Corais da Terceira Idade, que teve por objetivo “proporcionar um espaço diferente para a Melhor Idade como vivenciar a boa música e confraternização”. Os idosos participaram do projeto Segundo Tempo, em uma integração entre os idosos e adolescentes. Os encontros foram realizados nas comunidades com o apoio dos clubes de mães, com realização de brincadeiras e histórias contadas pelos idosos. Os idosos foram homenageados pelas crianças (IBIDEM, 2008).

As considerações de Pilau Sobrinho (2009) de que a saúde não é um conceito isolado, mas depende de vários fatores, a exemplo, do acesso aos meios de comunicação, investimentos em educação e a viabilização de políticas públicas efetivas de cunho emancipatório, corroboram o conjunto de ações de valorização do idoso desenvolvidas de forma articulada com participação intergeracional, enquanto conceito de saúde.

Portella (2004) defende que as práticas de articulação utilizadas pelas ações coletivas dos grupos de terceira idade, tais como encontros, festejos, jogos, desfiles e confraternizações, favorecem a construção das condições objetivas e subjetivas para a concretude do envelhecer saudável. Assim, quando tais projetos são apoiados pela iniciativa pública, pelo gestor local, entende-se que este está cumprindo o seu papel na garantia dos direitos.

O programa de atividades proposto e executado segue a disseminação da cultura do envelhecimento saudável, amplamente difundido nos trabalhos realizados com idosos focado principalmente em ações de atividades físicas como resposta a valorização do idoso. Esta influência pode ser atribuída aos exemplos de programas executados em outras cidades que seguem os pressupostos da teoria da Atividade no curso do envelhecimento (MARQUES; CARLOS, 2005). Para os autores a Teoria da Atividade influencia até hoje os movimentos sociais de idosos e orienta projetos, de cunho gerontológico, com ações de lazer e de educação não formal, fundamentado na proposição central da atividade física e mental como o meio pelo qual o idoso atingirá a melhor qualidade de vida.

Reconhece-se o mérito de tais ações, bem como da teoria em questão, todavia é necessário que se crie espaços, cenários e novas possibilidades de viver o envelhecimento, para além da atividade que está atrelada ao idoso independente, com capacidade funcional preservada, pois no âmbito de um município sempre há que se considerar as situações de dependência e incapacidades, as condições daqueles que contam com a família e também dos sem família, ainda, daqueles que apreciam o lazer e os festejos e dos que não vêem atração nestas propostas.

5 ESPAÇOS DE ORGANIZAÇÃO POLÍTICA E SOCIAL DOS IDOSOS SÃO DOMINGUENSES: A ASSOCIAÇÃO TEMPO FELIZ

Na forma de organização política dos idosos no município, vale destacar a organização não governamental de idosos Associação Tempo Feliz – Astefe – Terceira Idade de hoje e de amanhã de São Domingos do Sul. Esta associação foi fundada em 14 de janeiro de 2006 com o principal objetivo de promoção de qualidade de vida para as pessoas idosas. Do capítulo I – “Da denominação, dos Fins, da Sede e do Tempo de duração” – cabe destacar as finalidades desta, que constam no art. 3:

Promover a integração e participação efetiva dos idosos na sociedade, garantindo-lhes plena cidadania;
 Garantir a plena observância do Estatuto do Idoso;
 Viabilizar programas e atividades apropriadas, proporcionando aos idosos a melhoria da saúde física e mental, a produtividade, à auto-estima, a autoconfiança, o bem estar pessoal e a renovação das suas expectativas de vida;
 Instituir programas de informação e ações concretas com a finalidade de fortalecer a imagem positiva do idoso na comunidade, sua experiência, generosidade e sabedoria;
 Garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho;
 Proporcionar a pessoa idosa, formas de sobrevivência, compatíveis com sua situação de vida ativa, bem como, favorecer a transição para outra etapa de vida e participação social;
 Garantir ao idoso o direito a vida, a liberdade, ao respeito e a dignidade, através de ações concretas;
 Incluir a capacitar pessoas idosas nos Conselhos Municipais, especialmente o da saúde e da assistência social;
 Incentivar e facilitar o acesso a educação e a cultura, através do domínio das técnicas de comunicação e demais avanços tecnológicos;
 Enfatizar, na elaboração dos programas de cultura e de lazer, a importância do entrelaçamento com as demais gerações, para o bem de toda a sociedade;
 Fortalecer amizades e motivar o cultivo de novos relacionamentos;
 Avaliar a situação econômica do idoso, discutindo-a e buscando soluções quando necessário;
 Motivar a dimensão espiritual, sem distinção de credo religioso, como fonte dinamizadora da vida;
 Criar formas de ocupação - trabalho e renda - incentivando o artesanato, hortas comunitárias e outras;
 Proporcionar espaços, meios e formas para que cada associado tenha oportunidade de expressar a sua criatividade, individual ou coletivamente, em forma de arte, cultura e lazer.
 Desenvolver entre os associados o espírito de solidariedade, o respeito pela natureza, a mutua colaboração. (ESTATUTO SOCIAL DA ASTEFE, 2006).

