



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS.  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**SIMONE DA SILVA SANTOS**

**ENVELHECIMENTO E SAÚDE:  
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS IDOSOS DA ZONA RURAL DE  
CORAÇÃO DE MARIA-BA.**

Cachoeira  
2016

**SIMONE DA SILVA SANTOS**

**ENVELHECIMENTO E SAÚDE:  
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS IDOSOS DA ZONA RURAL DE  
CORAÇÃO DE MARIA- BA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado da graduação em Serviço Social do Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Eduardo Alves de Oliveira.

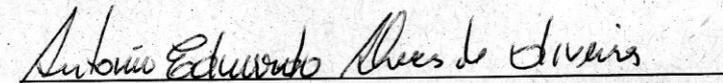
Cachoeira  
2016

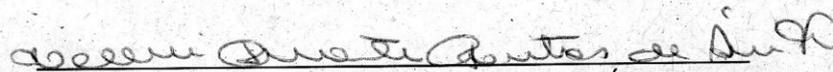
SIMONE DA SILVA SANTOS

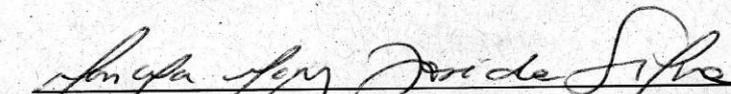
ENVELHECIMENTO E SAÚDE: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS  
IDOSOS DA ZONA RURAL DE CORAÇÃO DE MARIA- BA.

Cachoeira – BA, aprovada em 29/02/2016.

BANCA EXAMINADORA

  
Prof. Dr. Antonio Eduardo Alves de Oliveira  
(Orientador – UFRB)

  
Prof.ª Dr.ª Heleni Duarte Dantas de Ávila  
(Membro Interno – UFRB)

  
Prof.ª Ms. Marcela Mary José da Silva  
(Membro Interno – UFRB)

## AGRADECIMENTOS

Ao chegar ao término dessa jornada é hora de parar e dedicar um pouco de tempo à aqueles que estiveram ao meu lado, que sonharam comigo e torceram para que tudo desse certo.

Agradeço primeiramente a Deus autor e mantenedor da minha vida, creio que sem Ele nada do que fiz seria possível.

Um agradecimento mega especial ao meu orientador Antônio Eduardo, obrigada pela paciência, pela oportunidade que o senhor me concedeu ao aceitar me orientar, e sou grata também pela amizade.

A todos os professores que ministraram aulas durante esses quatro anos da minha graduação, e em especial a professora Marcela Mary José Silva, valeu Pró por cada puxão de orelha e por nos mostrar o verdadeiro sentido do Serviço Social.

Aos meus colegas de curso, especialmente Alceu, Ângela, Caroline, Carine e Jessiane, obrigada pelos momentos de descontração, de risos, de aprendizados e troca de experiências.

A todas as meninas com quem formei república desde a época que morei no distrito de Capoeiruçu até minha estadia na cidade de São Félix.

Aos idosos da Zona Rural da Canabrava em Coração de Maria pela oportunidade de trabalhar junto a vocês.

A minha amada família pelo incentivo, apoio e por acreditar que tudo seria possível, minha irmã Sueli minha eterna gratidão a ti.

Minha mãe Maria Aurea, que apesar do seu pouco estudo não mediu esforços em me incentivar nos primeiros passos.

A meu pai Cecílio, sei que não está mais aqui entre nós, mas se estivesse estaria muito feliz e contando as horas para me ver galgando novos projetos.

Aos meus amigos de todas as horas por atenderem as minhas ligações e por me consolar nas horas de lamentações.

A minha família de Cachoeira, Irmão Antônio sem seu apoio não sei o que seria de mim.

A minha gratidão a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que eu chegasse até aqui.

## RESUMO

O envelhecimento populacional tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento tem sido amplamente debatido, graças ao aumento nas taxas de longevidade em todos os continentes, levando tal processo a ser olhado com mais atenção, por se constituir como um dado novo em alguns países. Esse trabalho discute o envelhecimento populacional e o acesso aos serviços de saúde por parte dos idosos moradores da Comunidade Rural da Canabrava em Coração de Maria-BA. O estudo é descritivo analítico, tendo uma abordagem quanti-qualitativa, sendo que a coleta de dados se deu mediante a aplicação de questionários com questões fechadas e abertas destinadas a pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. O instrumental abrange itens que permitem compreender a percepção e a preocupação do idoso acerca da saúde, a significação da velhice e como se dá o acesso aos bens e serviços de saúde no município. Infelizmente, diante dos resultados encontrados na pesquisa, há uma grande deficiência nos serviços de saúde ofertados aos idosos pelo município, ficando evidente que mesmo a saúde sendo considerada direito constitucional garantida mediante políticas públicas não assegura o acesso e a permanência do usuário aos serviços prestados pelo SUS, levando maior parte da população a recorrerem a clínicas particulares em busca de atendimentos médicos pelos quais deveriam receber gratuitamente. As iniquidades presentes na atual conjuntura do estado saúde no Brasil nos convidam a ter um olhar mais atento para as questões acesso e utilização aos serviços de saúde no campo do direito, convidando o poder público a investir mais em programas que favoreçam o envelhecimento saudável de todo o cidadão e formular programas e ações especializadas para os idosos por constituir o grupo populacional que mais cresce na atualidade.

**palavras-chave:** Envelhecimento. Saúde. Idoso. Acesso aos serviços de saúde.

## ABSTRACT

The population aging both in developed countries as in developing has been widely debated, thanks to the increase in longevity rates in all continents, leading such a process to be looked at more closely, constitute as a new data in some countries. This work discusses the population aging and the access to health services for the elderly residents of the Rural community of Campbell in Coração de Maria-BA. The study is descriptive analytical, quantitative and qualitative approach having, and data collection took place by means of questionnaires with closed and open issues aimed at people aged 60 or more (60) years. The instrumental covers items that allow you to understand the perception and concern about the health of the elderly, the meaning of old age and as if the access to health care goods and services in the municipality. Unfortunately, before the results in research, there is a great deficiency in the elderly health care services offered by the municipality, becoming clear that even the health being considered a constitutional right guaranteed by public policy does not ensure the access and permanence of the user to the services provided by SUS, leading most people to resort to private clinics in search of medical care for which they should receive for free. Current inequities present in State health situation in Brazil invite us to take a closer look at the issues and use access to health services in the field of law, inviting the public power to invest more in programs that promote healthy aging of every citizen and formulate specialized programs and activities for the elderly as the fastest-growing population group.

**Keywords:** Aging. Health. Elderly. Access to health services.

## **LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS**

Gráfico 01: Percepção dos idosos acerca da saúde pessoal, sexo e distribuição por faixa etária.

