

A VELHICE E A PROTEÇÃO SOCIAL AOS IDOSOS NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA.

Edjaneide Pereira da Silva¹, Maria Jailma R. da Penha², Cleomar Campos da Fonsêca³

¹Associação de Apoio à Família, Rua João Agripino dos Santos, 308 – Bairro Cinza – Campina Grande-PB, e-mail: edjaneide_ps@hotmail.com

²Secretaria Municipal de Assistência Social-Campina Grande-PB, Rua João Agripino dos Santos, 308 – Bairro Cinza – Campina Grande-PB, e-mail: mr_penha@bol.com.br

³Universidade Estadual da Paraíba – UEPB/Departamento de Serviço Social – Rua Severino M. Spinelli, nº 293 – Tambaú – João Pessoa-PB, e-mail: cleofonseca11@yahoo.com.br

Resumo- Este trabalho discute a relação entre o Programa Saúde da Família-PSF e as questões do envelhecimento. A referência para esta discussão parte da realidade vivenciada pela equipe profissional da Unidade Básica de Saúde da Família, do bairro Pedregal, cidade de Campina Grande-PB, bem como da experiência dos idosos nela cadastrados. A abordagem pauta-se numa perspectiva histórico-crítica. No trabalho empírico, utilizaram-se instrumentos da pesquisa qualitativa e quantitativa: formulário e entrevista semi-estruturada, com os profissionais e os idosos vinculados à Unidade de Saúde acima referida. A análise dos dados revelou que o PSF do bairro Pedregal, vem trabalhando as questões do idoso num enfoque curativista. Algumas ações sócio-educativas já foram introduzidas, porém ressentem-se de maior visibilidade e estímulo. O desafio é consolidar a prática educativa para a promoção da saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento; Saúde Pública; Programa Saúde da Família.

Área do Conhecimento: Ciências Sociais Aplicadas.

Introdução

O presente estudo resulta de uma pesquisa que trata da questão do envelhecimento, abordando aspectos relativos à assistência prestada aos idosos no campo da saúde.

A proposição deste tema originou-se do interesse em conhecer aspectos relacionados à realidade da população idosa. Nessa busca encontra-se o estímulo por investigar a relação entre envelhecimento e saúde pública.

Encontramos referências teóricas para discussão da temática em Brasil (2000; 1997); Castro; Cabral (1990); Costa et al. (2002); Veras (1997). Estes e outros autores nos deram suporte para a construção do presente trabalho, cujo objetivo principal é identificar de que maneira o Programa Saúde da Família vem tratando as questões do idoso. Tomamos como referência as ações desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde da Família, do bairro Pedregal, na cidade de Campina Grande-PB.

Material e Métodos

O método utilizado para abordagem da realidade é o crítico-dialético. O enfoque dado é qualitativo, não desmerecendo a contribuição dos dados quantitativos.

Trata-se de um estudo de caso que se propõe a aprofundar o conhecimento em torno de uma dada questão, não deixando de situá-la em sua totalidade.

Os sujeitos da pesquisa foram os membros das equipes profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família, do bairro Pedregal, em Campina Grande-PB e os idosos nela cadastrados, totalizando 16 entrevistados.

A amostragem utilizada combina amostras probabilísticas e não probabilísticas. Dentre as primeiras, destacam-se as aleatórias simples. Em se tratando das não probabilísticas, utilizou-se a amostragem por cotas.

As fontes primárias relacionam-se às informações obtidas junto aos sujeitos da pesquisa e as secundárias foram extraídas de resoluções, leis, relatórios e outros documentos que se fizeram necessários.

Na coleta dos dados foi utilizada a observação sistemática com registro em diário de campo, a pesquisa documental, a aplicação de um formulário para subsidiar a elaboração de um perfil socioeconômico dos sujeitos e a entrevista semi-estruturada, acompanhada do uso do gravador, com a devida permissão do entrevistado e precedida da assinatura do termo de compromisso livre e esclarecido, em conformidade com a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A análise dos dados orientou-se pela técnica de análise de conteúdo e com ela, o sistema de categorias.

Resultados

O Ministério da Saúde vê no Programa Saúde da Família um caminho possível para a reorganização da atenção básica. As suas ações devem assumir caráter técnico e político, ultrapassando os limites de um trabalho estritamente curativo para se articular a um objetivo de maior abrangência, através de trabalhos educativos, que envolvam a participação e a mobilização da comunidade, em movimentos sociais já existentes, ou que venham a se constituir, enquanto mecanismos de defesa da saúde pública e da qualidade de vida.