A ideia da criação de uma associação surgiu com uma pessoa idosa com história de vida religiosa que, depois de muitos anos trabalhando em ações religiosas, voltou ao

município e, por sua participação no Grupo da Terceira Idade local, discordou da forma de tratamento adotada por determinados coordenadores, como se observa no relato:

Me senti tão mal naquele grupo, somos tratados como crianças e não era isso que eu buscava, eu queria ser valorizada como adulto experiente. [...] Convidamos as presidentes da Associação de Casca, foi lançada a semente, mas senti que o terreno não estava propício e não era o momento, tinha que dar tempo, fazer serviço de formiguinha [...] As pessoas não tinham a vivência que eu tive, mas causou um grande impacto na XX, ela era nova, tava assumindo, na administração também. (EC5)

Observando o relato de EC5, constata-se o despreparo de alguns profissionais no trabalho com os idosos, o modo de se dirigir aos mais velhos ou as expressões utilizadas no trato com eles, que pode levar à infantilização do idoso, dessa forma impossibilitando-lhe ser um sujeito em pleno exercício de sua cidadania. De acordo com Gonçalves (2007), são aspectos das práticas gerontológicas que se traduzem em dilemas ainda de difícil superação; trata-se de um dos tantos desafios que a gerontologia atual enfrenta, refletindo na emergência de preparar recursos humanos aptos para trabalhar com esse segmento populacional.

Outros conflitos são revelados nos grupos, conforme se constata:

Sentia pressão muito grande contra a ideia. Eu era membro do Conselho da Assistência Social e fui presidente deste por dois anos, participava das conferências, inclusive fui escolhida como delegado para a Conferência Estadual e depois para a Nacional. Fiquei muito doente por tudo isso. Daí tive que renunciar participando meu suplente.[...] Perdemos o controle, fizeram festas, deram o ingresso para o coral, muitos não gostaram, passaram a dar apoio à ideia da associação. (EC5)

Portella (2004), em seu estudo sobre as ações coletivas dos grupos de terceira idade, discute os conflitos eminentes nos grupos quando a questão da arrecadação financeira emerge. As divergências existentes entre a vontade de parte do grupo ser independente, autônomo, tomar suas próprias decisões e administrar seus recursos financeiros e a ligação do grupo sob a coordenação e domínio de uma administração municipal que juridicamente não possibilita a angariação de recursos financeiros em atividades programadas e realizadas pela prefeitura muitas vezes resultam em discórdias pessoais, em desligamentos e até no redimensionamento do projeto do próprio grupo, neste caso, o encaminhamento para uma modalidade associativa .

Constatam-se também conflitos político-partidários e jogo de interesses expressos pelos participantes:

Na época ainda havia mais autonomia do grupo, os reis e rainhas eram os representantes maiores do grupo até um certo período. Após começou a centralização da atividades na coordenadora do grupo e assistente social. Também pressão política muito forte contra esses ideais e contra a autonomia do grupo em administrar seus recursos financeiros adquiridos com os bailes dos idosos (EC5).

Consta que a associação surgiu da necessidade de ter representação legal para fazer parte do Centro de Ações Solidárias (CAS), que necessitava de quatro entidades para legalmente ser constituído como tal. Esse centro foi construído com recursos públicos federais. Também foi mencionada a importância de uma representação legalmente constituída nos conselhos.