Gráfico 02: Avaliação dos locais utilizados pelos idosos na busca pelos serviços de saúde.

Gráfico 03: Percepção dos idosos acerca dos fatores que contribuem para a longevidade.

Gráfico 04: Acesso aos serviços de saúde nos últimos meses, e percentual dos que tomam medicamentos para alguma enfermidade.

Gráfico 05: Doenças mais comuns entre os idosos da Canabrava.

Gráfico 06: Como os idosos rurais de Coração de Maria conseguem seus medicamentos.

Tabela I: Opiniões transcritas de todos os idosos questionados sobre o que significa ser “velho”.

Tabela II: Opiniões transcritas de todos os depoentes acerca da significação do termo saúde.

Tabela III: Percepção dos idosos acerca do próprio envelhecimento.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DCV- Doença Cardiovascular.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

OMS- Organização Mundial de Saúde.

ONU- Organização das Nações Unidas.

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde.

PNI- Política Nacional do Idoso

PNSI- Política Nacional de Saúde do Idoso

PSF- Programa Saúde da Família

SBPC- Sociedade Brasileira de Patologia Clínica

SUS- Sistema Único de Saúde.

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. FORMAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO. ....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 - ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS IDOSOS RESIDENTES EM ÁREAS RURAIS .....</b>	<b>15</b>
<b>2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1. CONCEITUANDO ENVELHECIMENTO E A VELHICE .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2. POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3. PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE QUE AFETAM A POPULAÇÃO IDOSA.....</b>	<b>31</b>
<b>3. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA.....</b>	<b>39</b>
<b>4. MINHA VIDA, MEUS DESAFIOS, MEU PASSADO E MEU FUTURO .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1. ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADO .....</b>	<b>41</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>56</b>

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional da atual sociedade tem ganhado repercussão nos mais variados meios, perpassando as rodas de conversas e adentrando aos centros acadêmicos, sendo tema recorrente em seminários, fóruns, e conferências. Já que, segundo projeções da OMS, a população com faixa etária acima dos 60 anos no Brasil será de aproximadamente 32 milhões, o que elevará o país em 2025 a ocupar a sexta posição no ranking mundial dos países com maior número de idosos.

O envelhecimento nos países em desenvolvimento ocorreu de forma acelerada e intensa, contrariando a forma como aconteceu nos países desenvolvidos, impossibilitando assim a readequação nos serviços e melhor estruturação dos mesmos. Pois os países desenvolvidos foram organizados e ficaram ricos antes da sua população envelhecer e nos países em desenvolvimento o processo tomou proporções diferentes. Sendo que a maior precariedade dos serviços torna-se mais acentuada nas zonas rurais e nas áreas mais remotas do país onde a população sobrevive na grande maioria das vezes sem acesso as políticas públicas.

Infelizmente, diante dos estudos encontrados na literatura especializada podemos afirmar que, grande parte dos estudiosos tem como principal preocupação os altos custos dados pelos idosos aos serviços públicos, principalmente nos de saúde, pelo fato dessa faixa etária carecer de mais acompanhamentos médicos, e exigir mais atenção da rede de saúde que as demais, sendo os mesmos avaliados pelos Formuladores de Políticas Públicas no Brasil como exorbitantes por demandar maior ampliação na rede e principalmente pelo processo de envelhecimento constituir-se como um dado novo na realidade atual do país.

Considerando as questões acerca do envelhecimento e da velhice, bem como as questões que emanam desse processo, esse estudo objetiva compreender o Envelhecimento e Saúde: Acesso aos serviços de saúde pelos idosos da Zona Rural de Coração de Maria-BA. Sendo objetivos específicos do estudo: Analisar as dificuldades da vida cotidiana da população rural no âmbito do acesso aos serviços de saúde; Investigar a percepção individual dos idosos acerca do que se entende

por velhice e envelhecimento e por fim traçar o perfil da saúde do idoso rural da comunidade.

A escolha pela temática primeiramente se deu mediante as atividades desenvolvidas na Disciplina de Gerontologia e por sua vasta discussão em tentar explicar e nos levar a compreender a respeito do processo de envelhecimento, bem como os impactos que provém desse processo. E a preferência pelos idosos da Zona Rural da Canabrava é por essa localidade fazer parte da minha história de vida, e pelo visível crescimento da população idosa dessa região.

Refletindo sobre esse novo dado fui motivada a tentar entender como a população brasileira que habita nas zonas rurais tem conseguido aumentar os índices de longevidade pois as políticas de saúde nessas áreas são escassas, e quase sempre não se efetivam.

O estudo sobre o envelhecimento e o acesso aos serviços de saúde pelos idosos da zona rural é de grande relevância, pois pode proporcionar repercussões no âmbito social. Esta investigação poderá iluminar sobre como a assistência na área da saúde é prestada aos idosos em município um do interior da Bahia.

Para tanto desenvolvemos essa pesquisa por meio de uma abordagem quanti-qualitativa, do tipo descritivo e analítico que objetiva analisar o acesso aos serviços de saúde pelos idosos.

A integração da pesquisa quantitativa e qualitativa permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular. Ele não se limita ao que pode ser coletado em uma entrevista: pode entrevistar repetidamente, pode aplicar questionários, pode investigar diferentes questões em diferentes ocasiões, pode utilizar fontes documentais e dados estatísticos (GOLDENBERG, 2004, p. 62).

Os métodos de investigação se classificam como quantitativos e qualitativos por apresentarem características contrastantes quanto à forma e ênfase, entretanto não são excludentes. Esta classificação não significa que se deva optar por um ou outro. O pesquisador pode, ao desenvolver o seu estudo, utilizar os dois, usufruindo, por um lado, da vantagem de poder explicitar todos os passos da pesquisa e, por outro, da oportunidade de prevenir a interferência de sua subjetividade nas conclusões obtidas (NEVES, 1996).

O instrumental utilizado para a coleta dos dados foi um questionário estruturado com questões abertas e fechadas, divididas em três partes. Na primeira

com informações referentes à idade e sexo do entrevistado. A segunda parte composta por questões fechadas que investigam os hábitos dos idosos e como os mesmos costumam acessar os bens e serviços de saúde. E a última constitui-se de questões abertas, na qual se investiga de forma mais ampla a concepção dos idosos em relação à velhice, saúde, e as técnicas utilizadas por eles para melhorar a qualidade de vida e evitar o adoecimento.

As questões fechadas do questionário foram tabuladas em Excel e organizadas em tabelas e gráficos. Richardson (2007, p. 311) afirma a importância de trabalhar com este instrumento de dados obtidos: “[...] Já como resultado dos trabalhos da investigação, já como valiosos auxiliares no esclarecimento e apresentação dos dados obtidos, é comum apelar-se para a apresentação de quadros, gráficos e tabelas no corpo de um relatório”.

