

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

A PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE SEUS DIREITOS À SAÚDE

JANAÍNA RESENDE MENDES MARQUES DE FRANÇA

SANTOS

2015

Universidade Católica de Santos
Mestrado em Saúde Coletiva

A PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE SEUS DIREITOS À SAÚDE

JANAÍNA RESENDE MENDES MARQUES DE FRANÇA

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora: Dra. Denise Martin

SANTOS

2015

**Universidade Católica de Santos
Mestrado em Saúde Coletiva**

A PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE SEUS DIREITOS À SAÚDE

BANCA EXAMINADORA

Profa.: Dra. Denise Martin

Profa. Dra. Eunice Nakamura

Prof. Dr. Guilherme Arantes

SANTOS

2015

“ Ao meu querido pai Alberto Alexandre da Silva Mendes, o qual partiu tão precocemente de nós, sua família, não podendo partilhar da alegria da minha caminhada para a conclusão do Mestrado. A você que tão simplesmente viveu a vida, do seu jeito largado, mas era assim que você era feliz, dedico esta pesquisa.”

AGRADECIMENTOS

A Deus que é o meu criador, que me gerou, que me escolheu, que me deu o sopro da vida.

Aos meus filhos, Anna Laura, ainda no ventre e Emmanuel, meu presente mais perfeito. Criatura divina que me transformou, me fazendo entender o que é amar e ser feliz.

A minha avó Lourdes, que sempre foi meu amparo, ajudando em todos os momentos. Sem você eu jamais poderia ter chegado até aqui.

Ao meu pai Alexandre, que na eternidade está sorrindo e feliz. O Senhor está no melhor lugar: Vida eterna!

A minha mãe que me carregou no ventre e me deu a vida.

Ao meu esposo Klebert que me incentivou e patrocinou todo meu mestrado. Realmente você foi essencial para que esse momento acontecesse.

A minha família que sempre esteve ao meu lado durante toda essa trajetória.

A todos que eu amo, que perto ou longe, não sei bem, mas que sempre fizeram parte da minha vida.

A minha orientadora Prof. Dra. Denise Martin, que com toda sua sabedoria me guiou pelo caminho correto, sempre me ensinando e apoiando nas minhas decisões. A você que me fez trilhar por novos caminhos e descobrir o quanto é bom ser pesquisadora. Obrigada por toda disponibilidade e por toda a dedicação.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva da Unisantos, especiais em suas disciplinas, sobretudo a Prof.^a Lourdes Conceição que sempre nos acolheu em nossas idas e vindas para Santos.

A Universidade Católica de Santos- Unisantos e a Associação Médica da Paraíba, por todo incentivo.

A todos os colegas da turma de Mestrado em Saúde Coletiva da UNISANTOS, turma 2013, com quem dividi momentos maravilhosos de aprendizado e de lazer. Vocês foram muito especiais. Sobretudo as minhas amigas de quarto, Ana Lúcia, Jackeline e Marta.

A todos os meus amigos de trabalho, que de alguma forma cooperaram durante minha pesquisa.

A todos os idosos, que são minha inspiração de sempre estudar e pesquisar.

Obrigada!

LISTA DE ANEXOS

Anexo A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	96
Anexo B- Roteiro de Observação.....	98
Anexo C- Roteiro de entrevista.....	99
Anexo D- Imagens do campo de pesquisa.....	100

RESUMO

FRANÇA, Janaína Resende Mendes Marques de. A Percepção de idosos sobre seus direitos à saúde. 2015. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) UNISANTOS.

Atualmente a população de mais de sessenta anos no Brasil ultrapassa vinte milhões de habitantes, colocando o país numa posição entre os de maior número de idosos em nível mundial. Com o crescimento da população idosa nas últimas décadas, o Estado tem se preocupado com a criação de programas e de políticas públicas para atender às necessidades dessa população. O objetivo do estudo é estudar a percepção sobre os direitos da pessoa idosa à saúde, assegurados pelas políticas públicas brasileiras entre idosos usuários do Programa de Saúde na Família. Utilizou-se o método qualitativo em saúde, baseada no método etnográfico, realizada com 15 idosos de ambos os sexos, cadastrados na Unidade Básica de Saúde, Portal II, Município de Sapé-PB. Os dados foram coletados por entrevistas gravadas, orientadas por roteiro semiestruturado. A maioria dos idosos entrevistados refere que sabe sobre os direitos à saúde. Todavia, a compreensão dos participantes da pesquisa sobre seus direitos à saúde está relacionada ao fato de serem bem atendidos no hospital, de terem consultas médicas, de realizarem exames, de receberem tratamento médico e de não faltarem os remédios. Observou-se que alguns idosos acreditam que o que recebem é ajuda ou caridade dos poderes públicos e com isso deixam de conhecer sobre seus direitos relacionados à saúde, bem como à vida, a alimentação, ao lazer, à liberdade, à cultura, enfim, se privando de ter as necessidades físicas, sociais, econômicas e

políticas atendidas. Os direitos adquiridos pelas políticas voltadas para os idosos não são necessariamente reconhecidos como tais, revelando a fragilidade do conceito de cidadania na experiência cotidiana dos participantes com os serviços de saúde. É importante compreender a interface entre as políticas públicas de atenção ao idoso e suas necessidades cotidianas.

Palavras-chaves: Idoso- Direitos- Saúde – Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

FRANÇA, Janaína Resende Mendes Marques de. The perception of old people about their rights to health. 2015. 103 f. Dissertation (Master's degree in collective health).

Today the population over sixty years old in Brazil is over twenty millions inhabitants, placing the country in a position among those of the highest number of old people in a world level. With the growth of the old people during the past decades, the country has been concerned with the creation of programs and public policies to assure the needs of this population. The objective of this work is to study the perception about the rights of the aged person to health, users of the Family health program. The qualitative method in health has been used, based on the ethnographic method, which has been used with fifteen aged people of both sexes, registered in the basic unit of health, Portal II, Sapé town-PB. The data have been collected through recorded interviews, guided by semistructured route. Most of the interviewed old people say that they know about the rights to health. However, the comprehension of the participants of the research about their rights to health is related to the fact that they are well treated in the hospital, of having medical appointments, of having exams, and receiving medical treatment and receiving medicine promptly. It has been observed that some old people believe that what they receive help or charity of the government prohibit them of knowing about their rights related to health, as well as to life, feeding, leisure time, to freedom, to culture, in short, preventing them of having physical needs, as well as social, economic and political rights. The acquired rights

by politicians to old people are not necessarily recognized as such, revealing the fragility of the concept of citizenship in the everyday experience of the participants as far as the health services are concerned. It's important to understand the interface between the public politics of care to old people and their everyday needs.

Key- words: Old people- Rights- Health- Qualitative research.

SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS.....	7
RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	10
INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1- CONSIDERAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS E DEMOGRÁFICAS SOBRE A POPULAÇÃO IDOSA E A RELAÇÃO COM A SAÚDE COLETIVA.....	16
1.1 Abordagem sobre a população idosa no contexto mundial e nacional.....	17
1.2 O envelhecimento e a saúde pública.....	21
CAPÍTULO 2- ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE O ENVELHECIMENTO.....	28
2.1 Abordagens biológicas sobre o envelhecimento e a articulação com o contexto sociocultural.....	29
2.2 O idoso na sociedade atual: uma nova identidade.....	34
CAPÍTULO 3: OS DIREITOS À SAÚDE DO IDOSO.....	41
3.1 Os Direitos do idoso: Constituição Brasileira.....	43
3.2 Políticas de Saúde	45
CAPÍTULO 4- PERCURSO METODOLÓGICO.....	54
4.1. Objetivos e Tipo de estudo.....	54
4.2. Local e Participantes da Pesquisa.....	55

CAPITULO 5- DISCUSSÃO.....	60
5.1 Em busca de assistência à saúde: relatos de experiências.....	61
5.2 Os Direitos dos Idosos	67
5.3 Os Direitos à Saúde	74
CONCLUSÃO.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS.....	96

INTRODUÇÃO

A minha experiência profissional com a população idosa começou com minha primeira graduação em Fonoaudiologia e continuou com minha formação como especialista na área da Gerontologia desde 2005 e sempre me estimularam a tentar entender a complexidade do envelhecimento.

Com a minha segunda graduação, em Enfermagem, trabalhando na saúde pública, mais especificamente na atenção básica de saúde, no Programa de Saúde da Família, pude vivenciar o dia a dia dessa população que tem sua vida prolongada em anos e observar como parte dela torna-se cada vez mais participativa e com mais autonomia.

O trabalho na atenção básica de saúde além de várias atribuições, também realiza atividades de promoção, de prevenção em saúde, com foco na educação em saúde. Neste contexto, pude observar durante três anos e onze meses como enfermeira do Programa de Saúde na Família, como as pessoas, principalmente os idosos, apresentavam necessidade de mais grupos de discussões, debates e de estudos.

No dia-a-dia do trabalho na Unidade de Saúde, pude observar situações, como por exemplo, a de um idoso comprar uma medicação que teria direito de receber gratuitamente, de não procurar um atendimento em nível de alta complexidade como exames e atendimentos hospitalares, e ou especializado, estando ele, o idoso, necessitando de atendimentos com mais recursos tecnológicos, que não são oferecidos na rede básica de saúde, mas pagar por consultas e exames os quais teria direito de receber sem nenhum custo.

De acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988, a Saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, e reconhece que independente de raça, do gênero, da faixa etária, da situação econômica, e da cultura, todos têm igual direito com relação ao acesso à saúde, e diante da minha experiência profissional, senti a necessidade de conhecer como os idosos que frequentam a unidade básica de saúde na qual trabalho, percebem seus direitos à saúde.

De acordo com Lima (2011), a conquista da longevidade originou consequências para a sociedade e governos, inclusive na família, lugar considerado responsável pelo cuidado de seus membros dependentes, como as crianças, os idosos e os portadores de necessidades especiais.

Atualmente, o número de pessoas com mais de sessenta anos em nosso país, já passa dos vinte milhões, o que coloca o Brasil entre os países de maior número de idosos em nível mundial (KUCHEMANN, 2012).

Segundo o autor é importante que os profissionais se voltem para a população de idosos, promovendo o estudo científico do envelhecimento, estimulando a troca de experiência entre pesquisadores e profissionais, permitindo que mais estudos e pesquisas sejam realizados.

Conhecer a opinião e o que os idosos percebem sobre os direitos a eles garantidos, principalmente em relação à saúde, é essencial para que ações de saúde em relação ao envelhecimento sejam bem mais direcionadas e ampliadas para essa população, permitindo a discussão e planejamento de políticas públicas que garantam o acesso e a qualidade nos serviços de atenção à saúde do idoso.

CAPÍTULO 1- CONSIDERAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS E DEMOGRÁFICAS SOBRE A POPULAÇÃO IDOSA E A RELAÇÃO COM A SAÚDE COLETIVA

“ A doença e as preocupações para com a saúde são universais na vida humana, presentes em todas as sociedades” (Langdon, 2010, p.4).

Atualmente o aumento no número de pessoas com sessenta anos ou mais tem sido relevante. Esse crescimento não tem sido observado apenas em nosso país, mas no mundo inteiro.

De acordo com Lima (2010), o envelhecimento da população ocorre em nível mundial e também nacional. Segundo a autora, no Brasil as modificações são observadas de forma acelerada, devido à redução da taxa de fecundidade, bem como na melhoria dos avanços tecnológicos que contribuem para redução da mortalidade e no prolongamento dos anos de vida da população em geral.

Os indicadores de saúde mostram que ocorreram melhorias na saúde da população ao longo dos anos. Essas melhorias contribuíram para as modificações na estrutura demográfica atual.

Segundo Lima (2010), o Brasil pode ser considerado um país vivendo sua juventude, porém repleto de cabelos brancos, pois a cada ano, milhares de novos idosos são inseridos à população do Brasil.

1.1 Abordagem sobre a população idosa no contexto mundial e nacional

Segundo o periódico *The Lancet*, as populações dos países desenvolvidos estão envelhecendo rapidamente (TAMIYA, 2011).

Alguns autores reforçam essa afirmação e mostram que atualmente esse crescimento tem sido acelerado nos países que estão em desenvolvimento.

Veras (2003) foi um dos autores que há mais de dez anos afirmava que o envelhecimento populacional já era um dos maiores desafios da saúde pública. onde o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acelerada.

De acordo com Tonelli e Riella (2014),

A proporção de idosos na população em geral está a aumentar progressivamente em todo o mundo, com o mais rápido crescimento em países de baixa renda e de renda média. Esta alteração demográfica está a ser comemorado, pois é o resultado do desenvolvimento sócio-econômico e melhoria da expectativa de vida. No entanto, o envelhecimento da população também tem implicações importantes para a sociedade em diversas áreas, incluindo os sistemas de saúde, mercados de trabalho, políticas públicas, programas sociais e da dinâmica familiar (TONELLI; RIELLA, 2014, *The Lance*)

Lima (2010) e Barbieri (2013) afirmam que essas projeções apontam que em 2025 o número de idosos na população mundial será cerca de 1,2 bilhões de pessoas e no Brasil em 2020, poderemos ser considerados o sexto país do mundo em número de pessoas idosas, com uma população que chegará a vinte e nove milhões de pessoas.

Primeiramente nos países desenvolvidos e posteriormente nos países em desenvolvimento, a queda das taxas de mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias levou ao aumento da expectativa de vida. Isso se deu em decorrência das melhorias nas condições sanitárias, que foram incentivadas pela urbanização

das cidades e seu desenvolvimento, como também pelos avanços da medicina e a utilização de novas tecnologias que contribuíram para o controle da natalidade. (THOMAZ, C. F. E.; PAPALÉO, NETTO, 2005.)

Todavia, a questão do envelhecimento pode ser vista de forma diferente dependendo do contexto sócio econômico do país. Por exemplo, o indivíduo idoso é visto de modo diferenciado nos países que estão em desenvolvimento e nos países já desenvolvidos.

Estudos como o de Santos (2008) e nos mais recentes como Felix (2012) apontam para diferentes visões do idoso, dependendo do nível socioeconômico dos países, como exemplo do Brasil, onde o limite é de 60 anos e outros países onde é 65 anos para a pessoa ser considerada idosa.

Pontarolo e Oliveira (2008), afirmam que segundo dados da ONU, a chamada Terceira Idade se inicia aos 60 anos nos países subdesenvolvidos e aos 65 anos nos países desenvolvidos.

Os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgados em atualização recente (2015), mostram que em decorrência da elaboração de políticas públicas, o limite mínimo para considerar uma pessoa idosa pode mudar conforme as condições de cada país, e que independente do limite mínimo seguido é necessário entender que a idade cronológica não é um definidor das alterações que surgem com o envelhecimento, mas que podem surgir mudanças relacionadas com as condições de saúde, com o nível de participação na sociedade e com o grau de independência dos idosos em suas várias situações.

Assim, segundo Bacelar (2002, p.29):

Velhice não comporta um só conceito, porque não há equivalência sobre as características de uma pessoa em determinada idade, isto é, a idade cronológica pode não ser idêntica à biológica e social do indivíduo. O conceito cronológico seria determinado a partir os 65 anos nos países desenvolvidos, e dos 60 anos nos países em desenvolvimento.

Com este novo cenário em que o número da população idosa vem aumentando mundialmente, nas últimas décadas vemos que no Brasil, essa realidade já é bem marcante.

Estudos recentes de Minayo (2013), apontam:

Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD/2012), o Brasil já conta hoje com 24.800.000 de homens e mulheres idosos, o grupo que mais cresce dentre todas as faixas etárias. Esse aumento vertiginoso se deve à combinação de vários fatores: queda da fecundidade, redução da mortalidade infantil, universalização dos cuidados com a saúde, novas tecnologias médicas, melhorias na educação, na renda e nas condições de vida – apesar do imenso fosso de desigualdades e de mazelas sociais e ambientais que o país carrega quase como uma fatalidade. (p.1).

O processo de envelhecimento no Brasil foi considerado “tardio” por causa das condições de saúde, do acesso aos cuidados, dos avanços da medicina e da utilização de novas tecnologias que eram difíceis (BARRETO,2007).

De acordo com a autor, o que hoje se observa é que o aumento do número de idosos no Brasil é consequência das quedas nas taxas de fecundidade das mulheres e da diminuição da mortalidade precoce da população conquistadas pelas melhorias nas assistência médica.

Desta forma, observa-se que o Brasil também tem passado por mudanças em sua população:

No século XX, o Brasil experimentou intensas transformações na sua estrutura populacional e no padrão de morbimortalidade. A partir da segunda metade do século, a constante queda da taxa de natalidade, mais acentuada que a verificada nas taxas de mortalidade, tem provocado diminuição acentuada nas taxas de crescimento populacional. Paralelamente, tem-se verificado um aumento da expectativa de vida ao nascer, que passa de 45,9 anos em 1950 para 68,1 anos em 2004, refletindo o processo de envelhecimento da população, com aumentos contínuos e significativos das populações de idosos. (BARRETO; CARMO,2007, p.2).