Queríamos ter uma representação legal para fazer parte do CAS e também fazer parte dos conselhos, que tem que ser um órgão legalmente constituído. Essas duas motivações foram o ponto crucial. [...] Publicamente, num encontro do grupo da terceira idade foi feito um convite geral para quem quisesse discutir a importância da criação da associação. [...] Fizemos uma reunião, discutimos, eu tinha um esboço do estatuto e já marcamos uma assembleia de fundação.[...] Nisso se criou a polêmica que queríamos dividir o grupo, mas na verdade queríamos somar, nunca fomos entendidos, até hoje ainda temos muita dificuldade. (EC5).

O exercício da cidadania, nessa visão, está estreitamente vinculado à participação no grupo de idosos, em especial, ao direito de ser reconhecido como sujeito capaz de se organizar e propor estratégias cidadãs de pertencimento e participação social. Neste caso, isso ocorreu na forma de constituir uma associação, em princípio, como se alega, por discordar do modo de ser tratado e, prioritariamente, por se entender e desejar uma representação legal, uma garantia de participação nos conselhos, um espaço de reflexão que permitisse aos idosos a expressão de 2011). Almejar um assento no conselho traduz-se na utilização de um instrumento de realização da cidadania e exercício da democracia (PILAU SOBRINHO, 2009).

Observa-se que os relatos de EC 5 corroboram com Bulla, Soares e Kist (2007, p. 174) quando expressam que o “fato de um cidadão entrar na velhice não significa descompromisso com a participação, nem renúncia aos direitos de cidadania”. A insistência e as dificuldades enfrentadas para se organizar “representam a ligação entre a busca pela qualidade de vida e as políticas públicas de uma nação”, traduzido no poder de participação dos idosos nos diversos espaços sociais.

Acreditamos estar fazendo um serviço muito bom para os que estão sozinhos e são cuidadores de alguém [...] É importante dar oportunidade para as pessoas se prepararem para a terceira idade, para aqueles que passam a semana com netos, com pais doentes e estão sós (EC5).

A associação surgiu de uma vontade de construir um grupo participativo, crítico, com autonomia para tomar suas próprias decisões; por outro lado, observa-se que a preocupação com a saúde também se explicita. Os grupos de terceira idade, de acordo com Portella (2004), constituem-se em canais de aprendizagem para a construção da cidadania, assim como são espaços que viabilizam o exercício e as ações de promoção do envelhecer saudável. O depoimento de EC5 traz implícitas a valorização da dignidade humana, a preocupação do grupo com aqueles em condição de vulnerabilidade, demonstrando que o espaço é propício ao exercício da solidariedade.

A criação da Associação consolidou um espaço de participação, autonomia e independência de idosos que demonstram vontades próprias, iniciativas e participação social e política com representatividade nos espaços de participação social o que ajuda e contribui na construção das políticas públicas municipais de saúde do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permite a constatação de que a aplicabilidade e a efetividade dos direitos dos idosos elencados na legislação brasileira, no que tange à saúde, no município de São Domingos do Sul se dão de forma parcial. As garantias constitucionais e os direitos elencados no Estatuto do Idoso nem sempre são observados, visto que nem sempre dependem apenas da esfera municipal. Pode-se destacar a garantia ao atendimento preferencial, visto ser um município de pequeno porte, onde o acesso é garantido, sem filas.

A atenção integral, citada no Estatuto do Idoso, por si só, já garantiria todo e qualquer atendimento ao idoso, partindo da prevenção, promoção, proteção, assistência e recuperação, incluindo atenção especial às doenças prevalentes na terceira idade. Essa atenção integral, conceituada de forma ampla e abrangente, impõe dificuldades no sucesso do atendimento a esse conceito. Assim, pode-se observar o atendimento parcial desse direito, considerando a necessidade da participação eficaz das demais esferas de gestão.

No atendimento à promoção da saúde foram citadas inúmeras atividades e ações desenvolvidas ao longo dos anos, com a participação no grupo de convivência reconhecido pelos seus integrantes, o “Grupo Alegria e Amizade”. Destacam-se várias ações e atividades para promover a inclusão dos idosos que não participam dos grupos, o que demonstra preocupação com todo o universo de idosos, visto que a participação no grupo se dá por uma minoria. Dentro da preocupação com a inclusão social dos idosos foram incluídas atividades priorizando a participação e valorização do idoso no município e na região. Todas essas ações têm pressupostos embasados no envelhecimento saudável proposto pela OMS.