Para as questões abertas foram selecionadas as consideradas mais relevantes e esclarecedoras sobre o tema desenvolvido e foram analisadas a luz da bibliografia.

O universo total da pesquisa foi de 45 idosos, na faixa etária de 60 a 83 anos de idade, sendo uma amostra composta por 15 idosos todos cadastrados na Unidade de Saúde da Comunidade.

A participação no estudo foi voluntária e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e a garantia do anonimato, sendo respeitado o direito da não participação no estudo.

O estudo foi distribuído em 04 capítulos.

No capítulo I iremos discorrer acerca da construção do Estado de Saúde no Brasil e sobre o Acesso aos serviços de saúde pelos idosos residentes em áreas rurais.

No II capítulo abordaremos a respeito dos aspectos demográficos e epidemiológicos no Brasil, Conceito de envelhecimento e Velhice, Políticas de Saúde para a população idosa no Brasil, e Principais Problemas de Saúde que afetam a população idosa.

O capítulo III é dedicado à caracterização do município. E no capítulo IV- desenvolvemos a análise e discussão dos dados; posteriormente temos as considerações finais e por fim as referências bibliográficas consultadas para dar substrato a esse trabalho.

## Capítulo I

### 1. FORMAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO.

As desigualdades no estado de saúde tem sido visíveis nas mais diversas regiões em redor do mundo, a cada ano vidas são ceifadas por falta de atendimentos médicos, ou até mesmo por simples problemas de saúde que se tratados desde o início prolongaria os dias de vida do indivíduo. E partindo dessa problemática a Organização Mundial de Saúde (OMS), tem buscado junto às demais autoridades estabelecer metas e criar mecanismos para que essas questões sejam solucionadas.

Na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários à Saúde de 1978, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, sob a organização da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) foi estabelecido que reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados de atenção primária à saúde deve ser meta prioritária para os países em desenvolvimento, tendo em vista que nesses países o índice de mortes por doenças são alarmantes, e sempre se dão devido a ausências de políticas e organização dos serviços de saúde. Nas discussões dessa Conferência ficou expressa a necessidade de ações urgentes de todos os governos e de toda a comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

E assim como os demais países, o Brasil tem tentando driblar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde desde a década de 1980, com a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), após a saúde ter sido reconhecida como direito constitucional estendido a todo o cidadão, mediante política pública, como será explicitado no capítulo seguinte, na seção “Políticas Públicas para a População Idosa no Brasil”.

Seguindo as orientações da OMS e o modelo que vem sendo aplicado em outras regiões, o estado brasileiro com o intuito de minimizar as injustiças no acesso tem adotado como principal estratégia os programas vinculados aos serviços de cuidados primários. Tendo em vista que eles são considerados a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, com o propósito de assegurar a todos os cidadãos o acesso facilitado aos sistemas de saúde de forma ordenada e organizada, próximos

ao local de moradia dos usuários, trazendo como carro chefe a Estratégia de Saúde da Família, que no início tinha sido caracterizado como Programa, visto que o mesmo tem se mostrado efetivo em reduzir as injustiças no acesso aos cuidados de saúde em diversas populações.

A ESF tem como meta atuar no território, cadastrar as famílias, diagnosticar a situação da população adstrita, agir juntamente com a comunidade, ter como foco sempre a família e a comunidade, buscar integração com as instituições e organizações sociais do território, e ser um espaço de construção de cidadania. (PNAD, 2006).

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978)

Como resultado dessa proposta em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, tendo como alvo a Saúde da Família, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e continuada, intensificando a potencialidade da atenção primária, objetivando maior interação entre a equipe de saúde e a comunidade, com os serviços de saúde, estabelecendo um elo entre ambos.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de

saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012).

Os serviços de atenção básicos a saúde são de fundamental importância na ampliação e universalização do acesso, aumentando a oferta e garantindo maior usabilidade dos mesmos, porém tem sido insuficiente, já que o mesmo não asseguram o acesso aos demais níveis de complexidade.

De acordo Paim, 2004, podemos constatar que os modelos de atenção à saúde no Brasil sofrem influências do perfil epidemiológico da população, e se expressam por meio de necessidades (sofrimentos, doenças, agravos e riscos à saúde) e demandas por serviços (consultas, vacinas, informações, exames e hospitalizações). Como também é um setor estratégico para o mercado, sua gestão é revestida por complexidades, que perpassam as próprias relações com o mercado, com os cidadãos, com os partidos políticos e com o Estado nas suas distintas instâncias governamentais, jurídicas e legislativas.

E em se tratando da pessoa idosa, ela deve receber atenção especial e participação eficaz para a melhoria da sua qualidade de vida, favorecendo a um envelhecimento saudável e ativo. E como proposta para fortalecer os compromissos já existentes ainda no ano de 2006, o Ministério da Saúde lançou o Pacto pela Saúde, que através de seus componentes: Pacto pela vida, em Defesa do SUS e da gestão, coloca o idoso como prioridade na esfera Pacto pela Vida, inserindo-o no termo de compromisso de gestão, que tem o objetivo de pactuar e formalizar responsabilidades e atribuições dos três entes federativos, tendo em vista o processo permanente de aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

### **1.1 - Acesso aos serviços de saúde pelos idosos residentes em áreas rurais**

O envelhecimento associa-se a uma maior prevalência de doenças e mais incapacidades. Por essa razão, caracteriza-se por ser uma fase da vida na qual a utilização de serviços de saúde tende a aumentar. O padrão geral de utilização é marcado pelo maior uso no primeiro ano de vida e nos idosos, etapas da vida de maior vulnerabilidade biológica. (TRAVASSOS E VIACAVA, 2007).

O acesso e a utilização dos serviços de saúde é um direito constitucional, determinado por tratados internacionais, cabendo a todo o cidadão receber tratamento igualitário no momento em que dele necessitar, aqui no Brasil o acesso gratuito aos serviços só tornou-se possível através da implantação do SUS, mediante o princípio da universalidade, integralidade e equidade.

O princípio da universalidade é a garantia do acesso irrestrito, igualitário e gratuito às ações e serviços para todas as pessoas. A integralidade significa considerar as pessoas como um todo, atendendo suas necessidades em todos os níveis de complexidade da assistência, com ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. Enquanto que o objetivo da equidade é reduzir as desigualdades, com ações prioritárias e maiores investimentos para os mais necessitados, visando à redução do risco de doença e outros agravos para alcançar maior justiça social. (SÁ, 2002, p. 20).