A queda da taxa de natalidade como muitos autores vêm reforçando, altera a faixa etária de qualquer população como é o caso da população brasileira, o que demonstra esse período de transição epidemiológica, conceituada como transformações num longo espaço de tempo, dos padrões de morbidade, de invalidez e de morte que diferenciam uma população, e que geralmente ocorrem conjuntamente com outras mudanças demográficas, sociais e também econômicas. (KILSZTAJN, 2003).

Assim afirma Piola (2009) ao comentar que a medida que uma proporção maior da população é capaz de sobreviver ao impacto das doenças transmissíveis, como decorrência do processo de desenvolvimento socioeconômico e do aumento da efetividade das ações de saúde pública, cresce de importância a mortalidade e morbidade por doenças crônico-degenerativas.

Esse novo panorama em nossa população exige conseqüentemente novas medidas e estratégias para atender os idosos e exige uma vida com qualidade e não apenas em relação a preocupação com a saúde, mas com o lazer, a moradia, o transporte, a alimentação.

Veras (2007) afirma que:

A nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças e inovação nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa e reclama estruturas criativas, com propostas de ações diferenciadas afim de que o sistema ganhe efetividade e o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência. Sabe-se que esse viver mais é importante na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Autonomia, participação, cuidado, auto-satisfação, possibilidade de atuar em vários contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida na idade avançada são, hoje, conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos.(p.2).

Como exposto, a longevidade é uma realidade presente. Com o avanço da medicina e das melhorias na qualidade da assistência, embora ainda longe do ideal, a tendência é que esse quantitativo se eleve.

Isso indica a importância da sociedade se preocupar com as questões do envelhecimento favorecendo a criação de propostas para proporcionar melhorias nas condições de saúde.

1.2O envelhecimento e a saúde pública

Com o crescimento da população idosa, temos observado nessas últimas décadas, especialmente a partir da década de 80 que têm começado a surgir programas de políticas públicas para atender às necessidades dessa população.

Lourenço (2010) afirma que já se pode observar que a sociedade tem respondido a essas demandas de saúde e qualidade de vida da população de idosos com a criação de políticas públicas, como também através da elaboração de leis e estatutos direcionados a essa população.

De acordo com Debert (2004):

No Brasil, os programas sociais voltados para a terceira idade encorajam a procura da auto expressão e a exploração de identidades de um modo que era exclusivo da juventude, abrindo espaços para que uma experiência inovadora possa ser vivida coletivamente e indicam que a sociedade brasileira é hoje mais sensível aos problemas do envelhecimento. (p.15).

Embora essa preocupação do Estado esteja mais atuante, muito ainda precisa ser pensado e investido nas políticas públicas para o idoso no sentido de elaborar estratégias que atendam as reais necessidades desse público.

Debert (2004) afirma que mesmo com a criação desses programas, a precariedade de mecanismos existentes para lidar com o avanço da velhice é proporcional ao sucesso dessas iniciativas.

Segundo Barreto (2007), para se tratar as chamadas doenças da modernidade, o sistema de saúde precisa de maiores recursos financeiros para se investir em serviços tecnológicos, fato esse que Kilsztajn (2003), há mais de dez anos já apontava uma projeção do crescimento da demanda por serviços e do gasto com saúde para 2050.

Desta forma, o envelhecimento da população deve ser encarado como sinal de grandes mudanças no Brasil e no mundo devendo servir de suporte para planejar

e adaptar à demanda de serviços de saúde, permitindo assim que os idosos tenham acesso a saúde de qualidade, o que é garantido a todo cidadão brasileiro pela sua Constituição.

Como mostra Ciosak (2011):

Considerando que a possibilidade de organização dos sistemas de saúde está vinculada a fatores de ordem política, administrativa e gerencial, socioeconômica e cultural, entre outros, a implantação e a consolidação do SUS têm encontrado dificuldades em como os sistemas e as práticas de saúde se organizam, no nível local, para o atendimento às necessidades de saúde da população, dificultando a afirmação de seus princípios básicos, como universalidade do acesso, equidade, integralidade, resolubilidade, descentralização e controle social, que se agrava quando se trata da população idosa^(p.3).

Segundo Minayo (2002) é “ *imprescindível encarar a velhice como uma questão pública e não tratar o envelhecimento populacional como um problema social no nosso país*”. De acordo com autora, o que se percebe é que com o acelerado crescimento da população de idosos surgem também amplos desafios, como por exemplo, o de garantir sobrevivência digna buscando soluções adequadas para a inclusão do envelhecimento da população idosa na elaboração de novas políticas públicas em nosso país.

Assim sendo, as propostas de políticas públicas a serem elaboradas devem se direcionar a um olhar mais amplo, de modo integral.

Segundo Minayo (2002) é tão importante se pensar em políticas de saúde que sejam eficientes para atender as necessidades da pessoa idosa, com isso é fundamental que se compreenda que o fato de se envelhecer é vivenciado de maneira individual de pessoa para pessoa.

No âmbito da saúde, Minayo (2002) afirma que o envelhecimento da população é um acontecimento que gera novas demandas para os serviços de saúde e aumentos nos custos dos programas.

A sociedade no geral se defronta com duas faces contrárias. De um lado os avanços tecnológicos que trouxeram o aumento na expectativa de vida e de outro a necessidade de adequação na elaboração de ações voltadas ao idoso, que os permita usufruir os anos conquistados com qualidade.

A respeito das projeções sobre a cobertura médica e assistencial do idoso, Debert (1999, p.80) afirma que “são apresentadas como um problema nacional, indicador da inviabilidade de um sistema que em futuro próximo não poderá arcar com os gastos de atendimento.”

Há dezesseis anos a autora afirmava que “os formuladores de políticas parecem fazer ouvidos mocos aos desafios do envelhecimento populacional” (DEBERT, 1999, p.4).

Com a longevidade, os serviços de saúde serão conseqüentemente mais necessários, devido ao surgimento das doenças crônicas. O idoso necessita de um sistema de saúde que supra todas as exigências para garantir um envelhecimento saudável.

Esse envelhecimento populacional tem se apresentado como problema na medida em que repercute em preocupações para o sistema de saúde, tendo em vista o custo social da população idosa que é calculado em três vezes mais que os gastos com a população em geral (MINAYO, 2002).

Segundo Cotrim (2002),

As políticas públicas destinadas a esta parcela da população implantadas nas últimas décadas têm ficado aquém das necessidades. No entanto, dia a dia este contingente populacional tem se organizado e procurado alternativas para a solução de seus problemas, chamando a atenção da sociedade civil e da elite política do país[...] uma crescente parcela dos idosos não está disposta a abrir mão de seus direitos. São estes novos atores sociais que se levantam contra as injustiças, os maus tratos, os baixos benefícios pagos pela previdência social, a falta de opções de lazer e educação. (p. 2).

No âmbito das políticas públicas, as questões a respeito dos idosos começaram a ser debatidas com maior destaque a partir dos anos setenta, quando o aumento populacional desta faixa etária passou a representar um crescimento mais significativo. Entretanto, essas questões relativas ao idoso apareciam pouco no campo político, sendo vista mais como questão assistencialista e da previdência social (FERNANDES, 2012).

Para Costa & Veras (2007), não existem garantias de recursos para atender a esta demanda em crescimento, pois a população idosa necessita de mais serviços de saúde, principalmente os públicos.

Por esta razão é importante que se reconheça a participação dos idosos nesse contexto, conhecendo suas necessidades e a sua percepção acerca dos programas de saúde criados para melhor atendê-los.

Quanto à demanda por serviços de saúde, Veras (2003) afirma:

Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde. Aliás, este é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as

doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos. (p.1).

Com a longevidade são necessários investimentos na saúde do idoso, pois houve uma grande mudança na demanda por serviços de saúde para esta população.

Assim, as políticas públicas são instrumentos governamentais de ação e baseados num estado por políticas, se definem com a obrigação de implementação de direitos fundamentais (BUCCI, 2002).

Segundo Freire (2005), ao se pensar em políticas públicas, o caráter assistencial e de caridade começa a desaparecer e os benefícios começam a serem percebidos como direitos da cidadania. Embora estes direitos ainda fossem considerados como dádivas advindas de um Estado bom.

Embora se perceba interesse por parte do Estado na elaboração de políticas públicas para os idosos, o direito conquistado ao longo dessas décadas pela população, segundo nossa Constituição, é dever do Estado.

Segundo a Confederação Brasileira dos Aposentados, Pensionistas e Idosos-Cobap (2007), as políticas públicas têm sua importância, mas não podem ser consideradas como uma solidariedade ou dádivas de um estado bom em prol do bem-estar de toda população, por meio de um discurso caridoso e evasivo. Estas políticas não podem ser estruturadas apenas como meios de promoção política e discurso eleitoral, mas sim devem ser formuladas e implementadas segundo as necessidades da população.

Não compete dizer que as políticas públicas são boas ou ruins, mas é necessário apontar limitações e que estas irão se concretizar garantindo direitos para toda população a partir do momento em que existam movimentos sociais em favor da garantia da cidadania, além de melhores condições de vida e sobrevivência (COBAP, 2007).

De acordo com a COBAP (2007, p. 8.): “A cidadania se constrói com a universalidade de direitos. Direito ao trabalho, direito à saúde, direito à assistência social, direito à educação, direito à aposentadoria e à pensão”.

Segundo o Ministério da Saúde (2010):

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa (p.12).

Desta forma, as políticas públicas precisam ser pensadas no contexto do panorama populacional que o Brasil e o mundo estão vivendo com a longevidade.

Assim, as projeções do aumento da população idosa poderão ser entendidas como uma sinalização das mudanças que estão em andamento no Brasil e no mundo, servindo de suporte para o planejamento e para uma melhor adaptação da oferta à demanda por serviços de saúde no país.

CAPÍTULO 2- ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS,2003, p.700-701).

É natural do ser humano querer viver mais. Embora saibamos que cada indivíduo passará pelas etapas essenciais do desenvolvimento: nascer, crescer e morrer.

Estudos mostram que o envelhecimento não é mais percebido de uma forma onde a pessoa idosa age passivamente, mas com autonomia, tendo a capacidade de determinar e executar suas próprias escolhas e vontades, nem ser visto apenas por uma face, mas o envelhecimento deve ser encarado tanto pelo processo biológico como pelo lado social (UCHOA; FIRMO; LIMA-COSTA, 2002).

Segundo Assis (2009), o envelhecimento populacional não se processa de maneira homogênea, nem se olhando unicamente pelo ângulo da idade cronológica, nem física e nem pelo emocional, pois essas influencias são feitas numa realidade simbólica que é constituída de significados e por relações sociais.

Segundo a autora, ao se compreender os aspectos biológicos, sociais, culturais e econômicos da população que envelhece, nota-se o quanto esses aspectos influenciam a maneira como os idosos percebem a saúde e a doença, bem como os seus direitos sobre o acesso à assistência à saúde.

Diante do exposto, percebe-se a importância de conhecer o processo biológico do envelhecimento, bem como o contexto sócio cultural que influenciam a maneira de cada pessoa lidar com a longevidade.

2.1 Abordagens biológicas sobre o envelhecimento e a articulação com o contexto sociocultural

Com o passar dos anos, o corpo humano sofrerá as perdas fisiológicas decorrente dos desgastes naturais do organismo.

Porém essas perdas não são iguais para todos, e cada modo de vida e a sociedade em que está inserido o indivíduo, determinará o modo de encarar o envelhecimento.

Segundo os autores Uchoa, Firmo, Lima-Costa (2002), o processo biológico do envelhecimento é cercado de determinantes sociais que lhe imprimem características decisivas, peculiares a cada sociedade, a cada momento histórico da mesma sociedade, a cada classe, grupo étnico e de parentesco.

O desgaste físico e orgânico resultante do envelhecimento biológico condiciona também os status ocupados e os papéis desempenhados pelas pessoas, qualificando-as ou desqualificando-as para o seu exercício, ou ainda interferindo diretamente nas suas condições de autonomia e independência (JORDÃO, 2004).

Esse envelhecimento biológico pode não acompanhar o ritmo de vida do idoso, que mesmo com as limitações referente as perdas naturais, se mantém ativo e independente em suas atividades de vida diária.

Há cerca de uma década, Minayo (2002) afirmava que o envelhecimento não se processa apenas cronologicamente, nem fisicamente e nem também emocionalmente, devido existirem partes do corpo, órgãos e funções que se mantêm muito mais jovens, conservados e sadios do que outros, assim como na área relacionada aos sentimentos e às representações.

Segundo Rebouças(2013):

No plano biológico, as formas de manter o corpo saudável são sobejamente conhecidas, assim como os cuidados necessários para prevenir, controlar ou mesmo monitorar grande parte das doenças. Conhecidos também são os fatores sociais que interagem em diferentes situações, resultando em múltiplas formas de conduzir a saúde, dificultando precisar o papel desta rede multidimensional de interações no processo saúde-doença responsável por número cada vez maior de pessoas vivendo mais na atualidade(p.3).

Nesse contexto, percebe-se que os fatores biológicos não interferem no modo de vida do idoso, pois as perdas naturais da idade não classificam o estado de saúde da pessoa idosa, que muitas vezes se mostram autônomas e independentes dentro da sociedade.

A capacidade funcional do idoso surge como um novo paradigma de saúde, pois o que se denomina de envelhecimento saudável dentro de uma nova visão é resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência financeira (RAMOS, 2003).

Para o autor, o bem estar no processo do envelhecimento ou a saúde em um ver mais amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as muitas faces da capacidade

funcional do idoso, sem portanto significar a ausência de situações difíceis em todas as dimensões.

Segundo Pignatti e Barsaglini (2011),

O envelhecimento pode ser considerado um fato universal e natural – pelo ciclo biológico do ser humano e de boa parte das espécies naturais (envolvendo nascimento, crescimento e morte) - e também um fato social e histórico - pela variabilidade das formas de vivê-lo e concebê-lo. Um processo que gera problemas comuns, mas que podem ser vividos e resolvidos. (p.3).

Assim, o contexto social, econômico e histórico são importantes para pensar o processo de envelhecimento. Respeitar os valores, as crenças, a memória de cada cidadão, permite que cada um possa exercer sua cidadania de maneira digna e justa.

Salgado (1980) afirma que a vida humana se constitui numa série de acontecimentos inter-relacionados e que, mesmo quando isolados sofrem a influência de todo um contexto socioambiental no qual se insere o indivíduo.

Leite (2013) afirma que estudando apenas o lado biológico do envelhecimento deixa-se de relativizar a velhice:

Pois, ao questionarmos sobre o seu significado é fundamental evidenciar o contexto sociocultural e sua heterogeneidade, isto é, entende-la tomando-se por base como as pessoas pensam e vivem a velhice em diferentes contextos e situações (LEITE, 2013, p.12-13).

Langdon e Wiik (2010) afirmam que cada grupo interage com um ambiente físico específico, e que a cultura desse determinado grupo é que define como sobreviver nesse ambiente. Isso se deve segundo a pesquisadora, ao caráter criativo e transformador que é inerente às culturas humanas sobre o meio físico,

podendo encontrar dentro de um mesmo tipo de ambiente, várias soluções particulares que respondem pela sobrevivência dos indivíduos.

De acordo com Langdon e Wiik (2010), o ser humano tem toda a estrutura de fazer parte de qualquer sociedade e cultura, e de instruir-se de qualquer língua, aprendendo o idioma e também condições de exercer qualquer rotina de trabalho ou qualquer tarefa.

Segundo os autores, é fácil notar que é a cultura de cada povo, de cada sociedade, onde ele está inserido desde o nascimento, e onde ele se desenvolve, que determina o idioma que falará, quais as atividades que deverá exercer, qual será a sua mobilidade social e a posição que exercerá na sociedade onde vive.

Sendo esses responsáveis pela transformação dos indivíduos em pessoas, membros de determinado grupo que mutuamente se reconhecem, a Langdon (2010) argumenta sobre a responsabilidade da socialização dos indivíduos, afirmando que:

De indivíduos transformados em pessoas, aprendem e replicam princípios que orientam padrões ideais acerca dos tipos valorados e qualificados de ação, de como se comportar, vestir, comer e de técnicas sobre como diagnosticar e tratar as enfermidades. Além do mais, a socialização dos indivíduos é responsável pela transmissão dos sentidos acerca do *porquê fazer*(LANGDON, 2010, p.4).

O que se percebe é que cultura é um fenômeno complexo que fornece um olhar apurado de mundo para as pessoas que a compartilham, orientando, assim, os seus conhecimentos, as suas práticas, os seus comportamentos e suas atitudes, bem como fornece uma ampliação nos conceitos e nas abordagens a respeito da questão da saúde e da doença.

Não se pode compreender a situação de saúde do indivíduo ou de uma comunidade sem levar em consideração que ela é fruto de uma relação com o meio físico, social e cultural (ASSIS, 2009).