Conforme o Estatuto do Idoso, a prevenção e a manutenção da saúde do idoso são efetivadas por meio de algumas ações propostas, observadas no estudo realizado, com destaque às visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da equipe da Saúde da Família, principalmente dos agentes comunitários de saúde. Essas foram enfatizadas de forma positiva por proporcionar não somente ações pontuais, tais como o cadastro da população idosa, mas o acompanhamento do viver cotidiano dos mesmos.

Há uma atenção prioritária ainda no que se refere ao atendimento domiciliar daqueles com certo grau de dependência, seja pela dificuldade de locomoção, seja por estarem impossibilitados de acesso ao estabelecimento de contatos sociais significativos. O acompanhamento se dá pela Equipe de Saúde da Família, incluindo o médico, o enfermeiro e

o psicólogo. Também no cenário de estudo a rede básica de atenção à saúde carece de especialidade geriátrica, como se observa em nível nacional.

Quanto ao fornecimento de medicamentos, a Assistência Farmacêutica Básica, no seu elenco de insumos, nem sempre atende a todas as necessidades dos idosos. Embora exista também a Farmácia Popular, os medicamentos fornecidos não dão conta de garantir a todos esse direito, o que por vezes obriga os idosos a buscá-los via judicial.

No direito à internação há a garantia de condições adequadas para a permanência do acompanhante em tempo integral, visto depender exclusivamente da esfera municipal. Ainda se pode observar a necessidade de capacitação e mudança do preconceito contra os idosos que por vezes ainda se faz presente por parte de alguns trabalhadores de saúde.

Buscando entender o conhecimento dos idosos, seus familiares, profissionais de saúde e elementos-chave acerca dos direitos dos idosos, verificou-se que os idosos apresentam pouco conhecimento dos seus direitos. Alguns já ouviram falar deles ou várias vezes foram informados dos seus direitos no GTI, recebendo inclusive cartilha; sabem que têm direitos, que existe o Estatuto do Idoso, mas não conseguem especificar de forma clara os direitos; por vezes, ainda, não demonstram grande interesse em conhecer e aprofundar o conhecimento. Demonstram satisfação com o que recebem da coordenação do grupo e do sistema de saúde municipal, embora destaquem alguns pontos negativos.

Uma pequena minoria busca discutir e participar dos espaços de construção política e social. Criou-se uma organização paralela em forma de associação com metas e objetivos, evidenciando a participação de parcela de idosos que têm interesse em participar ativamente da sociedade, tomando suas próprias decisões.

Os familiares também expressam pouco conhecimento em relação aos direitos dos idosos. Demonstram maior conhecimento dos direitos os profissionais de saúde, principalmente destacando os idosos como prioridade de atendimento, de acompanhamento e de recebimento de medicamentos.

Seguindo o estudo, pode-se constatar o impacto positivo da legislação vigente, visto que o Município buscou discutir e criar legislação própria de atendimento ao idoso. A primeira legislação municipal surgiu cronologicamente poucos anos após a primeira legislação nacional, embora falhando e, por vezes, ferindo a Constituição Federal. Com implementação da política em nível nacional, o Município segue o mesmo princípio, buscando priorizar os idosos em ações e atividades realizadas.

Cabe destacar o apontamento de visível mudança na assistência à saúde dos últimos anos, valorizada pelos idosos que viveram e presenciaram essa mudança, pois antes não havia

acompanhamento dos idosos, tampouco o acesso aos serviços de saúde. Para buscar atendimento, além de ter grande oneração financeira, encontravam dificuldade no deslocamento aos serviços de média e alta complexidade, pois não obtinham ajuda de nenhuma forma.

Com o Estado assumindo a prioridade ao idoso, o Município volta a discutir com maior ênfase a saúde do idoso. Dentro das políticas públicas de Saúde e Assistência Social, a saúde do idoso aparece sempre como prioridade, com visível qualificação das ações e serviços nos últimos anos, inclusive com conferência específica para os idosos discutirem e apresentarem propostas de diretrizes para a Política Municipal do Idoso.

Além desse espaço, as Conferências Municipais de Saúde e Assistência Social configuram-se em espaços de participação política e social dos idosos, contribuindo positivamente na construção de ações e atividades de saúde e assistência social. Fica clara a contribuição dos Conselhos de Saúde e Assistência Social não só na aprovação, mas na deliberação e fiscalização da execução dessas ações e atividades de saúde e assistência social.