Como se pode constatar o que mais dificulta o acesso igualitário aos serviços de saúde são as desigualdades sociais e econômicas que se arrastam no Brasil desde sua construção até os dias atuais, essas mesmas iniquidades sociais tem dificultado a efetivação da Política de Saúde do SUS. Enquanto que as regiões mais ricas dispõem de melhores estruturas nos serviços de saúde, as regiões mais pobres e mais remotas do país carecem dos serviços de atenção básica, e em alguns casos as pessoas mais pobres, e que mais adoecem são as que menos têm acesso aos serviços.

Para tanto, torna-se necessário entender o que seria esse acesso universal e igualitário, com esse intuito recorreremos às definições dadas segundo Paim (2009, p. 45). O acesso universal:

Significa a possibilidade de todos os brasileiros poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural. Acesso universal repetindo é para todos – ricos e pobres, homens e mulheres, velhos e crianças, nordestinos e sulistas, negros e brancos, moradores da cidade e do campo, índios e quilombolas, analfabetos e letrados, independente da raça, etnia ou opção sexual. O que quer dizer acesso Igualitário? Quer dizer acesso igual e para todos, sem qualquer discriminação ou preconceito. Quer dizer que a igualdade é um valor importante para a saúde de todos. Todavia, em situações que ocorrem grandes desigualdades como no acesso aos serviços de saúde, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades, impedindo atingir a igualdade. Com vistas, sobretudo à distribuição de recursos, cresce em importância a noção de equidade, que admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade.

Como podemos analisar na citação acima, os princípios do SUS se aplicados de forma efetiva, seriam capazes de garantir a toda a população o acesso e a utilização aos serviços de saúde. Porém, em algumas localidades esses princípios não foram efetivados como está descrito na lei, apresentando-se como reflexos dos fenômenos sociais, e de desigualdades na distribuição, dentre outros fatores.

Diariamente, inúmeros usuários têm encontrado obstáculos no momento que necessitam acessar os serviços prestados pelo SUS, gerando assim, uma série de contradições entre o SUS real e o idealizado. Estando tais contradições expressas nas filas que se formam em frente aos hospitais, no processo de seleção através da triagem que prioriza quem deve ou não ser atendido, levando em conta o grau de necessidade e não a igualdade que colocam todos como sujeitos detentores de direito.

O desafio no acesso e utilização aos serviços de saúde ainda é maior quando se trata de uma parcela da população que vive no campo e nas florestas. De acordo ao Ministério da Saúde, as condições de saúde dessas populações, segundo os resultados de diversos estudos, evidenciam uma situação mais precária se comparada com a da população urbana [...] ainda existem limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde. (BRASIL, 2013). Especialmente, pelo fato de grande parte dos recursos destinados a saúde serem investidos nos hospitais localizados nos centros urbanos, geograficamente distante das zonas rurais.

Segundo O'Donnell (2007) milhões de pessoas sofrem e morrem em todo o mundo por condições para as quais já existem intervenções efetivas. Se considerarmos o acesso aos cuidados de saúde em áreas rurais, os problemas são ainda maiores, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (VIEIRA, 2010 *apud* BRAYN; BARNETT, 2004; MCGRAIL; HUMPREYS, 2009). Muitas áreas e comunidades rurais de várias partes do mundo são caracterizadas por altos níveis de necessidades de saúde face às enormes barreiras aos serviços de cuidado médico.

Conforme Vieira, 2010, comparada com residentes em regiões urbanas, a população rural brasileira, que representa 19,8% da população nacional segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), dispõe de menor cobertura médica, menor cobertura por planos de saúde e pior condição de saúde. Embora muitos fatores, particularmente socioeconômicos, contribuam para a

situação de saúde nas áreas rurais, o acesso inadequado ao sistema de cuidados efetivos à saúde é um dos seus pilares (KUMAR, 1999; LIU *et al.*, 2007).

Os idosos residentes nas áreas rurais, além de enfrentar os agravos referentes aos problemas de saúde decorrente do envelhecimento, tem que lidar com maiores dificuldades para obter os serviços de saúde dos quais necessitam. E dentre essas barreiras está à ausência de políticas públicas destinadas para a população idosa do campo, menor disponibilidade de serviços de saúde próximo aos seus domicílios, dificuldades de transportes para sua locomoção, falta de água encanada, luz elétrica, saneamento básico, e baixa renda, todos esses fatores contribuem para que essa camada populacional utilize menos os serviços dos quais deveria ter direitos.

Diante das evidências fica posto que, o acesso dessas populações ao SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade. (BRASIL, 2013).

Para Travassos e Viacava (2007), acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde. Os pesquisadores pontuam que o acesso reflete as características do sistema de saúde, que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população. E em se tratando da utilização de serviços de saúde, eles compreendem esse conceito como a entrada nos serviços, constituindo-se como uma expressão considerada positiva do acesso.

O acesso aos serviços de saúde também sofrem influências dos mais variados segmentos, podendo estar relacionados à oferta, demografia, organização, e demandas (restrições sociais e culturais, restrições econômicas, necessidades de saúde, informações limitadas a respeito das necessidades de saúde e dos direitos à saúde, e também sobre a disponibilidade de serviços).

Apesar das lutas travadas pelas entidades de defesa dos interesses dos direitos dos idosos e das estratégias criadas pelo Ministério da Saúde para enfrentamento das desigualdades encontradas no acesso a saúde ainda há inúmeras barreiras a serem superadas. Percebe-se a urgente necessidade de uma melhor readequação das políticas sociais voltadas para o envelhecimento e velhice, principalmente pela falta de importância dada aos fatores econômicos, localização

geográfica, vínculos familiares, e suporte as famílias de cada indivíduo. Sendo que para garantir a usabilidade dos serviços torna-se imprescindível conhecer as barreiras que impedem o acesso ao mesmo, discutindo a questão saúde no campo do direito e não apenas como um estado de bem estar físico.

## Capítulo II

### 2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, (IBGE) atualmente a população considerada idoso no Brasil é de aproximadamente 20 milhões de pessoas, e segundo as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) esse número tende a aumentar nos anos vindouros, estima-se que em 2025 o país contará com 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, número esse que elevará o Brasil a ocupar o sexto lugar no ranking mundial dos países com maior número de habitantes idosos.

O Brasil, assim como muitos outros países em volta do mundo que tinham na sua composição uma população considerada jovem, percebe-se envelhecido e a cada dia seu perfil populacional<sup>1</sup> vem aproximando-se dos países europeus e do Japão.

O processo de envelhecimento no Brasil como nos demais países em desenvolvimento tem se dado de forma acelerada e contínua. De acordo Camarano (2002) tal processo se deve primeiramente as altas taxas de fecundidade prevalente no passado em comparação a atual e em segundo lugar devido à redução da mortalidade infantil. Ainda, a autora ressalta “Enquanto o envelhecimento populacional significa mudanças na estrutura etária, a queda da mortalidade é um processo que se inicia no início do nascimento e altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade.”(p. 58).