Segundo a autora, o comportamento da pessoa humana, uma das variáveis de grande influência em saúde é dependente da percepção que o indivíduo tem de si próprio e do mundo que o envolve. Essa percepção sofre influência da cultura, resultando em mudanças no modo como as pessoas enfrentam as situações de saúde e de doença.

Por exemplo, um estudo recente de Silva (2012), realizado em três cidades do Brasil, na qual participaram 909 adultos entre 60 a 91 anos, com o objetivo de analisar os fatores associados à percepção negativa de saúde em idosos brasileiros, mostrou em seus resultados que quase a metade dos idosos entrevistados possuíam uma Percepção Negativa da Saúde. Foi identificado nesse estudo que a percepção do estado de saúde da pessoa idosa é determinada por vários fatores, e que apesar da relação com algumas morbidades, nos resultados a variável que mais interferia na percepção negativa foi a incapacidade funcional.

Já em uma pesquisa anterior, realizada com idosos do Morro da Penha em Santos, a percepção de saúde é vista como o fato de poderem ser autônomos e independentes funcionalmente, além de ter preservada a lucidez. A doença para eles é percebida quando se torna uma ameaça alterando a rotina, impedindo os vínculos no ambiente social e com a família (ASSIS, 2009).

Diante disso, nota-se que a percepção subjetiva de saúde se configura como a interpretação pessoal que os indivíduos fazem de sua própria saúde, e é essa percepção que está ligada às experiências pessoais do idoso, dos mecanismos

que utilizam para lidar com decepções e fracassos, podendo ainda estar relacionada com as condições físicas e com o comprometimento funcional deles (SILVA, 2012).

Assim, Assis(2009) reforça que o envelhecimento deve ser percebido sobre vários ângulos, pois as experiências individuais de cada idoso no meio em que vive, com seus costumes, com sua cultura, como as condições biológicas e econômicas, podem influenciar a maneira de como o idoso enfrenta as questões de saúde e de doença.

Para Uchôa, Firmo e Lima-Costa *apud* Minayo (2002), o envelhecimento é descrito como um acontecimento universal resultando em problemas comuns, porém vividos e resolvidos de maneiras diferentes em cada cultura.

Esse conjunto de estudos nos convida a examinar os problemas específicos do envelhecimento e as estratégias adaptativas utilizadas pelos idosos em termos de uma articulação entre as capacidades do indivíduo e os recursos do meio (Uchôa, Firmo e Lima-Costa *apud* Minayo ,2002, p.27)

Compreender a velhice pela visão cultural, além de abrir espaço para novas pesquisas que redescubram seus sentimentos e valores, abre espaço onde o idoso possa ser um cidadão participativo e bem informado de seus direitos e deveres.

2.2 O idoso na sociedade atual: uma nova identidade

“Os idosos não esperam mais que lutemos por eles, mas que lutemos com eles” (HADDAD, 2001).

Temos acompanhado dentro da realidade de nossas famílias e da nossa sociedade, o crescente número de grupos da terceira idade promovendo bailes, excursões, eventos sociais, rodas de debates.

Além disso, idosos em universidades, em aulas de informática, dirigindo, morando sós, autônomos e ativos. Mas esse não é um processo homogêneo, pois depende também do contexto socioeconômico e cultural do idoso.

Segundo Debert (1999), essa nova imagem da velhice é caracterizada por mudanças culturais que vêm revendo os estereótipos negativos sobre o envelhecimento, na mesma época em que abre caminhos para que novas experiências na terceira idade possam ser vividas de maneira coletiva.

De acordo com a autora,

A tendência contemporânea é a de se contrapor à representação do envelhecimento como um processo de perdas, promovendo a sua dissolução em vários estágios que passam a ser tratados como novos começos, como oportunidades a serem aproveitadas na exploração das identidades. As experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que propiciariam aos mais velhos a oportunidade de adquirir mais conhecimentos e apostar em outros tipos de relacionamentos. (DEBERT, 1999, p.79).

Mudar a ideia de que o envelhecimento é reflexo de doença, representando-a por uma visão diferente de vida saudável, com um novo direcionamento aquém dos constrangimentos e permitindo iniciativas criadoras, consente que novos caminhos sejam construídos pelos idosos, os quais estabelecerão seus próprios interesses para a sociedade (COIMBRA JR; MINAYO, 2002).

Essa autonomia dos idosos surge de interesses pessoais e de uma busca por melhores condições na qualidade de vida.

Motta (2002) afirma que estamos chegando no reconhecimento social dos idosos pelo que eles mesmos vêm conquistando, como a exemplo da imagem social de dinamismo, pela incorporação em grupos, bem como por toda visibilidade dada e manifestada pela imprensa.

O aumento na expectativa de vida gerou aspectos novos na maneira de pensar e interagir com o significado e o modo de viver o envelhecimento, permitindo discutir essas questões nos dias atuais narrando um contexto em que as imagens e os espaços abertos para uma velhice bem sucedida não levam a uma atitude mais tolerante com os idosos, mas, a um compromisso com um envelhecimento positivo (REBOUÇAS, 2013).

As ciências sociais têm contribuído para isso, pois vêm ampliando os estudos sobre o envelhecimento, bem como a Antropologia que no âmbito da saúde tem dado grandes colaborações.

Embora a biomedicina seja um aspecto importante para compreender o processo de envelhecimento, outras abordagens se colocam de maneira relevante.

De acordo com Langdon (2003), há uma proposta de um modelo alternativo ao da Biomedicina para entender o processo de doença, “ as discussões em Antropologia consideram saúde e doença como processos psicobiológicos e socioculturais e a doença passa a ser vista como o resultado do contexto cultural”.

Debert (2004), comenta que com a Antropologia, os estudos sobre o envelhecimento, bem como as reflexões a respeito da saúde do idoso ganharam um novo discurso que representa olhar para a velhice não como um processo de perdas.

Compreende-se que o idoso se nutre do passado e que a sua trajetória é conseqüentemente a sua memória construída pelas representações de papéis

sociais. E há tempos atrás, essas identidades culturais eram mais conservadas devido à falta de contato entre culturas, mas a globalização fez com que as pessoas interagissem mais entre si e com o mundo (FREITAS; COSTA, 2012).

Segundo os autores, relatar os fatos, reativar na memória suas lembranças do passado, repassa-nos suas crenças, o valor de uma época, bem como o seu ponto de vista sobre os fatos, revela-nos um pouco da ideologia dos idosos.

A participação cada vez maior do idoso no contexto social demonstra que precisamos estar preparados para atender a esta demanda crescente, pois o envelhecimento é um processo contínuo e com essa nova imagem da velhice, o idoso passa a compartilhar nas decisões políticas e assumem novas posições no núcleo familiar e na sociedade

Debert (1999, p.7), tão bem reforça que:

A tendência contemporânea é a inversão da representação da velhice como um processo de perdas e a atribuição de novos significados aos estágios mais avançados da vida, que passam a ser tratados como momentos privilegiados para novas conquistas guiadas pela busca do prazer.

Segundo a autora, essas experiências adquiridas com os anos são ganhos que propiciariam aos idosos a chance de explorar novas identidades e de realizar projetos ora abandonados durante suas vidas.

No Brasil, recentemente, tem se observado o crescimento do número de universidades e grupos de convivência da terceira idade que, com uma capacidade impressionante de mobilizar mulheres, têm promovido de maneira muito evidente e gratificante a redefinição de valores, atitudes e comportamentos dos grupos mobilizados (DEBERT, 1999).

Segundo Scott (2002):

Autores continuam insistindo na importância dos idosos (e especialmente das idosas) nas famílias brasileiras-seja como articuladores(as) de redes amplas de relações entre gerações, seja como pessoas que sabem tocar a sua vida com maior independência e liberdade do que antigamente(p.119).

Os grupos da terceira idade atualmente tem uma mobilização ativa nas comunidades, pois estão descobrindo e mostrando um outro espaço de vida entre as pessoas em fase de envelhecimento que antes não se permitiam viver. E são esses idosos que estão fazendo surgir novas formas de relacionamentos, onde as pessoas idosas encontram espaço para discutir problemas do cotidiano bem como assuntos de interesses comunitários e de interesses políticos (LANGDON & HECK,2002).

Segundo Debert (1999):

As novas imagens do envelhecimento são expressão de um contexto marcado por mudanças culturais que redefinem o modo de construção das identidades, pois é próprio da experiência moderna que a definição do eu, de quem sou e a adoção de estilos de vida se faça em meio a uma profusão de recursos, como vários tipos de terapias, manuais de autoajuda, programas de televisão e artigos em revistas. A boa aparência, os bons relacionamentos sexuais e afetivos deixam de depender de qualidades fixas que as pessoas podem possuir ou não, e se transformam em algo que deve ser conquistado a partir de um esforço pessoal.

O que muitos idosos têm demonstrado é que não se existe um padrão de estilo de vida ideal, que permita que ele possa adotar estilos de vida saudáveis, ou que é necessário seguir algum modelo para ser independente.

As percepções de saúde, de doença, de autonomia e de independência, deixam de ser fixas e passam a assumir a definição do ser de cada um, respeitando

suas escolhas, suas tradições, a experiência e o esforço que cada um faz para buscar realizar seus interesses pessoais.

Debert (1999), desmonta a ideia de que o bem-estar na velhice estaria ligado à intensidade das relações familiares ou ao convívio Inter geracional.

Mais do que a convivência num espaço heterogêneo, do ponto de vista da idade cronológica, é a segregação espacial dos idosos que permite a ampliação de sua rede de relações sociais, o aumento do número de atividades desenvolvidas e a satisfação na velhice (DEBERT & JULIO, 2011).

A tendência de idosos morarem sós não tem de ser percebida como reflexo de um abandono por parte de seus familiares, pois se houver a solidariedade entre as gerações na família, ocorre um processo dinâmico de construção de formas de relacionamento e trocas afetivas.

Essa demonstração de autonomia representado pela recusa dos pais idosos em morar com os filhos quando possuem boa saúde e independência financeira, já é uma realidade muito presente nos dias de hoje.

Scott (2002) diz que:

Não são o isolamento e a fragmentação que chamam a atenção, e sim as mudanças na valorização da qualidade de vida e das atividades dos indivíduos. Está ocorrendo uma passagem do tempo do idoso nas casas dos outros, e de muitos outros nas casas dos idosos, para um tempo em que o idoso está na sua casa, e os outros estão na casa deles. (p.120).

Conviver com processos individuais relacionados ao envelhecimento, compartilhando valores e ideias positivas no âmbito coletivo,

permite-se unir a complexa rede de relações que dão sentido a várias fases da vida.

CAPÍTULO 3: OS DIREITOS À SAÚDE DO IDOSO

“ Hoy no son mis protagonistas aquellos mediáticos veteranos que en justa lucha demostraron, en plaza pública o a cubierto, tesón, paciencia y esperanza en encontrar respuesta y justicia, dando muestra y lección de su férrea hechura y de su fe.” (SOLDEVILLA AGREDA, 2012, p.5).

Com o passar dos anos, foram surgindo políticas públicas para garantir direitos ao cidadão.

Segundo dados do *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA* (2009), este conjunto de direitos e as oportunidades de acessá-los passam a operar como demarcadores dos processos de inclusão ou exclusão dos diferentes segmentos da sociedade em cada país ou região, funcionando, portanto, como critérios complementares do grau de desenvolvimento nacional.

No contexto brasileiro, afirma que:

O conjunto das políticas sociais brasileiras de âmbito federal é consideravelmente abrangente- ainda que heterogêneo e incompleto em vários aspectos-, tendo sofisticado-se em termos do seu escopo, do número de beneficiários e da variedade de benefícios nas duas últimas décadas, sob o influxo das novas determinações constitucionais. De fato, ao buscar resgatar parte da enorme dívida social brasileira, a Constituição Federal de 1988 ressignificou os princípios da justiça e da solidariedade e colocou a ação social do Estado em novo patamar, ampliando os âmbitos da vida coletiva que passaram a estar sob sua responsabilidade e inscrevendo inúmeras garantias sociais básicas entre os direitos que gozam de proteção legal. (IPEA, 2009, p.31).

Assim sendo, antes de abordarmos sobre os direitos à saúde do idoso propriamente dita, se faz necessária uma abordagem a respeito do que se denomina cidadania.

O conceito de cidadania, enquanto direito a ter direitos, foi abordado de variadas perspectivas. Entre elas, tornou-se clássica, como referência, a concepção de Tomas H. Marshall, que, em 1949, propôs a primeira teoria sociológica de cidadania ao desenvolver os direitos e obrigações inerentes à condição de cidadão. Tomas H. Marshall em *Cidadania e classe social*, de 1949-1950, descreve a extensão dos direitos civis, políticos e sociais para toda a população de uma nação (FERREIRA, 2005).

Segundo a autora, Marshall afirmava que nos países ocidentais, a cidadania moderna se constituiu por etapas e só é considerada plena se dotada de todos os três tipos de direito: o civil, que aborda sobre os direitos inerentes à liberdade individual, liberdade de expressão e de pensamento; direito de propriedade e de conclusão de contratos; direito à justiça; que foi instituída no século 18. Também a Política, onde se observa o direito de participação no exercício do poder político, como eleito ou eleitor, no conjunto das instituições de autoridade pública, constituída no século 19; e o Social, marcado por um conjunto de direitos relativos ao bem-estar econômico e social, desde a segurança até ao direito de partilhar do nível de vida, segundo os padrões prevaletentes na sociedade, que são conquistas do século 20.

Muitas serão as formas de se conceituar a cidadania, e para exercer-la os direitos e deveres deverão estar interligados.

Levando para o conteúdo de âmbito constitucional, o conceito de cidadania é muito mais amplo do que o simples fato de possuir um título eleitoral, para votar e ser votado. O ato de votar é apenas uma etapa do processo de cidadania. A atual Constituição Brasileira expande a cidadania, qualificando e valorizando os

participantes da vida do Estado, e reconhecendo a pessoa humana como ser integrado na sociedade em que se vive (PINSKY, 2002).

3.1. Os Direitos do idoso: Constituição Brasileira

No Brasil, a luta pelos direitos dos idosos está sendo travada há mais de 30 anos. Ela se iniciou na sociedade civil que, durante anos, pressionou, e ainda o faz, o Estado para o reconhecimento das necessidades e dos direitos de sua população mais velha. Apesar das políticas oficiais evidenciadas, na condição de minoria sociológica nesse segmento, faltam, muitas vezes, espaços e interlocutores para a explicitação, o debate e a negociação de suas necessidades (CORTÊ, 2009, p.56).

As discussões sobre o envelhecimento populacional têm sido acompanhadas por propostas com o objetivo de proteger os idosos como cidadãos cada vez mais ativos nas sociedades mundiais.

Cortê (2009) comenta que nos anos setenta, os idosos começam a ser percebidos como um público que precisava de novos olhares.

Rodrigues (2007) refere que nessa mesma época no Brasil, as pessoas idosas recebiam apoio de maneira caritativa de instituições não-governamentais, tais como entidades religiosas e filantrópicas.

De acordo com a autora, no âmbito legislativo, os idosos foram mencionados em alguns artigos, decretos-leis, leis, portarias, como nos artigos do “Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965), além da Lei Nº 6.179 de 1974, que criou a Renda Mensal Vitalícia e de outros decretos-leis e portarias relacionadas com as questões da aposentadoria”.

O marco inicial dessas discussões direcionadas a pessoa idosa, ocorreu em Viena, Áustria, no período de 26 de julho a 6 de agosto de 1982, com a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU) com representação de 124 países de todo o mundo, incluindo o Brasil, onde se estabeleceu um Plano de Ação para o Envelhecimento (RODRIGUES, 2007).

O Plano de Ação para o Envelhecimento foi considerado um importante documento de estratégias e recomendações prioritárias nos aspectos econômicos, sociais e culturais do processo de envelhecimento de uma população, e deveria ser baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Estabeleceram-se, então, alguns princípios para a implementação de políticas para o envelhecimento sob responsabilidade de cada país. Destes princípios, destacam-se os seguintes: a estipulação da família, nas suas diversas formas e estruturas, como a unidade fundamental mantenedora e protetora dos idosos; cabe ainda às políticas sociais prepararem as populações para os estágios mais tardios da vida, assegurando assistência integral de ordem física, psicológica, cultural, religiosa/espiritual, econômica, de saúde, entre outros aspectos. Ainda como estabelecido, aos idosos deve ser proporcionada a oportunidade de contribuição para o desenvolvimento dos seus países, bem como a participação ativa na formulação e implementação de políticas, incluindo aquelas a eles direcionadas; os órgãos governamentais, não-governamentais e todos que têm responsabilidades com os idosos devem dispensar atenção especial aos grupos vulneráveis, particularmente aos mais pobres, mulheres e residentes em áreas rurais (RODRIGUES, 2007, p.537).