De acordo com os resultados alcançados por este estudo, o trabalho sócio-educativo ainda se encontra em uma fase embrionária.

Os dados revelaram que a promoção da saúde tem se colocado menos como objetivo concretizado e mais como um constante desafio perseguido. Verificou-se que a importância da prática educativa em saúde ressurte-se de uma maior visibilidade, inclusive por parte dos usuários que vêem o PSF muito mais a partir da concepção curativa.

Os profissionais por sua vez, chamam a atenção para os vários obstáculos que interferem no desenvolvimento da perspectiva sócio-educativa a exemplo da grande demanda por serviços sociais colocada pela população e da frágil capacidade de respostas satisfatórias por parte do Programa, conseqüência de uma estrutura que procura minimizar a proteção social, ocasionando falta ou escassez de recursos financeiros, materiais e humanos.

Em relação ao tratamento dispensado às questões do idoso, por parte do PSF, a pesquisa revelou que esse tratamento vem enfatizando a saúde curativa, já sendo, no entanto, possível perceber a introdução de ações sócio-educativas que ganharam um estímulo maior com a inserção do Assistente Social nas equipes.

O desafio é possibilitar o atendimento integral ao idoso e a promoção da saúde.

Discussão

A velhice é uma etapa do desenvolvimento individual comum a todo ser humano, um processo natural e dinâmico. Investigações mais específicas, afirmam que não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis com relação ao envelhecimento, no entanto, é possível destacar certos aspectos a ele associados.

O conceito de velhice em nossa sociedade está tradicionalmente relacionado ao sentir-se

velho, abandonar seus ideais, fechar-se em seu próprio mundo, isentar-se de algumas atividades sociais, as quais permitam a "jovialidade de seu espírito". Já em muitas sociedades antigas, como por exemplo, a chinesa, a judaica, a egípcia, ser velho é um sinal de fonte de conhecimento e poder, que se torna alvo de interesse de todos. (SALGADO, 1998)

Com o passar do tempo, a visão tradicional parece se consolidar e o velho passa a ser visto como sinônimo de decadência física. Nas sociedades atuais, onde se valoriza a força de trabalho do homem jovem, o velho está perdendo espaço e vivendo um processo de precarização das suas relações.

Na nossa cultura, ser velho significa não ser mais produtivo e útil, não ter mais possibilidades de concretizar as aspirações de sucesso profissional ou financeiro, não ter mais perspectiva de vida.

O processo de envelhecimento sofre influência de fatores de origem biológica, psicológica e social. Os de ordem biológica dizem respeito à: perda auditiva e visual; perda de elasticidade da pele, com o aparecimento de rugas; redução das atividades cardio-respiratórias; perda gradativa e acentuada, da memória em grande parte dos casos e o declínio das funções orgânicas. Tudo isto, pode contribuir para a modificação da auto-percepção do idoso, e as suas perspectivas de vida não serão mais como antes, afetando o seu nível psicológico. Entretanto, compreender o envelhecimento como uma etapa da vida em que o organismo sofre mudanças e declínio na sua força, disposição e aparência, sem, contudo prejudicar seu processo vital, é importante para um bom envelhecer, pois as pessoas que se adaptam às modificações típicas da idade, apresentam maiores chances de viver melhor.

Nos fatores de ordem psicológica, tem-se a dificuldade de preservação da própria identidade como indivíduo, pois é esta preservação que possibilita o sentir-se enquanto pessoa, em todos os seus papéis e funções; sentir-se aceito e reconhecido, enquanto tal, pelo outro, por seu grupo ou pela sua cultura. Sem isso, o indivíduo passa a perder o senso de continuidade da vida humana e a ver a velhice como um fato isolado gerando níveis de profunda angústia e depressão. (CASTRO; CABRAL, 1990).

Esse processo não é isolado, resulta de toda a vida do sujeito, influenciada pelo contexto social, histórico, cultural e econômico. Sendo este último o mais determinante em uma sociedade capitalista.