Nas primeiras décadas do século passado, as taxas de fecundidade eram altas e as de mortalidade também, o que levava a uma grande concentração na faixa etária de crianças e adolescentes, enquanto apenas 3% da população era de idosos. A expectativa de vida ao nascer não ultrapassava 40 anos. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a queda da mortalidade aconteceu principalmente após o surgimento das imunizações e dos antibióticos (segunda metade do século 20) e levou ao aumento da expectativa de vida. Porém as taxas de fecundidade ainda

---

<sup>1</sup> Segundo informações do Banco Mundial, no mundo, a esperança de vida ao nascer saltou de 52,61 anos em 1960 para 69,63 em 2010, ainda que com significativas diferenças. Nos países de baixa renda, por exemplo, a esperança de vida ao nascer, em 2010, era de 58,84 anos e, nos países de alta renda, atingiu 79,76. Projeções populacionais da ONU indicam que a esperança de vida média chegará a 76 anos entre 2045-2050, sendo que, segundo a OMS (2010), nas regiões menos desenvolvidas, pode chegar a 74 anos e, nas mais desenvolvidas, a 83 anos.

eram muito elevadas, o que fez aumentar a população e a proporção de jovens no conjunto populacional. Nesse período, a população brasileira cresceu praticamente 30% a cada década (de 41 para 93 milhões de pessoas entre 1940 e 1970). Desse total, 40% ainda eram de jovens e apenas 3% de idosos. Na terceira fase da transição demográfica, a fecundidade caiu, levando ao envelhecimento populacional. Entre 1970 e 2000 a taxa de fecundidade caiu 60% e, com isso, a proporção de jovens na população total caiu e a proporção de idosos dobrou. (UNA, SUS/ UFMA, 2014)

Ao mesmo tempo em que o envelhecimento populacional é comemorado como uma melhoria nas condições de vida da população, entretanto, tornou-se alvo de preocupações, especialmente em se tratando dos serviços que serão ofertados pelo estado a essa faixa etária. O que tem gerado assim alguns questionamentos e incertezas, tendo em vista que os países em desenvolvimento não deram conta em atender e solucionar os problemas referentes à juventude e aos trabalhadores como conseguirá proporcionar condições dignas de sobrevivência a população idosa, logo que a mesma demandará maiores investimentos em áreas da assistência e saúde?

Os desafios enfrentados em todo o mundo para assegurar melhor qualidade de vida e oferta de serviços básicos de qualidade a toda a população são inúmeros, tornando-se necessário melhor formulação e adequação das políticas públicas abrangente a cada etapa do ciclo de vida do indivíduo.

As mudanças<sup>2</sup> ocorridas no perfil demográfico da população refletem-se também nos aspectos epidemiológicos, pois o aumento na expectativa de vida altera o quadro das doenças com maior prevalência em pacientes idosos, exercendo forte influência sobre o tipo de serviço utilizado. Além disso, essas doenças, muitas vezes, exigem tratamentos contínuos e que, geralmente, podem vir acompanhados de disfunções e/ou algum nível de dependência (NASRI, 2008). A exemplo disso, podemos citar as doenças cardiovasculares, que na década de 1950 eram responsáveis por 12% das mortes, hoje representam mais de 30%. Em menos de 40 anos o Brasil passou de um perfil de mortalidade materno-infantil, típico de países jovens, para um perfil de mortalidade por enfermidades complexas, que requerem tratamentos mais onerosos e prolongados, com grande demanda por serviços de saúde típicos das faixas etárias mais avançadas.

---

<sup>2</sup>O processo de transição demográfica ou transição vital é uma das principais transformações pelas quais vem passando a sociedade moderna. Ele caracteriza-se pela passagem de um regime com altas taxas de mortalidade e fecundidade/natalidade para outro regime, em que ambas as taxas situam-se em níveis relativamente mais baixos (IBGE, 2010).

Os formuladores de Políticas no Brasil referem-se ao “custo social da população idosa”, calculado como três vezes mais alto que o da população em geral. Evidenciam que esse custo mais elevado onera, sobretudo, o sistema de saúde, pois o crescimento da esperança de vida, historicamente, vem acompanhado, no mundo inteiro, de um aumento das doenças crônicas não infecciosas, como diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, articulares, respiratórios e de movimento; doenças incapacitantes, como demência senil, doença de Alzheimer, doença de Parkinson; além do incremento das ocorrências de depressões e de falhas cognitivas. (MINAYO, 2002).

Segundo Lebrão (2007), a transição epidemiológica implica em mudanças nos padrões de morbidade, além da mortalidade, havendo uma relação fundamental entre elas, pois a queda inicial da mortalidade se concentrou nas causas de morte infecciosa. Por outro lado à queda da fecundidade afeta a estrutura da população por idade e repercute no perfil de morbidade, já que a proporção crescente de pessoas de idade avançada aumenta a importância das doenças crônicas e degenerativas. Nessa transição podemos notar que as enfermidades passam de um processo agudo que termina frequentemente em morte, para um estado crônico no qual as pessoas sofrem durante longos períodos da vida.

De acordo Morais (2007 *apud*OMRAN, 1996), a transição epidemiológica no continente americano, pode se apresentar em cinco estágios distintos:

**Primeiro Estágio:** Idade da Pestilência e da Fome. Altas taxas de mortalidade e fertilidade; predominância de doenças transmissíveis; expectativa de vida oscilando entre 20 e 40 anos. As sociedades neste estágio tinham a estrutura desproporcionalmente jovem. Período compreendido entre a Idade Média e o século XIX.

**Segundo Estágio:** Idade do retrocesso das pandemias. Declínio da Mortalidade devido à diminuição das pandemias, e as epidemias locais de doenças infecciosas diminuir em frequência e magnitude. Aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer. Aumento da expectativa de vida para em média 50 anos. Período entre o final do século XIX e início do século XX.

**Terceiro Estágio:** Idade das doenças degenerativas e das provocadas pelo homem. Aumento da prevalência de mortalidade por doenças degenerativas, como as cardiovasculares, o câncer, o diabetes

mellitus, e as metabólicas. Também das doenças causadas pelo desenvolvimento das sociedades, como as exposições a radiações, acidentes de trânsito, violência, doenças ocupacionais, e principalmente a introdução de alimentos cancerígenos no meio ambiente, na forma de inseticidas, pesticidas, e conservantes alimentares. Acrescenta-se também o estresse da vida cotidiana. A expectativa de vida aumentou de 70 a 79 anos de idade.