Em nível nacional aumentavam as preocupações a respeito do envelhecimento e pela primeira vez em textos constitucionais, os idosos foram referenciados com a Constituição Federal de 1988, que especificamente nos artigos 229 e 230, tratam sobre o cuidado a pessoa idosa.

Nesses artigos se aborda sobre o dever dos filhos, onde afirma que os filhos devem ajudar e amparar os pais na velhice, e que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na

comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (MINISTERIO DA SAUDE, 2010).

Segundo Silva (2012), a Constituição é clara ao expressar que é dever da família, sociedade e do Estado resguardar esses direitos aos idosos, afim de que se tornem eficazes, pois eles são meios de proteção para a pessoa idosa.

Com a Constituição abrindo as portas para as questões do envelhecimento, muitas discussões começam a surgir e incentivam a elaboração de políticas públicas. Veremos as mais significativas na questão do envelhecimento e na garantia dos direitos ao idoso.

3.2. Políticas de Saúde

A ONU-BR, Nações Unidas no Brasil(2014), reforça que um dos reflexos dessas preocupações sobre o aumento da população idosa, foi a realização em Viena no ano de 1982, da primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que produziu o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, com ações voltadas para assuntos como saúde e nutrição, proteção de consumidores idosos, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de renda e emprego, educação e a coleta e análise de dados de pesquisa.

Em Madri, no ano de 2002, aconteceu a 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, pela necessidade de se pensar o envelhecimento e a velhice no âmbito mundial, pois os índices de idosos estavam aumentando em todos os países, além da preocupação com as economias em desenvolvimento e subdesenvolvidas para a manutenção de uma sociedade que envelhece (CORTÊ, 2009).

No Brasil, os movimentos internos se mobilizavam na elaboração de estratégias e ações para garantir direitos a população idosa.

Em 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde, através da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, garantindo a saúde como direito fundamental do homem e dever do Estado:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Logo em seguida, em 1993, foi sancionada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei 8742/93, onde se regulamentou a assistência social para o público dando a garantia de um salário mínimo mensal para todo idoso com 70 anos ou mais, que não tiver condições de manter-se ou ser provido pela família. Além deste benefício, o idoso poderá receber algum benefício adicional caso esteja em situação de vulnerabilidade temporária (LIMA, 2011).

Como meio de se reconhecer a importância do processo de envelhecimento populacional no Brasil, em 4 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei Nº 8.842/1994, que institui a Política Nacional do Idoso(PNI), onde logo depois foi regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96. A finalidade desta Lei foi para assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso, acima de sessenta anos, na sociedade, de maneira que permita ao idoso exercer sua cidadania (RODRIGUES, 2007).

A Política Nacional do Idoso foi um grande avanço pois é a primeira lei brasileira específica para assegurar os direitos da pessoa idosa.

Para Gomes (2009), essa política consiste em um conjunto de ações governamentais que têm por objetivo assegurar os direitos de cidadania dos idosos, partindo do princípio fundamental de que este é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas.

O Brasil tem investido em políticas públicas como forma de atender a parte das necessidades da população.

Um exemplo disso foi a criação da Estratégia do Programa Saúde na Família em 1994 pelo Ministério da Saúde que possibilitou a aproximação entre os serviços de saúde e os usuários (SAITO, 2008).

De acordo com Bousquat (2008), “ um elemento central desta estratégia consiste na oferta de serviços para além da consulta médica individual, destacando-se as atividades de promoção e prevenção à saúde”.

Marten (2014), afirma,

Desde a criação do SUS, o acesso aos cuidados de saúde tem aumentado, e uso tornou-se mais equitativa entre as regiões e os grupos de renda. O Programa Saúde da Família (PSF), prestação de cuidados primários, ampliou substancialmente (55% em 2012), mas não nas áreas mais ricas. O PSF tem reduzido admissões hospitalares através da entrega de uma melhor atenção primária e realização da equidade na assistência pré-natal. O PSF elevou a demanda por atendimento especializado, mas as barreiras de acesso aos cuidados secundários e mais complexo permanecem elevados. SUS inclui também um Programa Nacional de Imunização (PNI) e da Farmácia Popular, que fornece medicamentos gratuitos para diabetes, hipertensão, asma e outras doenças por meio de farmácias privadas credenciadas. (*The Lancet*, 384 (9960), pp. 2164-2171.)

Segundo Coutinho (2013), a atenção Básica à Saúde (ABS) se apresenta como porta de entrada no sistema onde atua de acordo com os princípios do SUS, visando à promoção, à prevenção e tratamento de doenças bem como o trabalho para à redução de danos que possam comprometer a qualidade de vida das pessoas, por isso ocupou destacado papel nos últimos anos como estratégia indutora de equidade.

A Saúde da Família vem como principal estratégia por proporcionar um vínculo maior entre profissional de saúde e usuário, tornando-se um dos grandes diferenciais da estratégia Saúde da Família, que é a definição clara do território e das *pessoas* sob responsabilidade de cada equipe. Isso fortalece o vínculo da equipe com a população, além de ter sua atenção direcionada para a família e a comunidade, de maneira coletiva e multiprofissional (COUTINHO, 2013).

Esse programa não teve em sua natureza a estratégia de ser criado exclusivamente para os idosos, mas para a família, o que permite também que os profissionais que trabalham com o envelhecimento, pudessem nesse programa estar mais perto da população e em especial, dos idosos, conhecendo suas realidades, dentro da comunidade onde vivem.

Com isso ficou mais fácil o acesso ao domicílio do idoso para que os cuidados com a saúde fossem mais atuantes, no momento em que o profissional pôde estar mais perto, ouvindo suas queixas e experiências, e isso contribuiu para que o trabalho com essa população fosse mais direcionado (SAITO,2008).

Segundo CIOSAK (2011):

O reconhecimento e o enfrentamento das necessidades de saúde estão estreitamente vinculados a princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial aos conceitos de integralidade e equidade, na medida em que exigem por parte das equipes de saúde o esforço de tradução e atendimento dessas necessidades, exigindo ações articuladas e complementares, no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde, que, por sua vez, dependem de informações atualizadas, concretas e específicas dos diversos segmentos da comunidade. Facilitar o acesso da população idosa aos serviços de saúde, principalmente tendo como porta de entrada a Atenção Básica, considerando suas limitações, deve ser a preocupação dos profissionais de saúde' (CIOSAK,2011, p.3).

Estudos de Silvestre (2003) e Neto (2003) afirmam que aos idosos requerem atenção especial e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, com medidas promocionais, de proteção, bem como na identificação precoce de seus agravos mais frequentes, também em sua intervenção e reabilitação.

Em 13 de maio de 2003, sob o Decreto nº 4227, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, tendo como responsabilidade a elaboração de diretrizes, instrumentos, normas e prioridades da política nacional do idoso (LIMA,2011).

Neste mesmo ano (2003), foi aprovado o Estatuto do Idoso - Lei 10741/03, que surgiu como necessidade de um instrumento legal para a garantia dos direitos da população idosa, mais uma vez reclamado pela sociedade civil.

O Estatuto tem uma redação muito próxima ao que foi prescrito na Política Nacional do Idoso, porém esta, aprovada em 1994, foi pouco conhecida pela população em geral. Além da necessidade de uma lei específica para o segmento, outras questões de promoção política também estavam vinculados ao Estatuto.

Sousa (2004) no que diz respeito às garantias que o Estatuto trouxe aos idosos no Brasil afirma:

O Estatuto do Idoso, uma legislação contemporânea com o objetivo protetivo assistencial quanto às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, assegurou-lhes, com tutela legal ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Sedimentando assim a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público de assegurar com absoluta prioridade a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Com essa legislação, nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. (SOUZA,2004, p.179).

Segundo o Estatuto do Idoso em sua mais recente edição, ano 2010, no seu Capítulo IV, artigos 15 a 19, expõem sobre as obrigações do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa:

Art 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. (BRASIL, 2010, 5ª EDIÇÃO, p.15-16).

Rebouças (2013, p.4) comenta que torna-se claro o "impacto que provoca a implantação de ações de caráter amplo, como o acesso gratuito à medicação". Para uma parcela dos idosos, devido as várias enfermidades e a conseqüente necessidade da utilização de polifármacos por longos períodos," a gratuidade da medicação permite a liberação de parte dos rendimentos para ser utilizada no consumo de outros bens, como alimento, moradia, lazer ou outras necessidades".

Segundo Lima (2010), no ano de 2006 foi implementada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Pacto pela Saúde, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 399/06, que se compõe de um conjunto de reformas institucionais do Sistema Único de Saúde, as quais são compartilhadas pela União, Estados e Municípios.

Para a autora, essa política possui como princípios fundamentais assegurar ao idoso os direitos de exercer sua cidadania, sendo a família, a sociedade e o Estado os principais responsáveis em garantir sua participação na comunidade, e assim defender sua dignidade, garantindo seu bem-estar e o direito à vida.

Especificamente em relação ao processo de envelhecimento, essa lei diz respeito à sociedade de forma geral e que o idoso não deve sofrer discriminação de nenhuma natureza, como também deve ser o ator principal e o beneficiado das transformações sugeridas por essa lei. Finalizando, ela afirma que fica na responsabilidade dos poderes públicos e à sociedade de uma forma geral a aplicação dessa lei, considerando as diferenças econômicas, sociais, como também considerando as diferenças entre as regiões (RODRIGUES, 2007).

Os programas direcionados a terceira idade permitem o acolhimento desde a prevenção e incentivos ao cuidado da saúde corporal e mental, bem como na promoção de atividades que permitam chegar a objetivos como a saúde do corpo e da mente, e os cuidados direcionados as doenças crônicas com uma abordagem de tratamento específicos.

As questões de saúde no processo do envelhecimento são as que mais repercutem e representam grande impacto:

Pois exigem propostas que vão além do tratamento das doenças, mas que deem prioridade a uma abordagem preventiva com programas educativos, proporcionando a integralidade do cuidado hierarquizado em todos os níveis de complexidade (VERAS; PARAHYBA, 2007, p.2).

No ano de 2010, com o objetivo de continuar a integração e o aprimoramento dos mecanismos de participação existentes e criar novos meios de construção e monitoramento das políticas públicas, foi desenvolvido pelo governo federal o Programa Nacional de Direitos Humanos(PNDH-3), que tem como um de seus objetivos estratégicos, a valorização da pessoa idosa e a promoção de sua participação na sociedade (BRASIL, 2010).

Como ações programáticas da PNDH-3, em relação a pessoa idosa temos:

A) Promover a inserção, a qualidade de vida e a prevenção de agravos aos idosos, por meio de programas que fortaleçam o convívio familiar e comunitário, garantindo o acesso a serviços, ao lazer, à cultura e à atividade física, de acordo com sua capacidade funcional. B) Apoiar a criação de centros de convivência e desenvolver ações de valorização e socialização da pessoa idosa nas zonas urbanas e rurais. C) Fomentar programas de voluntariado de pessoas idosas, visando valorizar e reconhecer sua contribuição para o desenvolvimento e bem-estar da comunidade. D) Desenvolver ações que contribuam para o protagonismo da pessoa idosa na escola, possibilitando sua participação ativa na construção de uma nova percepção intergeracional. E) Potencializar ações com ênfase no diálogo intergeracional, valorizando o conhecimento acumulado das pessoas idosas. F) Desenvolver ações intersetoriais para capacitação continuada de cuidadores de pessoas idosas. G) Desenvolver política de humanização do atendimento ao idoso, principalmente em instituições de longa permanência, H) Elaborar programas de capacitação para os operadores dos direitos da pessoa idosa. I) Elaborar relatório periódico de acompanhamento das políticas para pessoas idosas que contenha informações sobre os Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência, tais como: quantidade existente; sua participação no financiamento público; sua inclusão nos sistemas de atendimento; número de profissionais capacitados; pessoas idosas

atendidas; proporção dos casos com resoluções; taxa de reincidência; pessoas idosas seguradas e aposentadas; famílias providas por pessoas idosas; pessoas idosas em abrigos; pessoas idosas em situação de rua; principal fonte de renda das pessoas idosas; pessoas idosas atendidas, internadas e mortas por violências ou maus-tratos.(BRASIL, 2010, p. 115-117).

O PNDH-3 tem como diretriz a “ garantia da igualdade na diversidade, com respeito às diferentes crenças, liberdade de culto e garantia da laicidade do Estado brasileiro, prevista na Constituição Federal” (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, pesquisas direcionadas ao envelhecimento são importantes, pois permitem sensibilizar a sociedade e o Estado para a necessidade de novas estratégias com o foco dirigido ao idoso. É importante compreender a interface entre as políticas públicas de atenção ao idoso e suas necessidades cotidianas.

CAPITULO 4- PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Objetivos e Tipo do estudo

O objetivo geral desta pesquisa é estudar a percepção sobre os direitos da pessoa idosa à saúde, assegurados pelas políticas públicas brasileiras entre idosos usuários do Programa de Saúde na Família.

Como objetivos específicos, avaliar se o idoso sabe que possui direitos relacionados à saúde, a concepção do idoso sobre direitos à saúde e os possíveis benefícios que esses direitos trazem em relação à sua saúde.

O estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa em saúde, com diálogo no método etnográfico (NAKAMURA, 2011).

Os dados foram coletados por entrevistas gravadas, orientadas por roteiro semiestruturado, bem como pelas conversas informais e pela observação da dinâmica social intradoméstica e local, valendo-se do diário de campo para registro, onde posteriormente foram tratados pela técnica da análise temática.

Segundo Víctora (2000) é através da pesquisa etnográfica que se constrói tomando como base a ideia de que os comportamentos do homem, do ser humano, só podem ser de alguma forma compreendidos e explicados, no contexto social onde eles convivem.

4.2 Local e Participantes da Pesquisa

Sapé, local onde se realizou a pesquisa é um município brasileiro do estado da Paraíba, situado na Zona da Mata Paraibana, situado a aproximadamente 55 km da capital João Pessoa. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2014 sua população era estimada em 51.964 e sua área territorial de 316 km².

O número de idosos acima de 60 anos ultrapassa os 5.000, o que representa em média dez por cento da população total. O município tem clima Tropical Chuvoso, apresentando verão seco com máxima de 32 graus e mínima de 18 graus, e as chuvas começam em março e terminam em julho (IBGE,2014).

Segundo dados da Prefeitura Municipal de Sapé(2013), a cidade é considerada uma região canavieira, além de também existir o cultivo do abacaxi em grande escala comercial, bem como a avicultura, criação de caprinos e bovinos, também se destaca na criação de frutíferas como acerola, melancia, limão, cajá, araçá, caju, manga, banana, ciriguela, mamão, mangaba, graviola, pinha, pitanga, goiaba, coco. Além do amendoim e de produtos da horticultura. A mandioca que é o principal produto, como o feijão e o milho são as principais lavouras produzidas nas áreas de assentamento e sítios vizinhos.

A religião católica é a predominante no município, tendo como sede a Matriz Nossa Senhora da Conceição, e conta também com outras religiões, como a protestante. Sapé também abriga a Cidade Cristã que abriga uma creche, uma escola, trabalhos de convivência para o idoso, aulas de informática e um Centro Espírita. (SILVA, 2012).

De acordo com os dados do Município, a agricultura predomina na economia, destacando-se a produção de abacaxi e cana-de-açúcar, sendo produzido também em menor escala a mandioca, o feijão, inhame e a batata-doce.

Em relação ao comércio, o município apresenta uma tendência crescente, mas o setor industrial ainda é pouco desenvolvido, embora o município possua algumas indústrias com destaque para Frutos Tropicais da Paraíba, a filial da Penalty, produtora de peças para confecção de tênis, Atacadan distribuidora, refinaria do açúcar Ouro Bom e a Usina Una produtora de etanol de cana de açúcar.

No setor financeiro, a cidade dispõe de quatro agências bancárias: Banco do Brasil, Bradesco, Banco do Nordeste e Caixa Econômica, além de uma lotérica cujo nome é uma homenagem ao filho ilustre de Sapé, o poeta Augusto dos Anjos.

Dentre os bairros do município, está o Mutirão II, local da pesquisa, que segundo dados registrados na Secretaria de obras do Município, surgiu em 1986 através de um projeto habitacional, realizado pelo governo federal em parceria com os municípios. O prefeito na época, José Feliciano Filho, reuniu um mutirão de pessoas para a construção dessas casas, surgindo assim o nome do bairro.

Poucas casas foram construídas as quais foram cedidas para as famílias de classe pobre cadastradas. Porém muitas famílias ficaram sem abrigo, e como havia muito terreno disponível, as famílias começaram a ocupar a área construindo casas de taipa e de lona (SILVA, 2012).

Existem aproximadamente duzentas e cinquenta casas no local, possuindo uma precária infraestrutura, existindo apenas uma escola Municipal onde a maioria das crianças estudam; uma associação de bairro; um bar do "Seu Carioca" - local onde os homens do bairro se reúnem para jogar domino, baralho e consumir

bebidas alcoólicas; uma igreja católica, que celebra missa uma vez no mês e um posto de saúde.