Diante das observações realizadas, na forma de subsídios, sugerem-se:

- a) ações de sensibilização mais efetivas focadas na comunidade em geral quanto ao fenômeno do envelhecimento inerente ao ser humano;
- b) cursos de atualização para os profissionais de rede de atenção básica com o foco centrado nas questões do envelhecimento humano e na defesa dos direitos da pessoa idosa;
- c) investimento na educação permanente dos agentes comunitários de saúde para um melhor acompanhamento do idoso, seu familiar e ou cuidador;
- d) criação de uma rede de assistência exclusiva para o idoso para que se possa efetivar a prioridade de atendimento em todos os níveis de complexidade, incluindo a especialidade geriátrica;
- e) criação de um fundo específico para garantir recursos exclusivos para o atendimento à saúde do idoso, com livre acesso ao Sistema Único de Saúde, sem limitação de serviços.

A saúde do idoso é uma pequena parte integrante de um Sistema de Saúde maior, abrangente, que, apesar de ter apresentado grandes avanços, consideravelmente positivos, com profundo impacto nos serviços de saúde, ainda carece de políticas públicas mais efetivas, maior comprometimento dos gestores e políticos e maior montante de recursos físicos e financeiros, para que assim possa efetivamente atender integralmente aos direitos dos idosos elencados na legislação brasileira.

Espera-se que esse estudo possa contribuir na construção de políticas públicas capazes de atender realmente às necessidades dos idosos e suscitar nos gestores a sensibilização do olhar para essa nova realidade emergente. Recomenda-se a replicação de pesquisa em outros cenários para validação dos resultados, no sentido de produzir conhecimento sobre as maiores dificuldades de efetivação dos direitos e os pontos críticos das políticas de assistência aos idosos.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A Visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D (Org.). *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 151-172.
- BERNARDELLI, J. A. *Saúde não tem preço mas custa caro na velhice*. Disponível em: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/a/a9/Saude_ao_tem_preco.pdf. Acesso em: 6 maio 2011.
- BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. direito à saúde e participação popular: Confrontando as perspectivas de profissionais e usuários da rede pública dos serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M; MERCADO-MARTINEZ. *Pesquisa qualitativa de Serviços de Saúde*. 2.ed.-Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p.451- 479.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos*. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- _____, Ministério da Saúde. 12º Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____, Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n.19), 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006 – Política Nacional de Atenção Básica - PNAB.
- _____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 – Política Nacional do Idoso – PNI.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 GM de 22 de fevereiro de 2006 – Pacto pela Saúde.
- _____. Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1993
- BRAVO: M. I. Gestão Democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, M. I.; PEREIRA, P. (Org.). *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 43-65.

BRITO, B. C.; RAMOS, L. R. *Serviços de atenção a saúde do idoso*. In: Papaléo, N. M. Gerontologia. São Paulo. Ateneu. 1996.

WWW.saude.rs.gov.br-saudedoidoso

BUDÓ, M. L. D. O antigo e o novo: o cuidado em saúde no cotidiano de uma cultura italiana. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v.1, n.2, p.27-34-jul/dez. 1996.

BULLA, L. C.; SOARES, E. S.; KIST, R. B.B. Cidadania, pertencimento e participação social de idosos – Grupo Trocando Idéias e Matinê das duas: Cine comentado. *Ser Social*, Brasília, n.21, p.169-196, jul./dez. 2007

CACHIONI, M.; NERI, A. L. Educação e gerontologia: desafios e oportunidades. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v.1, n.1, p. 99-115, jan/jun. 2004.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros*. Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 25-59.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros*. Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CAMARANO, A. A. et al.. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros*. Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 137-168.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010a. p. 13-38

COMPARATO, 2005

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA: construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa – RENADI, I. – Brasília: *Anais...* Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA : avaliando a rede nacional de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa: avanços e desafios – RENADI, II. – Brasília: *Anais...* Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, 2010.

COSTA, M. F.B.N. A.; CIOSEK, S.I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2011.

COTTA, R.M.M et al. A satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Scientia Médica*, Porto Alegre: PUCRS, v.15, n.4, p 227-234, out./dez. 2005.