**Quarto Estágio:** Idade do declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, das mudanças do estilo de vida, do envelhecimento populacional, do surgimento de novas e ressurgimento de antigas doenças já controladas. Taxas de mortalidade e fertilidade continuam baixando, resultando num crescimento negativo (França, Suécia, e Alemanha), com expectativa de vida em torno de 85 a 90 anos. Aparecimento da AIDS, e o ressurgimento da tuberculose, malária, dengue e cólera. Período compreendido entre as quatro últimas décadas do século XX. Em alguns países da Europa, bem como no resto do mundo, as doenças cardiovasculares continuam aumentando como no quarto estágio.

**Quinto Estágio:** Idade da longevidade paradoxal, surgimento de doenças enigmáticas e o surgimento de tecnologias para a sobrevivência dos deficientes. A expectativa deve ultrapassar os 90 anos de idade. As doenças crônicas degenerativas e as causadas pelo homem continuam liderando a mortalidade e a morbidade.

Infelizmente, diante da realidade que vivenciamos, podemos concluir que a longevidade apresenta duas faces, ao mesmo tempo em que se constitui como um benefício por se viver mais tempo, torna-se preocupante pelo fato desse aumento na expectativa de vida vir acompanhado muitas vezes de declínio físico e psicológico, doenças crônicas, depressão, isolamento, dependência dos cuidados familiares, aumento das necessidades aos serviços de saúde e pobreza.

Na cartilha Diretrizes de Saúde da Pessoa Idosa<sup>3</sup>, Anselmo Tozi (2008, p.11) articula que devido a esse novo perfil epidemiológico ligado à velhice, constitui-se como necessidade primordial investimento na base da cadeia de saúde, que é a Atenção Primária<sup>45</sup> e quanto mais cedo interferirmos na história natural da doença, mais eficazes seremos e menor será o ônus social, físico, mental e econômico.

Por muito tempo o envelhecimento populacional sempre esteve associado a países e regiões mais desenvolvidas que gozam e usufruem de melhores atendimentos nos serviços médicos, de saneamento básico, de assistência social dentre outros fatores. Nestes locais o envelhecimento populacional não era visto com tanta preocupação como nos dias atuais devido à forma como se deu nas diferentes regiões.

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento da população constituiu um processo gradual acompanhado de crescimento socioeconômico constante durante várias décadas e gerações. Já nos países em desenvolvimento, este processo de envelhecimento está sendo reduzido há duas ou três décadas. (KALACHE; KELLER, 2000). Assim, enquanto os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecerem, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de obterem um aumento considerável em sua riqueza.

Conforme Fialho, 2012, o envelhecimento populacional ocorre mais rapidamente nos países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos em razão do rápido declínio da fecundidade nos primeiros. A exemplo, podemos acompanhar o que aconteceu com a população idosa belga que levou mais de cem anos para dobrar de tamanho, enquanto na Venezuela esse mesmo processo se dará em apenas duas décadas. No Brasil, o envelhecimento populacional acontece em consequência à importante redução da fecundidade (a partir do final da década de 1960), paralelamente à estabilização das taxas de mortalidade em níveis mais baixos, após seu significativo declínio entre 1940 e 1960. Entre 1960 e 2010, o

---

<sup>3</sup>A Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa objetiva ser instrumento de capacitação, tornando mais acessível aos profissionais de saúde informações sobre peculiaridades do envelhecimento e doenças prevalentes na população idosa, além de ser esclarecedora sobre o fluxo do indivíduo acima de 60 anos no sistema de saúde.

<sup>45</sup>Atenção primária à saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária” (OMS, 1978).

número de idosos saltou de 3 milhões para 20 milhões, um aumento de quase 700% em 50 anos. Em 2050, este segmento populacional será 3,7 vezes maior do que o de 2000, próximo de 49 milhões, representando 19% da população do país.

## 2.1. Conceituando envelhecimento e a velhice

Envelhecimento é um processo comum praticamente a todos os seres vivos que, no seu transcorrer, provoca modificações de ordem somática e psíquica que determinam alterações da relação do indivíduo com o meio que o cerca. O envelhecimento pode ser entendido como um processo de redução da reserva funcional, sem comprometer, na quase totalidade dos mecanismos, a função necessária para as atividades do cotidiano. Saudável é um atributo de quem tem saúde, termo ainda entendido como 'ausência de doenças', se assim fosse, contando com as técnicas diagnósticas atuais e com o aumento da expectativa de vida do ser humano, seríamos todos "condenados" a não ter saúde, portanto seríamos considerados insanos já nas primeiras décadas da vida. (FILHO, 2009, p. 27)

Nas últimas décadas muito se tem debatido acerca do processo de envelhecimento, estudiosos das mais variadas áreas se debruçam sobre a temática na tentativa de compreender como se dá tal processo, se há uma idade limite que determina quando de fato começa o envelhecimento e os desdobramentos sociais, econômicos e culturais da velhice na atualidade.

De acordo com Camarano (2002) para entender o processo de envelhecimento da população brasileira o primeiro passo é definir o que se considera como população idosa:

É um grupo populacional que vive a última fase da vida. Não há uma ideia clara do que marca a transição para essa fase. Pode-se falar em processos biológicos, aparência física, surgimento de doenças crônicas, perda de capacidades físicas e mentais e de papéis sociais, nascimento de netos, entre outros. Muitos desses processos caracterizam essa fase, mas a delimitação do seu início é difícil, pois é afetado por condições sociais, econômicas, regionais, culturais, étnicas e de gênero.

Ela ainda pontua que:

[...] o envelhecimento populacional é definido em nível coletivo e ocorre a partir da proporção da população idosa na população total. A população está envelhecendo quando aumenta a proporção de idosos e aumenta, em consequência, a idade média da população. É um processo que pode ser reversível se aumenta a proporção de menores de 15 anos. (2005).

O envelhecimento populacional consiste como uma modificação na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima

de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. Lembrando que, de acordo a OMS (Organização Mundial de Saúde) idoso, nos países desenvolvidos, é toda é qualquer pessoa com idade superior a 65 anos e nos países em desenvolvimento essa idade cai para 60 anos. O envelhecimento é um processo natural inerente a todo o ser humano, diferindo apenas no ritmo e na forma que cada indivíduo vivência essa fase, começa desde o nascimento e prolongando se até a morte.

Muitas pessoas atribuem velhice apenas a idade cronológica, deixando de lado as influências exercidas pelos fatores ambientais, genéticos, de atenção à saúde, ou seja, o meio no qual vivemos, as condições de vida que levamos; a própria sociedade influência bastante na forma que chegaremos à velhice.

Os termos envelhecimento e velhice são bastante complexos e de conceituações variadas. Sendo que na grande maioria das vezes a sociedade traz a sua interpretação ligada a algo ruim, como se a pessoa por ser idosa deixasse de lado as características humanas, e só fossem visualizados os aspectos negativos. Todos querem envelhecer e chegar a alcançar os índices mais altos de longevidade, mas não estão preparados para lidar com as consequências advindas.