As ruas não são pavimentadas e devido à falta de saneamento básico, os dejetos e lixos são jogados nas ruas, sendo possível ver também em algumas ruas, o esgoto a céu aberto.

A escolha pelo município de Sapé, se deu por vários motivos. Em primeiro lugar por ser o local de trabalho da pesquisadora, que durante sua rotina de trabalho, na unidade de saúde Portal II, sentiu a necessidade de investigar sobre o tema. Sapé também é considerado o decimo município mais populoso do estado da Paraíba. O Mutirão II, foi escolhido por ser o bairro onde está situada a unidade básica de saúde, além de ser a micro área mais populosa a qual a unidade faz cobertura.

O Mutirão II é constituído de famílias pobres e numerosas, que em sua maioria são desempregadas e sobrevivem com a renda do Bolsa Família, também da aposentadoria e pensão dos idosos. Muitas famílias também vivem fazendo bicos para sustentar suas famílias e trabalham nas usinas de cana de açúcar.

Segundo os dados do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica-2014), juntamente com os dados dos Relatórios de Cadastramento Individual e das Famílias dos Agentes Comunitários de Saúde, a unidade de saúde Portal II possui 718 famílias cadastradas, com uma população de aproximadamente 2.753 pessoas (existem famílias flutuantes, que saem e entram no bairro em curto espaço de tempo), das quais aproximadamente 250 são idosos acima de 60 anos. Só no bairro do Mutirão, maior micro área, existem 271 famílias, com uma população de aproximadamente 853 pessoas, das quais em média 82 são idosos acima de 60 anos.

Para a escolha dos participantes, foram feitos levantamentos com os agentes comunitários de saúde que trabalham no Programa de Saúde da Família, Portal II, no bairro do Mutirão II, cidade de Sapé-Paraíba, local da pesquisa, sobre os idosos acima de sessenta anos para então se fazer o convite para participarem da entrevista.

Os Critérios de inclusão da pesquisa foram: Idosos acima de 60 anos, que sejam usuários cadastrados na Unidade de Saúde da Família, Portal II, no Município de Sapé, Paraíba, e que residam na comunidade onde a Unidade faça cobertura. Foram escolhidos apenas os cadastrados devido ao registro dos dados na unidade e para facilitar o levantamento dos dados dos usuários durante a pesquisa.

Como Critérios de exclusão os Idosos que por motivo de alguma deficiência não possam relatar as informações sozinhos; idosos que não queiram responder toda a entrevista, abandonando-a em qualquer etapa.

A partir do levantamento dos idosos cadastrados, obteve-se a identificação dos idosos e a localização das respectivas moradias, para serem convidados para participar da pesquisa.

As entrevistas foram pré-agendadas na visita exploratória. Foi explicado ao participante idoso sobre o tema proposto na pesquisa, como que para a efetivação deste estudo, era necessário a aceitação do Termo Livre e Esclarecido, ressaltando que seria respeitada a sua autonomia no que concerne à liberdade de escolha em participar ou não da investigação, como a possibilidade de desistir em qualquer fase da pesquisa.

Foi explicado também que a pesquisa seria realizada por meio de uma entrevista, orientada por um roteiro de entrevista, onde a mesma seria gravada e depois transcrita.

Também foi reforçado que essa pesquisa não ofereceria riscos físicos, mas que poderia oferecer desconforto em responder alguma questão. Mas, a pesquisadora daria todas as informações previamente a respeito da entrevista para que esses riscos não pudessem ocorrer.

Finalmente foi explicado que os resultados deste estudo poderiam ser divulgados em eventos da área de saúde, e que nessa ocasião da publicação dos resultados, seu nome seria mantido em sigilo.

Observando os princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Faculdades Integradas de Patos, Paraíba (Protocolo nº 25157413.1.0000.5181).

Após identificar os idosos que estavam dentro da faixa etária para a pesquisa, foi o momento de começarem as visitas de campo, que foi realizada no período de Fevereiro de 2014 a Fevereiro de 2015.

No primeiro momento, foi realizada a visita no domicílio do idoso, onde a pesquisadora pode fazer o convite, e apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo explicado todas as etapas da entrevista e tirada todas as dúvidas do idoso participante.

As visitas eram realizadas na parte da manhã entre nove e onze horas, e na parte da tarde, entre quatorze e dezesseis horas.

Após as entrevistas, foram feitas as transcrições literais com fala coloquial, em seguida, foram analisadas considerando-se as categorias construídas de acordo com o objetivo desse estudo e com o referencial teórico citado na bibliografia.

CAPITULO 5 – DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com quinze(15) idosos, compreendendo idades entre sessenta(60) e (85) anos, sendo cinco(5) do sexo masculino e dez(10) do sexo feminino. A maioria deles tem pouca escolaridade. Dos quinze idosos, sete não concluíram o ensino fundamental, apenas dois concluíram. Cinco deles são analfabetos, e um apenas estudou um pouco mais, porém não concluiu o ensino médio.

São em sua maioria agricultores aposentados, do lar, e alguns que desempenharam atividade de encarregado, eletricista e encanador. Atualmente nove são aposentados, dois pensionistas e os que ainda não se aposentaram e estão trabalhando, recebem um salário mínimo.

Quadro 1- Caracterização dos participantes da pesquisa.

NOME	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA	COMPARTILHA MORADIA
Idoso 1	F	69	Casada	Analfabeta	Do lar	Aposentadoria	Com familiar
Idoso 2	F	76	Viúva	Ensino Fundamental incompleto	Do lar	Pensionista	Com familiares
Idoso 3	F	68	Viúva	Analfabeta	Do lar	Aposentadoria	Com familiares
Idoso 4	F	77	Viúva	Ensino Fundamental incompleto	Agricultora	Aposentadoria	Só
Idoso 5	F	71	Separada	Analfabeta	Agricultora	Aposentada	Com familiar
Idoso 6	M	68	Casado	Ensino Fundamental incompleto	Agricultor	Aposentado	Com familiares
Idoso 7	F	75	Solteira	Ensino Fundamental incompleto	Do lar	Aposentada	Com familiares
Idoso 8	M	61	Casado	Ensino Fundamental incompleto	Agricultor	Afastado do trabalho para tratamento de saúde	Com familiares
Idoso 9	F	60	Casada	Fundamental incompleto	Auxiliar de serviços	Salário mínimo.	Com familiares

Idoso 10	F	60	Solteira	Médio incompleto	Recepcionista	Salário mínimo.	Com familiares
Idoso 11	F	60	Casada	Analfabeta	Agricultora	Diárias	Com familiares
Idoso 12	F	65	Viúva	Fundamental Completo	Do lar	Pensionista	Com familiar
Idoso 13	M	64	Casado	Fundamental incompleto	Encarregado	Aposentado	Com familiar
Idoso 14	M	74	Viúvo	Fundamental Completo	Eletricista e encanador	Aposentado	Só
Idoso 15	M	85	Viúvo	Analfabeto	Agricultor	Aposentado	Só

5.1 Em busca de assistência à saúde: relatos de experiências

Várias foram as experiências relatadas pelos idosos entrevistados em relação a como chegaram nos serviços de saúde e o momento que começaram a frequentar, a respeito do uso dos serviços de saúde, das situações que os levam a procurar o serviço de saúde e quais os motivos que os levaram a essa busca.

Podemos ver na fala do idoso (4) que procurou o acesso nos serviços de saúde, através da unidade básica de saúde por ser mais fácil o acesso:

“Vou lhe contar..desde quando começou o postinho aqui que eu frequento ai. Desde quando começou. Faz muito tempo! Olha quando começou a aqui, o muitirão eu vim morar aqui ainda tava fazendo as casas. Faz quinze anos que eu moro aqui. Eu sei que eu comecei a ir pro hospital, não melhorava, e depois fui pro postinho. E graças a Deus eu melhorei e sempre qualquer pobrema que eu sofro de dor de cabeça de pressão alta, essas coisa, é tudo aqui no postinho.”

Idoso (4)

“Eu cheguei porque morava em João Pessoa e sai de lá, vim pra aqui, e..o .. e .. tem o postinho, eu tenho que me silvir dele né? Porque os outro posto num existe, só existe ele mermo, aí pra onde a gente tem de socorrer é.. é ele, mais tem

vez que a gente num somos atendida pela idade que a gente tem, não é atendida na hora que a gente precisa... "A falta de outro posto né? E..e dinheiro pra eu ir o médico na cidade né? Negócio de tirar..olhar a pressão, negócio de olhar a..a..diabete, eu não vou sair daqui, pagar um carro pra ir pra lá se tem um posto aqui ou que tenha pouco enfermeira ou que num tenha, eu tenho de me selvir dele."

Idoso (1)

"Faz tempo. Assim que esse postinho chegou aqui, faz mais de cinco anos, mais de cinco anos que.. que o postinho chegou ai. Sempre graças a Deus eu fui lá e fui muito bem atendida."

Idoso (2)

"Eu procuro aqui, eu procuro no Rio, procuro em Santa Cruz, eu vou num postinho, em todo lugar eu chego, aqui..sou atendida aqui, fiz meu cartão do Sus aqui."

Idoso (3)

Segundo Coutinho (2013), a atenção Básica à Saúde (ABS), se apresenta como porta de entrada no sistema onde atua de acordo com os princípios do SUS, visando à promoção, à prevenção e tratamento de doenças bem como o trabalho para à redução de danos que possam comprometer a qualidade de vida das pessoas, por isso ocupou destacado papel nos últimos anos como estratégia indutora de equidade.

Mesmo apresentando problemas de saúde, alguns dos idosos entrevistados mostraram que eles mesmos vão ao posto de saúde, ao hospital, a consultas médicas sozinhos, como reflexo da nova imagem da velhice, onde os idosos estão mais autônomos e ativos.

O fato de irem sozinhos não é devido à falta de alguém que possa fazê-lo para eles, pois na maioria dos entrevistados muitos moram com outros familiares, mas demonstra que os idosos vão em busca da assistência pelo interesse individual.

Vemos isso na fala do idoso (5) que afirma sempre ir às consultas médicas sozinha:

“ Eu só procuro mermo quando é pra pegar remédio pra dormir, o diazepam, pra dormir. E o de pressão. Agora eu vinha aqui quando tinha aqui nera? Mas nem tem mais. Vou pro Asplan, eu só vou no dia pra pegar o diazepam, porque o de pressão, o de colesterol e diabético eu pego lá no posto da Brasília, que eu sou cadastrada lá.”

Idoso (5)

Debert (1999), afirma que essa nova imagem da velhice é marcada por mudanças culturais, que vêm revendo os estereótipos negativos sobre o envelhecimento, na mesma época em que abre caminhos para que novas experiências na terceira idade possam ser vividas de maneira coletiva.

De acordo com o idoso (14):

“ Sou viúvo. Não tenho filhos não. Moro só”. “ Eu nunca tive problema de saúde e nada, mas a menina que trabalhava...a agente de saúde, ai disse que era obrigação de quem mora na comunidade, ter um documento e fazer o cartão da família. Pra fazer exame de sangue, exame de fezes, exame de urina...um serie de exame que precisava, fiz exame de próstata. Ai fiz uns seis exames e deu tudo certo. “

Idoso (14)

Observamos que o fato de idosos morarem sós não tem de ser percebida como reflexo de um abandono por parte de seus familiares, pois a solidariedade entre as gerações na família, envolve um processo dinâmico de construção de formas de relacionamento e trocas afetivas.

Essa demonstração de autonomia representado pela recusa dos pais idosos em morar com os filhos, quando possuem boa saúde e independência financeira, já é uma realidade muito presente nos dias de hoje.

Scott (2002) diz que:

Não são o isolamento e a fragmentação que chamam a atenção, e sim as mudanças na valorização da qualidade de vida e das atividades dos indivíduos. Está ocorrendo uma passagem do tempo do idoso nas casas dos outros, e de muitos outros nas casas dos idosos, para um tempo em que o idoso está na sua casa, e os outros estão na casa deles.(p.120).

Vemos isso na fala do idoso (15):

“Mas já sou viúvo, tive dez filho, mas só se criou-se três. Eu moro sozinho mais Deus e Nossa Senhora. Muié eu acho que eu morro e não arranjo mai...(risos). Agora não é por nada, porque eu não tenho mal querência com ninguém, é porque a minha eu sei que não chega mai. As vezes eu faço o almoço, ai passa de hora, ai queima (risos).”

Idoso (15)

O momento que começaram a frequentar os serviços de saúde, assim como as situações e os motivos que os levaram a essa busca, demonstram que a cultura e o modo de interagir no meio em que vivem, faz com que cada idoso tenha uma opinião diferente em relação as preocupações com a saúde e com a doença.

Langdon (2010) afirma que cada grupo interage com um ambiente físico específico, e que a cultura desse determinado grupo é que define como sobreviver nesse ambiente. Isso se deve, segundo a pesquisadora, ao caráter criativo e transformador que é inerente às culturas humanas sobre o meio físico, podendo se encontrar, dentro de um mesmo tipo de ambiente, várias soluções particulares que respondem pela sobrevivência dos indivíduos.

Ainda segundo a autora, *“ a doença e as preocupações para com a saúde são universais na vida humana, presentes em todas as sociedades.”*

Essa preocupação estava presente na maioria dos entrevistados.

Assim afirma o idoso (1):

*“ Fui pra casa de uma amiga minha né? Cheguei lá na hora da comida e não passei bem ne? Eu sou muito abusada com comida né? E eu pra num fazer feio, andei beliscando na comida né? mas não me senti bem né? Mas ligeiramente, ligeiramente não passei bem, a menina ligeiramente so fez chegar e dizer assim, a vizinha chegou disse: essa é sua família Regina? Ai Regina disse: é. Rapaz vai buscar Ali o chinelo dela, calça ela aqui bora, leva ela ali pro posto. Ai me levaram, tava com meus documentos, no instante cheguei lá, e correram tudo em cima de mim. Vou passar agora mesmo pra senhora falar com a medica no hospital Santa Isabel. Eu disse: agora mermo, pode passar. Ela passou. Menina **foi a coisa mais ótima que ela fez na minha vida!**”* (Negrito da autora).

Idoso (1)

“ Vou no postinho assim..fazer um preventivo, pressão alta, e sempre vou pedir uma receita pra comprar remédio de pressão, sempre eu frequento assim sabe? “Mas graças a Deus, me levaram pra Dotô Marcelo, ele passou um remédio e eu fiquei boa, fiquei boa”.’

Idoso (2)

“ Todo mundo me trata bem, agora eu que não tenho paciência, digo que num vou mais, mas vou, ta demorando como dessa vez agora, mais vai dar certo tudinho né? Tudo vai dá certo.

Idoso (3)

“O motivo que me levou a frequentar o posto foi a pressão alta, pressão alta e outra coisa que deu. Um AVC na minha perna. E dotô Weber não queria nem que eu falasse nisso. Ai depois eu comecei a tomar diazepam, depois vinha aqui conversar com doutora Izabel que era muito boa pra mim. “

Idoso (5)

“Comecei indo no posto. Pobrema de pressão alta e pra dentista. É difícil dizer...mas é mais ou menos uns quinze anos. No hospital é difíce. No posto somente mais pra medir pressão e pro dentista, é somente assim, outras coisa é difíce. É muito difíce.”

Idoso (13)

Não se pode compreender a situação de saúde do indivíduo ou de uma comunidade sem levar em consideração que ela é fruto de uma relação com o meio físico, social e cultural (ASSIS, 2009).

Com a longevidade, os serviços de saúde serão conseqüentemente mais necessários devido ao surgimento das doenças crônicas, pois o idoso necessita de um sistema de saúde que supra as exigências para garantir um envelhecimento saudável.

De acordo com Veras(2003), as doenças próprias do envelhecimento resultam numa maior demanda por serviços de saúde devido ao fato de o idoso consumir mais serviços de saúde, onde as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. “ Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos”.

Este fato foi observado nos participantes da pesquisa, que referiram procurar o serviço de saúde pelo surgimento das doenças crônicas e por necessitar com mais frequência de assistência médica, como ilustram as falas abaixo:

Segundo o idoso (8):

*“ Eu trabalhava aí, aí eu comecei a adoecer e a ficar fraco. Ficar fraco com anemia agora só vivo indo pro hospital pra tomar remédio ne? Hemocentro.. **a minha casa é no hemocentro. Todo mês, todo mês agora.** Pra Doutor Roberto avaliar o meu sangue, todo mês agora.”* (Negrito da autora).

Idoso (8)

O idoso (3), a esse respeito diz:

“Eu cheguei ai assim porque eu tenho pressão alta né? Ai eu fui..passei mal e cheguei ai no postinho, me atenderam e fui muito bem atendida sabe?”

“ Só quando eu tô com uma dor, quando tô passando mal, como agora do meu olho, que eu tô procurando fazer exame de sangue, como eu já fiz exame e fazer o...esse negócio de exame de eletro, e o de sangue. E tô esperando essa assinatura do médico pra operar esse aqui.”