- DANTAS, S.B. A Qualidade em serviços de saúde. In: VERAS, Renato; LOURENÇO, Roberto (Ed.). *Formação humana em geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006. p. 67-69.
- DOLL, J. et al. Atividade, desengajamento, Modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estud. Interdiscip. Envelhec*, Porto Alegre, v. 12, p. 7-33, 2007.
- FIGUEIREDO, I.M. et al. Qualidade de vida no trabalho: percepções dos agentes comunitários de equipes de saúde da família. *Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro: UERJ, v. 17, n. 2, p. 262-267, abr./jun. 2009.
- GONÇALVES, L. H. T. O campo da gerontologia e seus desafios. *Rev. Saúde. Com.*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 12-19, 2007.
- HAYFLICK, L. *Como e por que envelhecemos*. Trad. de Ana Beatriz Rodrigues e Priscila Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Síntese de Indicadores Sociais. *Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, 2008.
- JACOBI,
- LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Condições de saúde. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. (Org.). *Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.
- LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.
- MANDUÍ, E. N. T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-40, jan./mar. 2008
- MARIN, M. J. S. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1545-1555, jul. 2008.
- MARQUES, P. Z.; CARLOS, S. A. A cultura da atividade e o trabalho com os idosos. *RBCEH – Revista Brasileira de Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v.3, n.2, p. 61-69, jul./dez. 2006.
- MASCARELO, A. *Condições de vida e saúde dos idosos no município de Coxilha-RS*. 2011. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) - Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2011.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2011.
- MORAIS, E. P.de. *Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul-RS*. 2007. 215f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

NERI, A.L. (Org.). *Idosos no Brasil. Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade*. São Paulo: SESC-SP, Fundação Perseu Abramo, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002/Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. — Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. — 49 p., 21 cm. — (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

PAIM, P. Projeto de Lei nº 3.561 de 1997, PLC 57 de 2003: Projeto de Lei da Câmara. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2003.

PASQUALOTTI, A.; BOTH, A.; PORTELLA, M.R. A formação de recursos humanos em gerontologia: limites e possibilidades da interdisciplinaridade. In: SANTIN, Janaína R.; BETTINELLI, Luís A.; BENINCÁ, Ciomara (Org.). *Envelhecimento humano: cuidado e cidadania*. Passo Fundo: Editora UPF, 2007.

PASKULIN, L. M. G. *Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre-RS*. 2006. 165f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

PASTORAL DA PESSOA IDOSA. *Guia do Líder da Pastoral da Pessoa idosa*. Curitiba: 2008

PLAN DE ACCION INTERNACIONAL DE VIENA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO. Disponível em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/asamblea-planviena-01.pdf> Acesso em: 20 jul. 2010.

PILAU SOBRINHO. L.L. Comunicação, direito à saúde e participação social. In: SANTIN, Janaína R.; BORTOLIN, Telma E.; DIEHL, Antor A. (Org.). *Envelhecimento humano: saúde e qualidade de vida*. Passo Fundo: Edftora UPF, 2009.

PORTELLA, M. R. A pessoa idosa no contexto rural da 6º CRS In: CREUTZBERG, M. et al. VII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, 2008, Porto Alegre, *Anais...* Brasília: ABEn, 2008. CD-ROM

_____. Grupos de Terceira Idade: a construção da utopia do envelhecer saudável. Passo Fundo: UPF, 2004. 176p.

RIBEIRO. M. A. Política e os Conselhos de Idosos: uma questão de cidadania. A Terceira Idade: Estudos sobre Envelhecimento/Serviço Social do Comercio.ST-*Gerência de Estudos e Programas da Terceira Idade*, São Paulo, ano 1, n. 1, v. 22, n. 5, p. 31-44, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. A Saúde da população do estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: CEVS, 2006.

RODRIGUES, R. A. P. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianopolis, v. 16, n. 3, p. 536-45, jul./set. 2007.

RODRIGUES, N. C. Política Nacional do Idoso: retrospectiva histórica. *Estudos Interdiscipl. Envelhec.*, Porto Alegre, v. 3, p. 149-58, 2001,

ROMERO, D. E. et al. Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado. In: CAMARANO, A. A (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 249-278.

SANTIN, J. R.; RAITER, V. X. A violência contra o idoso e as políticas públicas no Brasil. In: SANTIN, J. R.; BORTOLIN, T. E.; DIEHL, A. A (Orgs.). *Envelhecimento humano; saúde e qualidade de vida*. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2009.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, fev. 2005 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em 28 dez. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100005>.