Do ponto de vista social, o estatuto da velhice é imposto ao homem pela sociedade à qual pertence, a partir do momento que esta sociedade destina ao velho o seu lugar e o seu papel. Como ressalta Veras (1997), a velhice é uma instituição política que impõe a perda de poder e a anulação de direitos do indivíduo após certo número de anos. O cidadão é velho não apenas em decorrência da continuidade da vida, mas porque assim é decretado.

Portanto, a velhice também é um fator cultural. O mesmo autor (1997), partindo da categoria marxiana “trabalho”, afirma que este reflete uma inserção obrigatória do indivíduo no sistema de relações econômicas e sociais, repercutindo na construção de sua subjetividade e na realidade concreta.

A estrutura desigual da sociedade agrava a realidade sócio-econômica do idoso à medida que, aprofunda a discriminação, anulando este idoso do mercado de trabalho. As restrições postas em relação à idade excluem a possibilidade de uma vida tranqüila para aqueles que ultrapassam os 40 anos.

No campo ou na cidade, as dificuldades estão presentes. Além de se perceberem mais limitados do ponto de vista produtivo, com um reduzidíssimo mercado de trabalho, no momento da aposentadoria, os idosos se deparam com os irrisórios valores monetários deste direito previdenciário, fonte principal ou única, de sua sobrevivência. (CASTRO; CABRAL, 1990).

Um outro agravante na atualidade é a forma com que o Estado tem se comportado frente à questão social, com a aplicação de políticas sociais focalistas, excludentes e seletivas, conseqüência da sua desresponsabilização no atendimento das necessidades sociais, atingindo assim, não só os idosos, mas toda a camada mais empobrecida da sociedade. Salgado (1998), afirma que a velhice assume dimensão de problema social na medida em que a vida de muitos cidadãos resulta de uma acumulação sucessiva de desigualdades sociais. Daí, a luta pela garantia e ampliação de direitos deve ser constante e simultânea, envolvendo as diferentes fases e setores da vida, sob pena de se chegar à velhice existencial, antes mesmo da cronológica. Para o autor, a primeira equivale à perda da razão da existência humana.

Recentemente, surgiu a categoria “terceira idade”, denominada, socialmente, como “melhor idade”, instituindo um eufemismo e ocultando muitas vezes, a percepção das necessidades, carências e até mesmo da contribuição social, que as pessoas de mais idade podem dar a sociedade.

A questão do idoso foi lentamente incorporada às políticas sociais brasileiras só em fins do século XX.

Em 1988, a Constituição Federal, pela primeira vez, explicita a proteção social aos idosos, como dever do Estado e direito do cidadão.

Em 1993, tem-se a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que co-responsabiliza as três esferas de governo na atenção à pessoa idosa e inclui a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) a esse segmento. Em janeiro de 1994 é instituída a Política Nacional do Idoso (PNI) e em 2003, é aprovado o Estatuto do Idoso, complementando a PNI.

O Estatuto trata a questão da saúde, assegurando a atenção integral, através de políticas de promoção e recuperação da saúde, bem como de prevenção das doenças. Fica determinado ao poder público, o fornecimento gratuito de medicamentos aos idosos, especialmente, os de uso continuado, assim como, de próteses e outros itens, relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. Em relação à medicina privada, é vedada a discriminação do idoso através da cobrança de valores diferenciados nos planos de saúde em razão da idade.

A conjuntura histórica que hoje se desenrola, evidencia a falta de financiamento para as garantias previstas em Lei. Retrocedemos na história, a um nível de não afirmação dos direitos sociais. Há uma quebra do pleno emprego, seguida da precarização das condições e relações de trabalho, com redução de salário, após a aposentadoria. Na área da saúde, temos o sucateamento das unidades públicas e o fortalecimento de políticas setoriais compensatórias.

Um dos principais fatores dessa crise encontra respaldo na política neoliberal, que defende a existência de um Estado mínimo, repassando para a sociedade civil responsabilidades que seriam do poder público, quais sejam a garantia dos direitos, a regulamentação das relações capital e trabalho, etc. O Estado passa a atuar apenas como promotor das relações sociais e incentivador do mercado, contribuindo para a mercantilização da saúde.

Nesse contexto, é criado na década de 1990, o Programa Saúde da Família enquanto uma estratégia para fortalecer a atenção básica e enfatizar a promoção da saúde. Porém, o Programa não tem conseguido reverter o quadro de desmonte da saúde pública, até porque, ele não está imune à ofensiva neoliberal.