Idoso (3)

“O motivo era esse negócio de sinusite muito forte. Pensavam ate que era outra doença, porque eu botava ate sangue pelo nariz, dessa sinusite. De noite não conseguia dormir, e era era pobrema que eu me internava. Muitas vezes o hospital dizia que era aquele pobrema que dá no estomago...como é? Umm..gastrite! eu me internei também disso, de gastrite. Me tratei de gastrite e de negócio de perine, me tratei do útero, da minha úlcera e da gastrite. Da gastrite graças a Deus eu fiquei boa. De vez em quando da uma dorzinha porque eu tomo muito comprimido. As vezes doi meu estomago, ai tomo um remedinho da cabeça verde, aí é esse que eu meloro. Essa noite mesmo tomei um. Eu tenho muito pobrema, muito pobrema na minha vida. Já tive hepatite, uma porção de pobrema. Bexiga, papeira, osteoporose. Eu há muito tempo procurava Doutor Vicente era médico de idoso.” (Negrito da autora).

Idoso (4)

As colocações feitas pelos entrevistados reforçam que a cultura e o modo de interagir no meio em que vivem, fazem com que cada idoso tenha uma opinião diferente a respeito da saúde e doença, e uma necessidade individual em relação a busca de assistência à saúde. Vemos isso a partir da necessidade que cada um tem em buscar ter acesso aos serviços de saúde.

5.2 Os Direitos dos idosos

Com o crescimento da população idosa, temos observado nessas últimas décadas, especialmente a partir da década de 80 que o Estado tem se preocupado

com a criação de programas e de políticas públicas para atender às necessidades dessa população.

Lourenço(2010) afirma que já se pode observar que a sociedade tem respondido a essas demandas de saúde e qualidade de vida da população de idosos com a criação de políticas públicas e também através da elaboração de leis e estatutos direcionados a essa população.

Nesse estudo é importante conhecer a percepção que idosos tem sobre esses direitos, se eles sabem que existe o direito para o idoso e se sabem citar algum.

Alguns participantes diziam que conheciam sobre os seus direitos:

“Sei o sim..é tanto que em João pessoa quando eu chegava, e próprio nos banco, eu vou tirar dinheiro, eles olham pra minha identidade, diz chega, chegue vó, é nesse daqui, é no de João Pessoa. Joao Pessoa eu chego lá e me sento, quando é na hora eles tocam lá na campanha, eu vou, atende e vem embora. “

Idoso (1)

“ Eu sei sim. Que eu tenho prioridade em qualquer lugar que eu chegar, entendeu? E tenho minha carteirinha de idoso que eu peguei aqui no Sine pelo governo, mas só serve pra mim viajar. Pra pegar esses ônibus aqui pra ir pra João pessoa tem que pagar. Isso é uma coisa errada da píola rapaz!

Idoso (6)

“Sei. Na minha idade é assim..eu apanhar um ônibus, tenho direito a passagem, se eu for num coletivo assim pra cidade eu tenho direito a metade da passagem. Se eu for para o Rio pela Itapemirim, eu só pago a metade da passagem. Meus direito é esse pela minha idade né? Pela minha idade...”

Idoso (2)

“ Possuo, tenho. Passar primeiro na frente, porque a fila dos idoso é prioridade. Tanto na saúde como em qualquer canto. Eu acho isso”.

Idoso (10)

“ Sim. Demais ate. Tem prioridade em tudo ne? Prioridade no banco, no hospital, no postinho. Tem mais.. Sei. Tem direito de aposentar, de ter seu beneficio, eu acho que seja isso ne? Chegar num ambiente e num enfrentar fila, ne isso? Eu acho que seja isso. De ser bem atendido, de ser bem recebido. Pronto é isso.”

Idoso (11)

“ Sei, sempre sei e eu acho que todo mundo sabe. Que os idoso todo, precisa de cuidado ne? O direito? Tem direito a carteira de idoso, pra ser beneficiado sobre viagem, prioridade em fila de banco, em fila de hospital. Em fila de hospital é difice, so se o caba tiver quase morto. Lembro mais de nenhum não.”

Idoso (13)

“ Sei sim. De entrar na fila, de andar no ônibus, de não pagar passagens...e outras e outras que não ta agora na minha mente. E eu também nem procuro saber disso ai, mas eu sei que existe.

Idoso (14)

“ Tem direito porque o governo me deu um amparo por idade, um salário. Tive direito. Não me aposentei não, tive um amparo do governo por causa da minha idade. Valeu a pena ne? Valeu a pena.” Já procurei outros direitos mais não tem mais não. Fui no Rio e eles disseram que eu não tenho mais direito a nada. De viúva, de assim..só esse mermo. Eu vou na caixa econômica receber dinheiro e todo mundo me trata bem. Mas só é esse mermo...”

Idoso (3)

Os idosos reconhecem o direito ao acesso prioritário, ao uso de passagem gratuito nos ônibus, o benefício a assistência social, lei que garante o Estatuto do Idoso e o SUS.

A esse respeito, em 1993, foi sancionada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei 8742/93, onde se regulamentou a assistência social para o público, dando a garantia de um salário mínimo mensal para todo idoso, que não tiver condições de manter-se ou ser provido pela família. Além deste benefício, o idoso poderá receber algum benefício adicional, caso esteja em situação de vulnerabilidade temporária. (LIMA, 2011).

Segundo o Estatuto do Idoso:

Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas. (Vide Decreto nº 6.214, de 2007). Art. 39. Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares. § 1º Para ter acesso à gratuidade, basta que o idoso apresente qualquer documento pessoal que faça prova de sua idade. § 2º Nos veículos de transporte coletivo de que trata este artigo, serão reservados 10% (dez por cento) dos assentos para os idosos, devidamente identificados com a placa de reservado preferencialmente para idosos. § 3º No caso das pessoas compreendidas na faixa etária entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos, ficará a critério da legislação local dispor sobre as condições para exercício da gratuidade nos meios de transporte previstos no caput deste artigo.

Sobre o conhecimento dos direitos da pessoa idosa, os idosos apresentaram opiniões diferentes, pois nem todos afirmavam conhecer sobre eles ou afirmavam não existir:

Podemos ver na fala do idoso (8):

“ Tem muita gente que fala nisso ne? Mais eu mermo não sei...num vou mentir, eu num sei não. Conheço não, so meio devagar nisso ai.”

Idoso (8)

“Eu num sei não...eu num tive nem direito de me aposentar. Eu so sei que eu já procurei pra receber a pensão do meu marido, mas eu não consegui não, eu queria ter direito né? Pela minha idade. Porque eu sou uma mulher que sou viva porque Deus é bom. Porque eu sou muito sofrida, muito doente. Eu ando porque Deus é bom, mas dizer que eu sou muito sofrida, eu sou. **Eu vejo falar de direito, mas eu procuro e não encontro! Ouço falar mas não encontro...** . Eu tenho um negocio assim como um livrinho que me deram la na creche, é bem dos idosos. Fala, que tem de ser bem tratado, de ter repouso, de ser bem recebido. Eu sei que ta dizendo uma porção de coisa. E porque eu num sei onde tá, senão eu mostrava. Tem um monte de coisinha.” (Negrito da autora).

Idoso (4)

“O idoso tem direito mais ta meio difíce de resolver as coisa sozinho, tem que ser acompanhado. Tem muito direito mas a gente não encontra(risos). ”

Idoso (7)

“ Eu sei, mas o que eu acabei de falar que na pratica a gente não ve. Ter direito a não pagar ônibus, ne? Sim... ter prioridade de ficar na fila, mas isso é um caos, fica numa fila que minha filha...foi bom falar...o idoso num tem prioridade não! É só conversa, porque passam na vez da gente . num é respeitado nem em fila de banco, nem em fila de lotérica, e nem no ônibus tem muitos que nem da assento, a gente vai em pé ate...é por ai, deixa muito a desejar, infelizmente. ”

Idoso (12)

Alguns idosos citaram que o direito é responsabilidade do governo, e reconhecia que o direito foi criado para a segurança dos idosos, como mostram as falas abaixo:

“ Existe pra proteção dos idoso né? ”

Idoso (13)

“ O governo tem que olhar pra os idosos, pra gente ter o direito da gente, ne? Que é os nosso direito né? Criaram o direito porque é nosso direito ne? Pra nossa segurança.”

Idoso (10)

Segundo Silva(2012), a Constituição é clara ao expressar que é dever da família, sociedade e do Estado resguardar esses direitos aos idosos, afim de que se tornem eficazes, pois eles são meios de proteção para a pessoa idosa.

Em 1990 com a criação do Sistema Único de Saúde, através da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, foi garantido a saúde como direito fundamental do homem e dever do Estado:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de

outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Segundo Freire (2005), ao se pensar em políticas públicas o caráter assistencial e de caridade começa a desaparecer e os benefícios começam a serem percebidos como direitos da cidadania. Embora estes direitos ainda fossem considerados como dádivas advindas de um Estado bom.

Porém o que se observa é que alguns idosos veem o direito como uma bondade, uma ajuda do governo, e não reconhecem que isso é um dever do Estado e um direito do cidadão.

Vemos isso na fala do idoso (4):

*“ O que deveria ter pelo que nós já sofremos, passemos, **deveria trazer uma bondade assim, de sempre trazer um dinheiro por mês, umentar pelo menos o dinheiro do idoso**, essas coisa. Era o que poderia ser de bom pra gente também. Mas isso.. a vontade os idosos tem, porque pelo menos é bem mais tratado, paga uma pessoa pra tomar conta da pessoa, ao invés de ficar só esperando por famia(família). Porque a famia faz, mas ela também tem a casa deles pra fazer, e não faz como ser do gosto da gente, e a gente pudeno ter um dinheiro paga uma pessoa pra ajuda a gente , é muito bom. O dinheiro é esse mermo, a Deus querer, tudo ta bem. Agora a vontade da gente é ter isso mermo e pegar no dinheiro, nessas coisas, mas isso é difícil! (Negrito da autora).*

Idoso (4)

“ Eu acho que isso deve vim da Presidência da República. E eles dão porque tem que ajudar o povo que precisa ne? Muitas coisas como o bolsa família, ne que viram o povo precisando.”

Idoso (15)

“Eu penso assim, se hoje a gente não tiver um ajuda do governo, a gente. Muita gente não tem o dinheiro pra comprar um remédio né? O dinheiro que a gente ganha não da. E a gente procura na secretaria do Estado, do Governo e ele dá.”

Idoso (2)

Como pudemos observar, mesmo a maioria dos idosos afirmando conhecer sobre os seus direitos é interessante notar como alguns deles não percebem que a pensão, a aposentadoria, é um retorno do que eles trabalharam. Alguns idosos veem o direito como uma bondade, uma ajuda do governo, de um estado bom em favor do bem-estar da população, pelo fato de “ terem visto que o povo estava precisando”, não reconhecendo que isso é um dever do Estado e um direito do cidadão.

Segundo o Estatuto do Idoso, no Art. 29, a respeito da Previdência Social, afirma que “ os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição, nos termos da legislação vigente”.

Segundo a Confederação Brasileira dos Aposentados, Pensionistas e Idosos- Cobap(2007), as políticas públicas têm sua importância mas não podem ser consideradas como uma solidariedade ou dádivas de um estado bom em prol do bem-estar de toda população, por meio de um discurso caridoso e evasivo. Estas políticas não podem ser estruturadas apenas como meios de promoção política e discurso eleitoral, mas sim devem ser formuladas e implementadas segundo as necessidades da população.

Embora alguns idosos ainda não conheçam os direitos e não os percebam como dever do Estado, essa participação cada vez maior do idoso no contexto social demonstra que precisamos estar preparados para atender a esta demanda crescente, pois o envelhecimento é um processo contínuo, e com essa nova imagem da velhice, o idoso passa a compartilhar nas decisões políticas e assumem novas posições no núcleo familiar e na sociedade.

5.3 Os direitos à saúde

Esse estudo também propõe que conheçamos como os idosos entendem seus direitos na saúde, a eles assegurados pelas políticas públicas brasileiras.

Devemos lembrar que não se pode compreender a situação de saúde do indivíduo ou de uma comunidade sem levar em consideração que ela é fruto de uma relação com o meio físico, social e cultural (ASSIS, 2009).

Segundo a autora, o comportamento da pessoa humana, uma das variáveis de grande influência em saúde é dependente da percepção que o indivíduo tem de si próprio e do mundo que o envolve. Essa percepção sofre influência da cultura, resultando em mudanças no modo como as pessoas enfrentam as situações de saúde e de doença.

É importante lembrar que dentro dessa percepção, está a compreensão ou não por parte dos idosos, em exercer a cidadania.

“A cidadania se constrói com a universalidade de direitos. Direito ao trabalho, direito à saúde, direito à assistência social, direito à educação, direito à aposentadoria e à pensão” (COBAP, 2007, p. 8).

Quando se perguntou a respeito do conhecimento que tinham em possuir direitos relacionados à saúde, os idosos responderam:

“É te, tem, sei. “É sê bem atendida aonde eu chegar, não sacudi eu pra acolá, pra um canto e deixar eu lá, morrendo me acabando, não vim saber como é que eu estou passando, saber o que eu tenho. Eu tenho meus direitos de chegar em qualquer hospital, em qualquer posto médico e elas vim saber o que é que eu estou passando, o que eu estou sentindo. Se for quando elas resolverem tudo bem, se tiver uma medica, passar eu ligeiro para o médico pra aquela medica, também se não tiver. Como aqui não tem um carro, não tem nada pra elas ajudar pra levar pra outro canto, elas dizia assim..olhe a senhora procure.. quem ta com essa senhora? É fulano, pois leve ela ligeiramente ali pro hospital, né? As vezes a gente com aquele papel dizendo olha ela precisa de atendimento ligeiro, urgente, é isso que eu

acho... Quero saber dos meus direito, que eu tenho ele, pois eu quero ele!! Agora se eu não tiver, tudo bem, eu fico na minha.”

Idoso (1)

“O que é direito pra mim a Deus queira é ter trato, ter remédio. Pra mim é o melhor direito é ter trato, ter uma consulta, ter um remédio. Pra mim o melhor direito é esse. Porque negócio de dinheiro ninguém fala. Só uma consulta, um remédio, uma coisa qualquer, a gente precisando de qualquer coisa, a gente ter esse direito. No hospital ter direito de chegar e ser bem recebido, ter trato, ter remédio, ter essas coisas, bater um raio x de graça, essas coisa. Aí é um melhor melhor pros idoso. Os idoso o que precisa mais é isso, é tratamento.”

Idoso (4)

“ Eu acho que tem, não? Só se for negócio de cadeira de roda, colchão que nem mãe pegou magnético no hospital. Aí pegou...como é? Cadeira de roda..ter direito a cadeira de banho. Eu tô pagando esse negócio de funeral né? Aí disse que na funerária tem cadeira de roda se precisar, tem cadeira de banho, tem colchão coisado assim.”

Idoso (5)

“Assim que eu tenho direito, assim.. tem..tem..pelo menos assim..se eu sofresse de coluna o governo dá remédio, se eu tiver diabete o governo da remédio, e a pesar ate dos meus comprimido de pressão, quem dá é o governo. Esse direito eu sei que eu tenho né? Eu sei que eu tenho...sei que eu tenho.

Idoso (2)

“ Eu acho que eles tem que me atender bem né? Por a minha idade, me trata bem, é no banco, é no hospital né?

Idoso (3)

“ Tem direito a atendimento, de chegar e o médico atender. Tem direito de chegar na farmácia e ter remédio. Que hoje em dia a pessoa é aposentado e o dinheiro não da nem pra comprar o remédio ne? Compra as coisa pra dentro de casa, pra come e o do remédio? Ai tem que ter direito ao remédio, a atendimento, direito a médico... o idoso tem muitos direito, eu sei que tem.”

Idoso (7)

“ Possuo. Tem o direito de fazer cirurgia, fazer é...os exames, fazer cateterismo, que o povo costuma fazer e tem muita coisa... ” É ter direito a saúde, a exame, a consulta, a remédio.”

Idoso (9)

“ Sei. Sei que tem o direito de pegar o remédio de pressão, de diabete, esses remédio que vem e a gente pega. Direito de ir no posto verificar a pressão. De ser bem atendida...ter prioridade no postinho. Quando for andar no coletivo pra Joao Pessoa, ter prioridade, porque somos de idade, somo idoso. ” Quando O sus faz essas cirurgia, ta dando muito isso pros idoso ne? Cirurgia do olho, exames, tão dando muito isso agora...agora o SUS ta dando ne, pra os idosos ter prioridade, porque tem idoso que não tem condições de fazer particular...de catarata, de pterígio, tudo isso é caro.”

Idoso (10)

“ Sim. Ter atendimento bom nos hospitais do SUS, mas o SUS já ta dizendo mermo, é socorro! A saúde ta muito precária, as vezes a gente vai fazer um curativo e num tem esparadrapo, falta gaze, investir na saúde e pensar no idoso, porque amanhã vocês vão ficar idoso e vão precisar. ” É ter direito de ser atendido quando a gente precisar de cuidar da saúde ne?”