SILVA, C. S. O. et al. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.14, n.4, p. 811-818, out./dez. 2010.

TOURINHO FILHO, H. Atividade física e promoção da saúde. In: BETINELLI, L. A., PORTELLA, M. R., PASQUALOTTI, A. (Org.). *Envelhecimento humano: múltiplas abordagens*. Passo Fundo: UPF, 2008. p. 189-196.

UNIDAS. União Nacional das Instituições em Saúde. Carência de médicos geriatras. Solução em gestão de assistência a Saúde. 19/04/2011. Disponível em: www.unidas.org.br/noticias Acesso em: 1 jun. 2011.

VASCONCELOS, F. F. al . Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza - CE. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 18, n. 2, jun. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2011.

VERAS, R. FÓRUM. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2463-2466, out. 2007.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 13 jul. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTÕES DA ENTREVISTA COM OS IDOSOS

1. Você conhece ou já ouviu falar de leis relacionadas aos direitos do idoso na área da saúde?
2. O que você conhece em relação ao Estatuto do Idoso?
3. Quais são os direitos que você conhece?
4. Você acha que esses direitos são respeitados quando você busca atendimento no serviço de saúde?
5. No seu ver, o que você acha que poderia ser feito para que o idoso fosse atendido nos seus direitos em relação à saúde?
6. Vocês recebem atendimento domiciliar? Como se dá esse atendimento?
7. Que benefícios vocês tem do Estado relacionados à idade?

FAMILIARES

1. O que você conhece de direitos do idosos relacionados à saúde?
2. Conhece o Estatuto do Idoso? O que você acha dele?
3. Acha que os direitos do idoso são atendidos?
4. O que poderia ser feito para que os direitos fossem garantidos?

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. O que você conhece em relação aos direitos do idoso elencados na legislação em relação à saúde?
2. Como você vê o atendimento a esses direitos na atenção básica de saúde?
3. Como você vê a possibilidade de atendimento desses direitos?
4. Quais as dificuldades que você considera importantes na efetivação dos direitos?

ELEMENTOS CHAVE

1. Como você vê a questão do direito dos idosos elencados na legislação?
2. Os direitos dos idosos são discutidos nos encontros dos grupos da terceira idade?
3. Como você percebe o atendimento a esses direitos na Atenção Básica de Saúde?

APÊNDICE B

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA

1. Observação de como se dá o acolhimento ao idoso nos serviços de saúde.
2. Observação da preferência nas filas, se os idosos são atendidos prioritariamente.
3. Observar se os idosos recebem os medicamentos gratuitamente.

APÊNDICE C

TÓPICOS PARA DISCUSSÃO GRUPAL

1. Conhecimento em relação aos direitos do idoso relacionados à saúde.
2. Aplicação desses direitos na Atenção Básica de Saúde.
3. Dificuldades encontradas pelos idosos no atendimento à saúde.
4. Propostas para qualificar o atendimento ao idoso na Atenção Básica de Saúde.

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre DIREITOS DO IDOSO: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A APLICABILIDADE DOS DIREITOS DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO SUL-RS

Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos desta pesquisa são pesquisar acerca das garantias constitucionais inerentes à saúde e aos idosos; descrever as características das ações preconizadas como de atenção ao idoso nas três esferas de governo; descobrir com base na opinião dos idosos qual o impacto da lei no seu direito à saúde; identificar o conhecimento dos familiares em relação aos direitos dos idosos; verificar junto aos profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica qual o conhecimento que têm acerca dos direitos dos idosos; elucidar os direitos à saúde previstos na lei 10.741, de 03 de outubro de 2003; fomentar subsídios para implementação de políticas públicas direcionadas a este grupo etário; conhecer quais as políticas públicas desenvolvidas pelo município no que tange ao direito à saúde; descrever o papel do Conselho Municipal de Saúde na efetivação das políticas públicas.

Sua participação nesta pesquisa será feita através de uma entrevista, com duração aproximadamente de uma hora e trinta minutos, a ser realizada em local e data a combinar, e um encontro de grupo a ser agendado posteriormente, a ser realizado na sala de encontros da terceira idade após a assinatura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma ficando com o participante do estudo e outra com os pesquisadores.