Na sua proteção aos idosos, as ações técnicas, visam proporcionar uma melhoria na qualidade de vida destas pessoas, dentro de uma perspectiva sócio-educativa, que aborde as mudanças físicas, consideradas normais e identifique as alterações patológicas, informando ao idoso e sua família, os fatores de risco que estão presentes nesta fase da vida e contribuindo para que ele mantenha suas relações familiares e sociais (BRASIL, 2000).

Os cuidados de saúde para com a pessoa idosa envolvem o acompanhamento e a manutenção de seu estado de saúde, despertando-o para um maior nível de atuação social e conseqüentemente, para sua autonomia. Para tanto, os profissionais precisam estar atentos ao desempenho de suas ações rotineiras e ao desenrolar da conjuntura, que repercute sobre tais ações, para que as famílias atendidas possam obter a assistência proposta.

A estratégia do Programa baseia-se em alguns pontos básicos: a manutenção das discussões sobre os principais aspectos do envelhecimento; a constante avaliação e manutenção da capacidade funcional, bem como da instabilidade postural; a assistência às necessidades de saúde do idoso, contemplando a humanização do atendimento, com a capacitação de recursos humanos especializados (BRASIL, 2000).

Dentre os desafios do PSF na abordagem da pessoa idosa, tem-se a dificuldade de se estabelecer uma mesma compreensão de envelhecimento partilhada por todos, enquanto um processo essencialmente benigno. Tal dificuldade também é acompanhada pelo desafio de se delimitar o que pode ser considerado como próprio desta fase da vida e o que são as características patológicas e a melhor forma de tratá-las, considerando ainda, o acesso desigual ao tratamento.

Esta realidade tem dificultado o trabalho das equipes do Programa, à medida que, além das ações preventivas, que devem ser desenvolvidas com os idosos, existe uma real necessidade de se ter um acesso constante, a medicamentos de uso contínuo, seja para controlar a pressão arterial, seja para diabetes, dentre outros problemas.

No acompanhamento realizado, a equipe deve procurar chamar a atenção destes idosos, sobre a importância da melhoria de suas habilidades funcionais, mediante a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Este enfoque apresenta suas limitações. Afora a falta de medicamentos, que compromete a abordagem curativa, o aspecto sócio-educativo,

esbarra em problemas sociais profundos, como a pobreza e a miséria. Como pensar em envelhecimento saudável, em um contexto desfavorável ao atendimento das necessidades básicas dos cidadãos?

É preciso observar a direção que o PSF irá tomar: manter-se-á voltado à assistência focalizada, só atuando nos núcleos de pobreza absoluta, para garantir a sobrevivência dos usuários? Esta direção, se fortalecida, estará se contrapondo à universalização da saúde e se incorporando ao projeto neoliberal. Aprofundar a perspectiva da saúde enquanto direito de todos e responsabilidade do Estado, é o desafio constante de todos que estão empenhados em combater o avanço desse projeto.

Conclusão

Vimos que a educação em saúde tem estado comprometida em função de fatores como: insuficiência de recursos financeiros, materiais e humanos capazes de responder satisfatória e qualitativamente à demanda crescente da população. Por outro lado, a falta de acesso à informação condiciona os usuários a uma percepção reducionista do processo saúde-doença, não os estimulando a uma participação ativa nas ações sócio-educativas.

Conseqüência desse quadro, a abordagem do PSF à questão do envelhecimento, tem assumido uma dimensão mais curativa, demonstrando a necessidade de concretização efetiva de um atendimento integral ao idoso.

Referências

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família**. Brasília, 2000.

- _____, Plano Integrado de Ações Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Brasília, 1997.

- CASTRO, Márcia Caldas; CABRAL, Hilda Maria. **A terceira idade: realidade e propostas para vida melhor**. Previdência em Dados, Rio de Janeiro. Jan/mar. 1990.

- COSTA, Neidil E. da et al. Políticas de assistência ao idoso: a construção da política nacional de atenção à pessoa idosa no Brasil. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gereontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.p. 1077-1081.

- SALGADO, Marcelo. O segmento idoso e as políticas: o papel das instituições. In: **Revista Kairós: Gereontologia/Núcleo de Pesquisa do Envelhecimento**. Programa de Pós-Graduação em Gereontologia-PUC-SP. n.01 São Paulo: EDUC,1998.

- VERAS, Renato P. (Org.). **Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnTI/UERJ, 1997.