Idoso (12)

São esses idosos que estão fazendo surgir novas formas de relacionamentos, onde encontram espaço para discutir problemas do cotidiano bem como assuntos de interesses comunitários e de interesses políticos (LANGDON & HECK, 2002).

A maioria dos idosos entrevistados reconhece os direitos mas ficam limitados às experiências ligadas à sua demanda para saúde, como o fato de ser bem atendido, de ter preferência no atendimento médico, de ter remédios gratuitos.

“ O SUS inclui um Programa da Farmácia Popular, que fornece medicamentos gratuitos para diabetes, hipertensão, asma e outras doenças por meio de farmácias privadas credenciadas ” (The Lancet, 2014).

Embora a maioria afirme conhecer sobre os direitos a saúde, dois idosos afirmaram não ter conhecimento e nem se interessar pelo assunto.

*“ Eu num sei não...eu num vou dizer porque mudou muita coisa e eu num sei..
“Num sei não, num vo menti ne?”*

Idoso (8)

*“ Mas eu não to muito interado nisso não porque eu nem procuro saber disso.
“ É tratar bem as pessoas ne? No hospital, num medico porque a responsabilidade deles são esse, tratar as pessoa bem. E respeitar o direito de ir e vir de qualquer um ne? Eu acho que é muito importante.”*

Idoso (14)

Quando se abordou sobre o uso do serviço de saúde e de como foi o atendimento que tiveram quando necessitaram de acesso à saúde, a maioria mostrou satisfação.

As falas abaixo ilustram esta situação:

“O atendimento é bom. Que nem eu fui hoje, tinha gente bem cedo, e a menina que fez a ficha me pegou e me levou la dentro no negócio que era de bater raio x, mas a doutora...me esqueci, Solange?! Como é...danado...me esqueci o nome dela..aí ela não tava lá, tava na maternidade. Aí ela me trouxe pro dotô Luiz. Aí ela disse: Se a senhora não tiver vergonha de mostrar isso a dotô Luiz. Eu disse: Tenho não! A pessoa não se agacha pra ter um filho? E com homem? Quando for lá eu vou mostrar a ele. Aí ela me botou na frente e eu fui atendida. E gente lá rodando desde sete horas e não foi atendido. Mas eu fui bem atendida, que tava com a pressão alta. E tava com esse negócio nas costas(uma mancha roxa devido a um atropelamento por uma moto).”

Idoso (5)

“Não, eu achei muito bom, não, eu achei muito bom, agora a falta que eu acho, só é nisso, ter poucas enfermeira.

Idoso (1)

“Ahh foi bem graças a Deus. Esses três meses que passei no hospital quando eu sai ate as enfermeiras ficaram chorando. É a doente..é a doente que alegra os outros, que eu fazia todo mundo rir sabe?”

Idoso (2)

“Tudo bem, me trata bem. Em João Pessoa, em tudinho, em Joao Pessoa, no Rio, aqui, as vezes eu vou mais aqui.”

Idoso (3)

“Eu sempre era atendida logo e depois que eu fiquei de idade também, eu sou atendida logo em qualquer lugar que eu chego. É difícil eu chegar num canto para o pessoal da maçada, eu sou atendida. O povo vê eu chegar e esse mês eu fui pro hospital bater um ultrassom, aí..aí tinha quatro pessoas na minha frente e botaram eu na frente. O povo tem a bondade, a Deus querer.”

Idoso (4)

“ Até aqui tem sido até bem, até bom. Eu vou pro hospital chego lá sou atendida.”

Idoso (7)

“ Eu gostei, eu fui bem atendida. Não tenho o que reclamar de lá não. Eu num sei agora ne? Porque eu nunca mais fui.

M(60)

“ Eu sempre me senti e sempre me sinto muito bem atendido. Principalmente no posto aqui, lá em Joao Pessoa as vezes quando eu ia, porque agora não to indo mais, só aqui. Eu já to morando aqui tem quatro ano, sempre me sirvo aqui. E lá no posto da Brasília que eu sempre vou pra...porque eu fiz uma cirurgia no dente que quebrou e aqui não tiveram condições de tirar. Pronto, só isso mermo”.

Idoso (13)

“ Quando eu precisei eu fui tratado muito bem. Graças a Deus a esse respeito eu não tenho nada a reclamar. Tanto aqui como nos outros hospitais. Eu num tive problema.”

Idoso (14)

A maioria dos idosos entrevistados avaliaram o serviço de saúde como bom e foram descritas situações nas quais ocorreu o acolhimento às suas necessidades indicando provavelmente uma mudança no modelo assistencial, onde as pessoas estão mais preparadas para atender a população idosa.

Segundo o Estatuto do Idoso em seu Artigo 3º, a garantia de prioridade compreende o “ atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população, e garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais. ”

De acordo com Debert (2004):

No Brasil, os programas sociais voltados para a terceira idade, encorajam a procura da auto expressão e a exploração de identidades de um modo que era exclusivo da juventude, abrindo espaços para que uma experiência inovadora possa ser vivida coletivamente e indicam que a sociedade brasileira é hoje mais sensível aos problemas do envelhecimento. (p.15).

Porém, nem todos os idosos têm essa mesma percepção em relação ao atendimento dos serviços de saúde. A insatisfação dos idosos fica clara em seus relatos.

Vemos isso na fala do idoso (6):

“Muito mal, mal mesmo! Eu digo pra você com sinceridade. Tem muita gente que trabalha direito, mas tem muita gente que gosta de desfazer dos mais velhos!”

Idoso (6)

*“ **Tem lugar que é bom**, graças a Deus que quando eu vou no hemocentro so bem atendido, graças a Deus. Lá é tudo direitinho. Quando eu fui pra Joao*

Pessoa o atendimento foi bom graças a Deus. Me botaram pra fazer exame de coração, bati um eletro, ai o doto disse que meu coração tava em ordem. Agora so que você ta com gastrite. Ai eu fui la pro hospital São Lucas, ai eu fiz uns exame, ai pronto. **Agora tem lugar** como aqui no Sa Andrade, aqui é complicado demais viu? Já fui ali, cheguei de madrugada ali, pode acreditar. **Eu passei o dia quase todo esperando pra ser atendido.** Ate pra tomar uma injeção mermo, passei quase um meio dia, ali esperando, pra tomar uma injeção. Ali é complicado, não é muito bom ali não. Eu levei minha esposa lá uma vez, **cheguemos lá era três horas**, o medico veio chegar a atender ela era dez horas da noite. **Eu já não aguentava mais de tão cansado, de tanto esperar. Não é brincadeira não.** “ (Negrito da autora).

Idoso (8)

“ **Depende do lugar viu?** Eu tive uma intoxicação, quando eu como uma comida que me faz mal eu vou pro hospital e sou atendida imediatamente. **O atendimento foi rápido, foi ótimo, tive preferência, eu não tenho o que dizer do hospital daqui.** Agora na época que eu fui pra São Paulo que me intoxiquei la, eu passei mal viu? Eu gritava: - que falta faz dotora Nelci! Meu irmão foi chamar o camburão pra me levar porque era mais ligeiro. **Tinha gente de dez horas da manhã, que de dez horas da noite ainda tava sem ser atendida.** É uma negação o hospital de lá. O médico até perguntou: - você é de onde? Eu disse da Paraíba. Ai ele disse:- o que foi que você veio buscar nesse lugar? Me desculpe que **aqui é muita gente pra um médico só.** Diz ai? Por isso que tem uma senhora ali, que quando as filhas vem fazer exame, ou uma cirurgia, vem tudinho de São Paulo e do Rio de Janeiro pra cá. Porque tudo aqui é mais fácil. Olhe a gente fala da nossa cidade, mas eu não tenho o que dizer do hospital da minha cidade. Eu sou bem atendida.” (Negrito da autora).

Idoso (9)

“ Só teve um caso ai que eu fiquei magoada, com o postinho que até eu fiz uma queixa ao agente de saúde e o secretário de saúde, porque eu cheguei e num fui atendida.”

Idoso (11)

“ Pra ser sincera pra hospital faz muito tempo que eu num vou, porque eu só me dediquei aos doentes da minha família. **Quando eu precisei do atendimento do posto de saúde, a área da saúde deixa muito a desejar.** Tem que chegar de cinco horas da manhã, pra esperar que ainda abra o posto. O atendimento não é legal, as vezes tem sorte de pegar uma atendente educada, mas a maior parte elas num tratam bem os idosos, as pessoas. **Enfim o que observei pra ser sincera é que não somos bem atendido não.** A saúde ta muito precária, as vezes a gente vai fazer um curativo e num tem esparadrapo, falta gaze, investir na saúde e pensar no idoso, porque amanhã vocês vão ficar idoso e vão precisar. “ (Negrito e grifo da autora).

Idoso (12)

Observamos que alguns idosos perceberam uma melhora no atendimento dos serviços de saúde, mas existem aqueles que não estão satisfeitos, e essa insatisfação se apresentou em relação a demora no atendimento médico, o mal atendimento por parte de alguns profissionais e a falta de material médico hospitalar.

O Estatuto do idoso mostra através do seu Art. 15 que:

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

Debert (2004) afirma que mesmo com a criação desses programas, a precariedade de mecanismos existentes para lidar com o avanço da velhice é proporcional ao sucesso dessas iniciativas.

Minayo (2002) afirma que as propostas de políticas públicas a serem elaboradas a respeito dos idosos devem se direcionar com um olhar mais amplo e integral, permitindo assim uma melhora na qualidade de vida.

No Estatuto do Idoso, a esse respeito, vemos no Artigo 3º, que a garantia na prioridade também abrange a preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas.

Quanto à percepção que esses direitos podem lhes fornecer como benefícios, na prática, em relação à saúde, foi observado o seguinte:

“Eu acho que pode me oferecer sobre o remédio, sobre um carro pra eu ir pro hospital, de um hospital para o outro, porque a gente também não tem dinheiro...pra muitas coisa...pra muitas coisa. Porque o médico, quando eu vou ai pra o posto, chego ai no posto médico, eu sei que eu tenho meus direitos, eu exijo. Minha filha tem médico? Passe eu pro médico. Mas tem sicrano e fulano. Eu não

tenho nada a ver com isso. Se é mais novo do que eu, se não ta morrendo com a vela na cabeceira, me atende! **Tem que me atender primeiro**, e depois atenda ela.” (Negrito da autora).

Idoso (1)

“Porque esse direito a gente tem, pros idoso. Porque os idoso hoje, quem tem o maior direito hoje que eu sei é os idoso né? **Se tiver numa cadeira de roda, se for apanhar um ônibus tem que ser bem recebido**, hoje os idoso tem que ter respeito né? **Ninguém pode maltratar um idoso**, eu o que eu sei..o meu alcance é esse. Chegar num canto ser respeitado. É isso, nos hospital é que tem que ter o direito pra os idoso que chegar primeiro, a fila dos idoso, atender os idoso, atender as crianças, pra poder atender os outro mais novo. O meu alcance é que o dever que a gente gosta de ver é esse né? É chegar um idoso numa fila e não ficar lá. E ficar consultando os novo e os idoso lá sofrendo né?” (Negrito da autora).

Idoso (2)

“ O que deveria ter pelo que nós já sofremos, passemos, deveria trazer uma bondade assim, de sempre **trazer um dinheiro por mês, aumentar pelo menos o dinheiro do idoso**, essas coisa. Era o que poderia ser de bom pra gente também. Mas isso.. a vontade os idosos tem, porque pelo menos é bem mais tratado, **paga uma pessoa pra tomar conta da pessoa**, ao invés de ficar só esperando por famia(família).

Idoso (4)

“ Eu queria assim...queria ne? Mas....que tivesse medico pra ser bem atendida, ser atendida. O remédio também, que tivesse o remédio. O remédio dos idoso, que ficasse mais maneiro, porque compra ninguém pode, pode não. Pode besteira, mas muita coisa não pode não. É sofrimento. A gente nasce pra sofrer. Sei não...nao da nem pra falar...tem mais nada pra falar não...é sofrimento.”

Idoso (7)

“ Um remédio, pra quando a gente chegar no hospital pega uma receita, ai passa uma lista desse tamanho, mas a gente não tem dinheiro pra comprar. E ai como é que fica? A gente devia ter direito de ser bem atendido. Porque quando a gente chega, so se tiver morrendo, porque o idoso chega e os novo passa na frente e não tao nem ai, não tao nem ai. Porque demora muito, demora demais...é complicado. Devia ter a vaga do idoso. Você chegar de madrugada e sai de meio dia é muita sorte. Chega um bem arrumado e passa na sua vez. Eu acho errado isso ai. Ta faltando muita coisa, muita coisa mermo. Primeiro o remédio que é complicado no Brasil, o atendimento que não ta muito bom não, não ta legal não. Há uns tempo atrás era melhor...a gente era melhor atendido, mas hoje ta complicado.” Idoso (8)

“ A medicação já tem que o governo já da. No caso se a consulta for fora, ele tem por obrigação da o carro, porque se a consulta for em outra cidade ele tem que da o carro. Se a consulta for particular, o Sus tem que pagar, não a gente. ”

Idoso (9)

“ Temos que ter todos os direitos, porque somos de idade já.”

Idoso (10)

“ Acho que assim... deveria dar um atendimento melhor, porque tem tantos que não tem um alimento, tanto idoso que não tem uma assistência melhor, num tem um alimento melhor, deveria ser isso ne? O que eu penso é isso, pra quem num tem leitura...eu penso assim.”

Idoso (11)

*“ Ahh..a melhora de vida, a saúde, a auto estima, uma condição de vida melhor e ajudar, porque primeiramente Deus e depois a saúde, porque essas coisas a gente consegue. Mas ainda tem muito a desejar mesmo. **Podia dar uma pensão melhor, uma pensãozinha melhor pra o idoso, porque é muito pouco.** So de medicamento, remédio, consulta, um salario mínimo , é miserável, muito pouco. As coisa so aumentam, você pega cem reais numa farmácia num compra nem dois, três remédios que é caro. No mercadinho também...ta tudo caro...tudo caro...” (Negrito da autora).*

Idoso (12)

*“ **Melhorar os atendimentos nos hospitais, pelo menos esse hospital aqui de Sape é uma porcaria.** Se vai la não resolve nada. Tudo que recebe é injeção na bunda somente, como é que é o nome do remédio.... diazepam. Pronto! So o que leva é injeção na bunda. Ter exames, coisa que quando a gente precisa e faz pelo, pelo...SUS, é uma demora danada pra se receber. Se o sujeito não puder fazer particular, o caba termina morrendo, porque é **tudo difíce.**” (Negrito da autora).*

Idoso (13)

*“ **Devia ter mais uma responsabilidade com os idoso, tratar melhor os idoso,** porque as vezes eu já fui no hospital e não tinha remédio. Se der pra comprar eu compro, se não der...aqui não, mas lá no Rio de Janeiro que eu morava lá, via gente morrendo na fila lá, tem que tratar bem as pessoas. **É um direito que nos***

assiste. *Acho que o salario na situação que a gente vive, é muito pouco. **Devia melhorar o salario do idoso, é!** Porque a gente precisa ne? Criticar o outros é fácil, quando eu aponto um dedo pra você eu não lembro que tem quatro virado pra mim.* (Negrito da autora).

Idoso (14)

“ Eu acho que não vai trazer nada de bom mais não! A gente vai lutar pro resto da vida, e cadê vez mais é sofrimento e sofrimento. As vezes eu digo que se tivesse morrido era melhor. Porque é sofrimento minha filha. A família tudo fracassado, num tem uma ajuda...”

[...]. Eu sou brasileira mais não torço pelo Brasil não! Eu torço pela minha saúde, pela minha saúde. Porque se eu não torcer pela minha saúde, ninguém vai me dar saúde. Só esse negócio dos posto, do dotô. Pode ver uma pessoa morrendo de fome assim, que ninguém vai ajudar não, o Brasil não ajuda não...”

*[...] **Agora a saúde do Brasil é muita é ruim.** Agora se nunca faltasse o remédio as secretaria, era bom minha fia! Mas repare que uma vez eu passei cinco mês comprando, comprando remédio sem puder, foi cinco mês. Mas uma vez eu ia me jogar na pista. Eu sai lá e disse assim olhe isso é um hospital desgraçado, eu disse ate assim. **Porque o governo num podia deixar faltar esses remédio não!** Que esse remédio é pior do que um remedio de dor, porque o que me da vontade é do primeiro carro que passar aí eu me jogar aí na frente desse carro. Aí a mulher disse: Peraí dona Maria venha ca! Peraí que eu vou dar um jeito. Ela foi lá dentro e trouxe o remédio e me deu. Não tava me escondendo fia?...”* (Negrito da autora).

Idoso (5)

Podemos observar que a maioria dos idosos entrevistados refere que sabe sobre os direitos à saúde e possuem opiniões a respeito do que esses direitos podem lhe fornecer como benefícios, na prática, em relação à sua saúde.