As suas respostas serão registradas no roteiro da entrevista. O senhor (a) participará de uma entrevista individual tendo como roteiro cinco perguntas sobre os direitos do idoso na Atenção Básica de Saúde. Será assegurada sua privacidade quanto às possíveis informações confidenciais, bem como o sigilo e o anonimato.

O consentimento é livre e sua participação nessa pesquisa é voluntária, o que lhe assegura o direito de participar ou não, além de retirar seu consentimento em qualquer fase da mesma.

Os relatos verbalizados serão respeitados, mantidos inalterados quanto ao conteúdo, e as informações serão registradas em anotações em folha própria do roteiro da entrevista. Os resultados poderão ser publicados e demonstrados em eventos científicos, observando sempre o anonimato e a confiabilidade das informações.

Os resultados desta pesquisa poderão auxiliar os idosos (quanto ao atendimento na Atenção Básica de Saúde). Serão criados grupos de debates entre os idosos procurando discutir as políticas de atenção ao idoso nas três esferas de governo, visando criar estratégias para a implementação de ações para a qualificação do atendimento ao idoso, buscando atender à legislação vigente.

O senhor (a) terá a garantia de receber esclarecimento a qualquer pergunta ou dúvida relacionada ao estudo e liberdade de acesso aos dados em qualquer etapa.

Para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo, ou se penso que fui prejudicado (a) pela minha participação, posso chamar Rosane Lorenzetti (54) 33491143 e/ou (54) 96289147 e a professora Janaína Rigo Santin pelos telefones (54) 99785315 e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (UPF), (54) 3316 8370.

Assim sendo, esperamos contar com vossa preciosa colaboração, que certamente irá enriquecer esse trabalho, ficando claro também que não haverá custos financeiros para ambas as partes. Os dados não serão divulgados de modo que permitam a sua identificação. As falas serão enumeradas em ordem crescente, conforme cada entrevista for sendo realizada. Na entrevista somente iremos inserir as iniciais do nome de cada participante. Você receberá uma cópia deste termo, onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento. As informações obtidas com esta pesquisa serão confidenciais e será mantido sigilo sobre sua participação.

Dessa forma, agradecemos sua colaboração e solicitamos sua autorização.

Rosane Lorenzetti

Endereço Rosane: Rua Marcelino Damo, 57, Centro, São Domingos do Sul, RS CEP 99270000, Fone_(54)3349-1043 e/ou 96286147.

Endereço Prof. Janaína: Rua _____. Passo Fundo - RS - CEP _____, (54) _____ e/ou (54) _____.

Nome do (a) participante:

Assinatura:

Documento identificação _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE E

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Prezado Prefeito Municipal
Senhor Edilio Capoani
São Domingos do sul – RS

Pelo presente, solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “DIREITOS DO IDOSO: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A APLICABILIDADE DOS DIREITOS DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO SUL-RS”, de autoria de Rosane Lorenzetti, tendo como orientadora Janaína Rigo Santin e coorientadora Marilene Portella. O estudo tem como objetivos pesquisar acerca das garantias constitucionais inerentes à saúde e aos idosos; descrever as características das ações preconizadas como de atenção ao idoso nas três esferas de governo; descobrir com base na opinião dos idosos qual o impacto da lei no seu direito à saúde; identificar o conhecimento dos familiares em relação aos direitos dos idosos; verificar junto aos profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica qual o conhecimento que tem acerca dos direitos dos idosos; Elucidar os direitos à saúde previstos na lei 10.741 de 03 de outubro de 2003; fomentar subsídios para implementação de políticas públicas direcionadas a este grupo etário; conhecer quais as políticas públicas desenvolvidas pelo município no que tange ao direito à saúde e descrever o papel do Conselho Municipal de Saúde na efetivação das políticas públicas.

Para alcançar os objetivos propostos solicitamos a permissão para realizar a pesquisa com idosos, seus familiares, profissionais de saúde, coordenador do grupo da terceira idade, bem como pesquisa em documentos oficiais da instituição. Requeremos a autorização para fazer a primeira abordagem do idoso, momento em que será explicado o objetivo do estudo. A abordagem acontecerá em um momento que não alterará a rotina do dos participantes.

As entrevistas dos que aceitarem participar do estudo serão realizadas em local e data da preferência dos participantes e após o agendamento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sendo o que tínhamos,
Cordialmente,

Rosane Lorenzetti