É complexo o tema do envelhecimento, pois complexos são todos os processos vitais experimentados desde o nascimento, a infância e a adolescência até a vida adulta. Recusamo-nos não a reconhecer a complexidade, mas sim a colocar como farinha do mesmo saco envelhecimento, doença, privação, dependência, tristeza e frustração. (MINAYO, 2002).

Já Neto (2002, p.10) definiu o processo de envelhecimento, bem como a velhice da seguinte maneira:

O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados. [...] o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levar a morte.

O autor citado acima conceituou tais processos numa visão gerontológica. Ele partilha da ideia de que à medida que envelhecemos sentimos no próprio corpo os sinais referente ao processo do envelhecer, sendo o mesmo perceptível através da

textura da pele, tonalidade do cabelo, diminuição da audição, andar mais lento. E em alguns casos o surgimento de algumas doenças crônicas com maior incidência em idosos, como a diabetes, hipertensão, problemas cardíacos, entre outras enfermidades. Ficando claro que a velhice não surge de uma hora pra outra e sim como resultado de um processo decorrente dos anos vividos.

Costa (1998) tenta explicitar de forma sucinta e objetiva o que difere ambos os conceitos.

Envelhecimento: processo evolutivo, um ato contínuo, isto é, sem interrupção, que acontece a partir do nascimento do indivíduo até o momento de sua morte [...] é o processo constante de transformação.  
Velhice: é o estado de ser velho, o produto do envelhecimento, o resultado do processo de envelhecer.

O envelhecimento é um processo fisiológico, independe da classe, raça, credo ou função social, Goldman (2003) argumenta que [...] por seu caráter multifacetado, o envelhecimento abarca múltiplas abordagens: físicas, emocionais, psicológicas, sociais, econômicas, políticas, ideológicas, culturais, históricas, dentre outras. A conjuntura marca as diversas formas de viver e de conhecer o envelhecimento, assim como as determinações culturais tomam formas diferenciadas no tempo e no espaço.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como,

um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte. (BRASIL, 2006, p.8).

Todo o ser humano está sujeito ao processo de envelhecimento, bem como as consequências advindas do seu transcurso, independentemente das medidas tomadas para evitar sua ação sobre o corpo, as mudanças físicas podem até ser retardadas, porém é inevitável chegar à velhice sem vivencia-las, entretanto cabe a todos o direito de envelhecer com saúde e dignidade, desfrutando de cada momento e nas diferentes fases do seu ciclo de vida.

## **2.2. Políticas de saúde para a população idosa no Brasil**

Graças às lutas pela democratização da saúde e por uma “reforma sanitária nacional”, travada pelo Movimento de Reforma Sanitária<sup>6</sup> entre 1976 e 1988, o sistema de saúde brasileiro tem passado por intensas transformações em virtude das mudanças na política de saúde.

Até então, antes de 1988 só os que possuíam carteira de trabalho assinada e estava em dias com as contribuições pagas a previdência social tinham garantido por lei o direito a assistência médica, através dos serviços prestados pelo INAMPs. Sendo o modelo de atendimento aos serviços de saúde divididos em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os estigmatizados como indigentes.

A saúde no Brasil foi reconhecida como direito social após aprovação na constituição de 1988, assim como a educação, o trabalho, a moradia, a segurança [...], cabe salientar que o artigo 196 da constituição reconhece a saúde como: [...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para reafirmar o direito a saúde foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, e a Lei 8.142 que tem como princípios norteadores a universalidade, a integralidade, e a equidade, baseado na descentralização dos serviços de saúde, visando garantir direitos iguais a todo e qualquer cidadão a quem dele necessitar. Só a partir deste momento o acesso à saúde estendeu-se a toda população, independente de ser ou não contribuinte da previdência.

A saúde como um direito implica que ela seja concebida e implementada pelo Estado mediante políticas específicas e/ou afins tendo como público-alvo toda a população, independentemente de qualquer condição social específica dos diferentes segmentos que a compõem. (MELO 2009 *apud* COHN, 2006, p. 245).

---

<sup>6</sup> Este movimento (por vezes chamado simplesmente de movimento sanitário), embora não homogêneo, produziu um amplo consenso em torno de princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado na saúde, a começar pela inequívoca afirmação de que a saúde deveria ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, seguindo por uma compreensão bastante ampliada da saúde e de seus determinantes sociais, bem como por uma visão bastante ampliada das responsabilidades do Estado para com a saúde. Tal movimento também formulou os princípios que deveriam nortear a construção de um sistema de saúde, sendo estes os elementos centrais que comumente chamamos de princípios e diretrizes do SUS.

Diante da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira e em acordo com os direitos previstos na Constituição de 1988, no ano de 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI) através da Lei 8.842/94, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96. Esta política assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, assegurando aos idosos o acesso à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. (BRASIL, 2010). Trazendo na sua composição as seguintes diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (BRASIL,2006)

Diante do que foi posto, fica claro que o objetivo desta política é acima de tudo garantir que os idosos tenham um envelhecimento saudável, desempenhem um papel social ativo no meio em que vivem e com melhor qualidade de vida, cabendo ainda aos idosos ter atendimento prioritário na área de saúde.

A PNI institui ainda, que é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado promover meios/ações para que os idosos gozem dos direitos a eles direcionado. Preservando-os da discriminação de qualquer natureza, garantindo a cidadania, a inclusão nas atividades sociais, de lazer, dentre outros.

O Estatuto do Idoso fruto da luta, sobretudo, do movimento dos aposentados regulamentado pela Lei 10.741/2003 representa uma grande conquista, assegurando direitos da população brasileira com idade superior a sessenta anos, estabelecendo em seu artigo 9º que é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições dignas. (BRASIL, 2003, p 10). De sorte que vem favorecendo na expansão da resposta do Estado e da sociedade às

necessidades da população idosa, além de servir como referência para o movimento social na área.

Segundo Bastos (2013, *apud* SILVA, 2005) a principal função do Estatuto é funcionar como uma carta de direitos, fortalecendo o controle do poder público em relação ao melhor tratamento das pessoas com idade avançada. Respeitando a sua dignidade, galgando um lugar de respeito, transformando-se numa verdadeira educação cidadã, buscando alcançar a posição de cidadão efetivo na sociedade, aos idosos com participação ativa.

O Estatuto se tornou um grande aliado quando se trata das reivindicações aos direitos dos idosos, porém não traz consigo meios para concretizar as ações propostas, ficando a cargo do Estado através do SUS garantir a atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral e em todos os níveis de atenção, como é citado nos artigos 15 e 18 da lei.