Todavia, a compreensão dos participantes da pesquisa sobre seus direitos à saúde está relacionada às suas necessidades imediatas como o fato de ser bem atendido no hospital, de ter consultas médicas, de realizar exames, de receber tratamento médico e de não faltarem os remédios.

Segundo a Lei 8080, sobre a saúde:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Observou-se, novamente, que alguns idosos acreditam que o que recebem é ajuda ou caridade dos poderes públicos e com isso deixam de conhecer seus direitos relacionados à saúde, bem como à vida, a alimentação, ao lazer, à liberdade, à cultura, enfim, se privando de ter as necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas atendidas.

É necessário apontar as limitações afim de que estas possam se efetivar garantindo direitos para toda população a partir do momento em que existam movimentos sociais em favor da garantia da cidadania, além de melhores condições de vida e sobrevivência.

Por isso é importante que conheçamos qual é a percepção que eles têm em relação ao direito do idoso.

CONCLUSÃO

Os idosos entrevistados demonstraram que necessitam de assistência à saúde e que buscam a assistência médica reconhecendo seus problemas de saúde, mostrando preocupação em terem seus problemas resolvidos.

Muitos deles mostraram em suas falas, essa nova imagem da velhice, onde os idosos estão mais autônomos, sentindo-se com boas condições de buscarem assistência à saúde, como no fato de morarem sozinhos.

A percepção do direito ao idoso é reconhecido pela maioria dos participantes da pesquisa, os quais reconhecem a prioridade no atendimento, a gratuidade no acesso ao transporte público e o benefício assistencial, o que é garantido pelo Estatuto do Idoso.

Alguns participantes reconheciam que o direito é responsabilidade do governo, como meio de proteção a pessoa idosa. Outros percebiam o direito como uma ajuda, como um gesto de caridade, de bondade, onde o Estado, o governo, vendo a necessidade do povo, resolve “ajudar”, não reconhecendo que é um dever e um direito do cidadão.

Os idosos entrevistados em sua maioria afirmaram conhecer o direito relacionado à saúde, porém essa percepção estava limitada às suas experiências pessoais e imediatas com a assistência, como o fato de serem bem atendidos, de terem preferência no atendimento médico e no recebimento gratuito de medicações.

Alguns deles avaliaram os serviços de saúde como bom, demonstrando segundo Debert (2004) que a sociedade tem se preocupado mais com as questões do envelhecimento.

Todavia, nem todos tinham a mesma opinião, demonstrando insatisfação com os serviços de saúde e reforçando o que autores como Debert (2004) e Minayo (2002), afirmam, que mesmo com a criação desses programas e das políticas públicas para o idoso, muito se precisa investir para que a assistência seja eficiente garantindo uma melhora na qualidade de vida da pessoa idosa.

O fato de alguns idosos acreditarem que o que recebem é ajuda ou caridade dos poderes públicos, faz com que eles deixem de conhecer mais profundamente os seus direitos.

Os direitos adquiridos pelas políticas voltadas para os idosos não são necessariamente reconhecidos como tais, revelando a fragilidade do conceito de cidadania na experiência cotidiana dos participantes com os serviços de saúde.

É importante compreender a interface entre as políticas públicas de atenção ao idoso e suas necessidades cotidianas.

Para isso, é necessário que a sociedade e os poderes públicos se preocupem cada vez mais com as questões do envelhecimento, favorecendo a criação de propostas para proporcionar melhorias nas condições de saúde.

. REFERÊNCIAS:

ASSIS, Monica. **Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos**. Revista APS, v.8, n.1, p. 15-24, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>.

ASSIS, Vera Fatima Gomes. **A Velhice do alto: percepção de saúde e doença de idosos moradores do Morro da Penha, município de Santos-SP**. Dissertação. Mestrado Saúde Coletiva, Santos, 2009.

BACELAR, Rute. **Envelhecimento e produtividade: processos de subjetivação**. Recife, FASA, 2002.

BARBIERI, Carolina Verissimo. **Cuidados de longa duração no Brasil: as possibilidades do seguro-dependência**. Ministério da Previdência Social • Secretaria de Políticas de Previdência Social. Brasília-DF. Março, 2013.

BARRETO, Mauricio Lima; CARMO, Eduardo Hage. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. Nov. 2007 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700003&lng=en&nrm=iso. access on 27 Aug. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700003>.

BOUSQUAT, Aylene; ALVES, Maria Cecilia Goi Porto; ELIAS, Paulo Eduardo. **Utilização do Programa de Saúde da Família em regiões metropolitanas: abordagem metodológica**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, out. 2008 . Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500016&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 15 set. 2014. Epub 14-Ago-2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000044>.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. [Estatuto do idoso (2003)]. **Estatuto do idoso**: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata. – 5. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 169 p. – (Série legislação; n. 51

BRASIL. Portal Brasil. **Cidadania e Justiça**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/04/PNDH-3-reune-politicas-sobre-direitos-humanos>. Acesso em 15 mar. 2015.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **B823 Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) / Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República - - ver. e atual. - - Brasília: SEDH/PR, 2010.**

COBAP. **Compromisso com a seguridade social**. Brasília: Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP, 2007.

CIOSAK, Suely Itsuko et al. **Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. spe2, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800022&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Aug. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022>.

COHN, Amélia. **Saúde e direitos: produção de práticas e conhecimentos**. IN: Pesquisa em Saúde Coletiva: Diálogos e Experiências. Amélia Cohn, Denise Martin, Rosa Maria Ferreiro Pinto (Organizadoras). -- Santos: Editora Universitária Leopoldianum, 2012.

CORTÊ, Beltrina. **Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social** / Conselho Federal de Psicologia, Brasília, DF, 2008-2009.

COUTINHO, Aline Torres et al. **Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400628&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Aug. 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130005>.

COUTRIM, Rosa Maria da Exaltação. **Quem Disse que os Aposentados Estão Inativos? O Movimento de Aposentados e Pensionistas e o Jogo de Resistência contra o Poder**. Textos Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, 2002. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 15 set. 2014.

DEBERT, Guita Grin. **Velhice e o curso da vida pós-moderno**. Revista USP, São Paulo, n.42, p. 70-83, junho/agosto 1999.

DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Privatização do Envelhecimento**. 1ª edição: São Paulo.Fapesp,2004.

DEBERT, Guita Grin. SIMOES, Júlio Assis. **Envelhecimento e velhice na família contemporânea**. In: Elisabeth Viana de Freitas; Ligia Py. (Org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, v. 1, p. 1571-1579.

FELIX, Jorge. **Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional**. PUC-São Paulo: 2012 - portaldoenvelhecimento.org.br.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil**. Rev Esc Enferm USP, 2012.

FERREIRA, Patrícia Fortes Attademo. **Os Desafios na Construção da Cidadania no País da Sujeição: O Papel dos Futuros Operadores do Direito junto às Classes Populares**. Revista DERECHO & CAMBIO SOCIAL, Lima, v. 4, 2005.

FREIRE JUNIOR, Américo Bedê. **O controle judicial de políticas públicas**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

FREITAS, Silvane Aparecida; COSTA, Maria Jacira. **A Identidade Social do Idoso: memória e cultura popular**. Revista Conexão UEPG, Vol. 7, No 2 (2011).

GOMES, Sandra. **Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios** / Sandra Gomes, Maria Elisa Munhol, Eduardo Dias; coordenação geral Áurea Eleotério Soares Barroso]. -- São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

HADDAD, E. G. M. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social**. 2ª ed. – São Paulo, Cortez, 2001.

HOLANDA, Aurélio Buarque. **Míni Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa - 8ª Ed.** 2010 - Nova Ortografia.

IPEA. **Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.** – Brasília: IPEA, 2009.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2014 publicadas no Diário Oficial da União em 28/08/2014. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm para verificar atualizações e consultar estimativas da população de anos anteriores.

JORDÃO, Antônio Neto. **Aspectos Psicossociais do Envelhecimento.** In: RUSSO, Ieda. *Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade.* Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

KILSZTAJN, Samuel. **Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira.** Revista Brasileira de Estudos de População, v.20, n.1, jan./jun. 2003

KUCHEMANN, Berlindes Astrid. **Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios.** Soc. estado. Brasília, v. 27, n. 1, Apr. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Aug. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>.

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 18(3): [09 telas] mai-jun 2010.

LANGDON, Esther Jean Matteson; HECK, Rita Maria. **Envelhecimento, Relação de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural.** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; Jr COIMBRA, Carlos E.A. *Antropologia, saúde e envelhecimento.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

LEITE, Iolanda Lourenço. **Gênero, família e representação social da velhice.** Londrina: Eduel, 2013.

LIMA, Thaís Jaqueline Vieira. **Humanização na Atenção à Saúde do Idoso.** *Saude soc.* [online]. 2010, vol.19, n.4, pp. 866-877.

LIMA, Claudia Regina Vieira. **Políticas Públicas para idosos: a realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal.** Monografia. Brasília, 2011.

LOURENÇO, Regina Célia Celebrone. **A escrita de narrativas autobiográficas no processo de envelhecimento.** Rev. soc. bras. fonoaudiol. vol.15 no.1 São Paulo, 2010.

MARTEN, R., MCLNTYRE, D., Travassos C., Shishkin S., Longde W., Reddy S., Vega J. **An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS).** (2014) *The Lancet*, 384 (9960), pp. 2164-2171.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; Jr COIMBRA, Carlos E.A. **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Envelhecimento: bônus demográfico e desafio para o setor saúde.** Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.12. Rio de Janeiro Dec. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento.** Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília – DF, 2010.

MOTA, Alda Britto. **Envelhecimento e Sentimento do corpo.** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; Jr COIMBRA, Carlos E.A. *Antropologia, saúde e envelhecimento.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

NAKAMURA, Eunice. **O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: uma reflexão antropológica.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.95-103, 2011.

ONU-BR. **Nações unidas no Brasil.** 2014. Disponível em: <http://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas>.

PANTAROLO, Regina Sviech ; OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. **Terceira idade: uma breve discussão.** Publ. UEPG Ci. Hum., Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes, Ponta Grossa, **16** (1) 115-123, jun. 2008.

PIGNATTI, Marta Gislene; BARSAGLINI, Reni Aparecida; SENNA, Giselle Dantas. **Envelhecimento e rede de apoio social em território rural do Pantanal matogrossense.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

73312011000400016&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Aug. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400016>

PINSKY, Jaime. **Cidadania e Educação**. São Paulo: Contexto, 2002.

PIOLA, Sergio Francisco. **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Única de Saúde(SUS)**. CEPAL: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe LC/BRS/R.200, Abril de 2009.

PONTAROLO, Regina Sviech; OLIVEIRA, Rita de Cassia. **Terceira idade: uma breve discussão**. Publ. UEPG Ci. Hum., Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes, Ponta Grossa, 16 (1) 115-123, jun. 2008.

RAMOS, Luiz Roberto. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun, 2003.

REBOUÇAS, Monica. **O que há de novo em ser velho**. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.1226-1235, 2013.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al . **Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 16, n. 3, set. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 09 mar. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300021>

SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Integralidade da Atenção**. São Paulo: Martinari, 2008.

SANTOS, S. S. C. **Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica**. *Acta paul. enferm.* [online]. 2008, vol.21, n.4, pp. 649-653.

SALGADO, Marcelo Antônio. **Velhice: uma nova questão social**. São Paulo: Sesc,1980.

SCOTT, Parry Russel. **Envelhecimento e Juventude no Japão e no Brasil: idosos, jovens e a problematização da saúde reprodutiva**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; Jr COIMBRA, Carlos E.A. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, M. do R. de F. e. **As necessidades da população idosa e as políticas de proteção social na realidade brasileira.** *In*: Encontro Nacional de pesquisadores em serviço social; XIII ENPESS, 2012. Juiz de Fora, Minas Gerais. Anais, 2012.

SILVA, Roberto Jerônimo dos Santos et al. **Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil.** *Rev. bras. epidemiol., São Paulo*, v. 15, n. 1, mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 26 ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100005>.

SILVA, Isabel Cristina Tavares. **Urbanização Desordenada x Políticas Públicas: um caso de estudo do Mutirão II, Sapé-PB.** Manuscrito/Conclusão de curso. 2012.

SILVESTRE, J.A.; NETO, M.M.C. **Abordagem do idoso em programas de saúde na família.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):839-847, mai-jun,2003.

SOUSA, A.M. **Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar.** São Paulo: Alínea, 2004.

SOLDEVILLA AGREDA, J. Javier. **Ancianos coraje, hoy.** *Gerokomos*, Madrid, v. 23, n. 1, marzo 2012. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100001&lng=es&nrm=iso>. accedido en 10 marzo 2015. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100001>.

TAMIYA, N., NOGUCHI, H., Nishi A., Reich M.R., Ikegami N., Hashimoto H., Shibuya K., (...), Campbell J.C. **Population ageing and wellbeing: Lessons from Japan's long-term care insurance policy.** (2011) *The Lancet*, 378 (9797), pp. 1183-1192.

TONELLI, Marcelo. RIELLA, Miguel. **Chronic kidney disease and the ageing population.** (2014) *The Lancet*, 383 (9925), pp. 1278-1279.

THOMAZ, C. F. E.; PAPALÉO, NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

UCHOA, Elizabete; FIRMO, Joselia.O.A; COSTA, Maria Fernanda. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. S. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VERAS, Renato. **Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10):2463-2466, out, 2007.

VERAS, Renato. **Saúde pública e envelhecimento**. Cad. Saúde Pública vol.19 no.3. Rio de Janeiro, 2003.

VERAS, Renato; PARAHYBA, Maria Isabel. **O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10): 2479-2489, out,2007.

VÍCTORIA, Ceres Gomes; HASSEN, Maria de Nazareth. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) pesquisado (a):

Sou enfermeira do Programa de Saúde da Família, Portal II, no Município de Sapé- PB, responsável pela pesquisa intitulada “A **PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE SEUS DIREITOS À SAÚDE**, sob a orientação da Prof. Ms. Denise Martin Coviello.

O estudo proposto tem como finalidade investigar junto a idosos usuários do Programa de Saúde na Família, a percepção sobre os direitos da pessoa idosa à saúde, assegurados pelas políticas públicas brasileiras.

Para a efetivação deste estudo, solicito sua valiosa participação na entrevista a ser realizada. Vale ressaltar que será respeitada a sua autonomia no que concerne a liberdade de escolha em participar ou não da investigação, bem como a possibilidade de desistir em qualquer fase da pesquisa.

A pesquisa será realizada por meio de uma entrevista, orientada por um roteiro de questionário, onde a mesma será gravada e depois transcrita.

Solicito também a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Atenciosamente agradeço.

JANAÍNA RESENDE MENDES

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Endereço da Pesquisadora:

Rua: Rejane Freire Correia, 544. Apt. 102 Jardim Cidade Universitária, João Pessoa-PB. Cep: 58052197. Telefone(83): 88171300. Email: janyynha_fono@hotmail.com.

ANEXO B**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

- 1) Acesso (Características Gerais);
- 2) Arquitetura das moradias;
- 3) População;
- 4) Sociabilização entre moradores;
- 5) Comercio Local;
- 6) Comercio Informal;
- 7) Estrutura dos serviços públicos;
- 8) Igrejas;
- 9) Lazer.

ANEXO C:**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Sexo: (F) (M)

1. Sua idade?
2. O(a) senhor(a) estudou até que série?
3. O(a) senhor(a) é casado(a)?
4. Sua profissão?
5. Como o(a) senhor (a) chegou a este serviço de saúde? Desde quando frequenta, quais os motivos?
6. Em quais situações o(a) senhor(a) procura o serviço de saúde?
7. Como elas aconteceram? Como foi o atendimento no serviço? Como avalia este atendimento?
8. O(a) senhor(a) sabe que possui direitos devido à sua idade? Quais você conhece?
9. O(a) senhor(a) sabe que possui direitos relacionados à saúde? Quais você conhece?
10. O que o(a) senhor(a) entende sobre direitos à saúde?
11. Quem dá esses direitos? De onde eles vem? Porque eles existem?
12. O que o(a) senhor(a) entende que esses direitos podem lhe fornecer como benefícios, na prática, em relação à sua saúde?

ANEXO D:**IMAGENS DO CAMPO DE PESQUISA**

Imagem 1: Rua sem calçamento, com esgoto exposto.



Fonte: Direta

Imagem 2: Rua sem calçamento, com esgoto exposto.



Fonte: Direta

Imagem 3: Rua sem calçamento, com esgoto exposto.



Fonte: Direta

Imagem 4: Unidade Básica de Saúde



Fonte: Direta

Imagem 5: Bar do seu Carioca



Fonte: Direta

Imagem 6: Escola Municipal (Muro branco) e Capela São Pedro (Verde)



Fonte: Direta

Imagem 7: ASCABAM (Associação Comunitária Amigos do Bairro Mutirão II)



Fonte: Direta