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.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I - cadastramento da população idosa em base territorial;

II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde;

§ 2º Incumbe o Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança dos valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

Art. 16 Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de duas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder á opção, esta será feita:

I - pelo curador, quando o idoso for interditado;

II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

O envelhecimento saudável e a saúde da pessoa idosa tem sido uma das maiores preocupações das entidades de defesa dos direitos dos idosos, visto que, por ser um fenômeno atual dispõe de poucos estudos e políticas públicas escassas voltadas para esse segmento da sociedade. E o estatuto tem servido como uma bússola para muitos idosos que necessitam utilizar os serviços de saúde e não dispõem de condições econômicas para arcar com os elevados custos dos serviços.

Sabemos que há um longo caminho a ser trilhado e muitas outras conquistas precisam ser alcançadas em favor dos idosos, pois por longos anos vimos a negação aos direitos de pessoas que outrora contribuíram para o progresso da nação, e foram responsáveis pela construção histórica, cultural e social do país. Podemos afirmar que mesmo com toda a política do SUS e leis em favor dos idosos os mesmos ainda se sentem excluídos e humilhados frente ao sistema, no qual o período de espera por atendimentos nos serviços de saúde e atraso nos tratamentos ultrapassam todos os limites, e muitos vem a óbito por desconhecerem os seus direitos ou pela negação deles.

### **2.3. Principais problemas de saúde que afetam a população idosa**

Como já vimos anteriormente o envelhecimento é marcado por uma série de mudanças tanto fisiológicas, bem como, psicológica e social. O estilo de vida que levamos e a forma como nos alimentamos exercem grande influência nessa relação envelhecimento x saúde, tendo em vista que, fazem parte desse processo os fatores, ambientais, socioeconômicos, culturais e políticos.

Segundo Zimerman (2000) além das alterações biológicas visíveis ou não no corpo físico, há também uma série de mudanças do comportamento que se instala no ser humano com o decorrer do envelhecimento [...], tais mudanças estão relacionadas aos órgãos sensoriais, uma vez que dentre os diversos órgãos do corpo humano, os relacionados aos sentidos vão permear a relação do indivíduo com o mundo externo, como, também, vão influenciar no padrão de conduta do idoso.

É inegável as mudanças percebidas no nosso corpo no decorrer dos anos vividos, até mesmo ao olharmos para o espelho podemos presenciar cada marca deixada em nós pelo tempo e pelas ações advindas através dele. E mesmo que esse processo não venha acompanhado por enfermidades, podemos sentir as limitações que se estabelecem no corpo de cada um.

Na atual conjuntura social, podemos perceber que tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento a velhice vem sempre acompanhada por doenças crônicas, que muitas vezes comprometem a qualidade de vida do idoso, doenças essas que na sua grande totalidade são herdadas desde a infância, relacionadas à pobreza, má alimentação, diminuição das atividades físicas, dentre outros.

Ramos (2009, p.40), esclarece que, “mesmo o envelhecer sem doença, envolve algum grau de perda funcional, compatível com a fisiologia da senescência<sup>7</sup>, expressa por uma diminuição discretíssima, porém contínua de vigor, força, prontidão, velocidade de reação e outras funções” [...] quando essa perda é exagerada devido um fator genético ou exposição ambiental, temos o aparecimento de um quadro clínico de doença crônica.

Em um dos seus estudos Jacob Filho (2009) assegura a facilidade que temos em perceber que, à medida que envelhece o homem vai acumulando doenças crônicas, e que as mesmas farão parte do patrimônio social durante a sua existência, e quando tratadas de forma descontrolada ou descompensada, trazem sérias complicações para o indivíduo. Tornando-se necessário, que haja a possibilidade de diminuir os efeitos deletérios da doença, para que possa ocorrer para a maioria dos idosos um envelhecimento saudável.

---

<sup>7</sup> Senescência: conjunto de alterações fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento, como o aparecimento de rugas e cabelos brancos, diminuição da capacidade pulmonar, entre outros.

Com base no Caderno de Atenção Básica- nº 19, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, há algumas doenças crônicas com maior índice de incidência em idosos no Brasil. Ficando claro que o estado de saúde coexiste com uma ou mais doenças crônicas, e que a população idosa costuma ter pelo menos uma dessas doenças que necessita de tratamento medicamentoso.

Dentre as enfermidades mais comuns entre os idosos estão:

Enfermidades	Definição	Prevalência entre os idosos
OSTEOPOROSE	A osteoporose é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a “Epidemia Silenciosa do Século”, e atualmente um problema de saúde pública no mundo inteiro devido ao aumento na expectativa de vida das populações. É uma doença de grande impacto devido à sua alta prevalência e grande morbimortalidade. Afeta indivíduos de maior idade, de ambos os sexos, principalmente, mulheres na pós-menopausa.	Cerca de 10 milhões de brasileiros (as) sofrem com osteoporose e 24 milhões de pessoas terão fraturas a cada ano, sendo que 200 mil indivíduos morrerão como consequência direta de suas fraturas.

DIABETES MELLITUS	É uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade. O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular.	A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, terão nefropatia, 20 a 35%, neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular.
INCONTINÊNCIA URINÁRIA OU PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA	É um sério problema de saúde que afeta milhões de pessoas e pode ocorrer em qualquer idade, tendendo a manifestar-se mais frequentemente com o aumentar da idade, principalmente nas mulheres na perimenopausa.	A prevalência da Incontinência Urinária é maior nas mulheres que nos homens entre os 50 e 75 anos, não apresentando variações por sexo na idade mais avançada. Estima-se que entre as pessoas idosas, a prevalência de IU é de aproximadamente 10 a 15% entre os homens e de 20 a 35% entre as mulheres. Idosos institucionalizados e os providos de internação hospitalar recente apresentem incontinência urinária de 25 a 30%.

DEPRESSÃO	<p>Entre as pessoas idosas, a depressão talvez seja o exemplo mais comum de uma doença com apresentação clínica inespecífica e atípica.</p> <p>Não é apenas tristeza e não é inerente ao processo de envelhecimento, é uma doença que deve ser tratada.</p>	<p>A prevalência da doença na população em geral varia de 3 a 11% e é duas vezes maior entre as mulheres do que entre os homens. Nas Instituições de Longa Permanência, cerca de 50% dos residentes são portadores de algum problema psiquiátrico, sendo que os quadros demenciais são os mais comuns seguidos por problemas comportamentais e depressão.</p>
DEMÊNCIA	<p>A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. O comprometimento das funções cognitivas é comumente acompanhado, e</p>	

	<p>ocasionalmente precedido, por deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. A demência produz um declínio apreciável no funcionamento intelectual que interfere com as atividades diárias, como higiene pessoal, vestimenta, alimentação, e atividades fisiológicas.</p>	
AIDS	<p>A epidemia de HIV e AIDS em pessoas idosas no Brasil tem emergido como um problema de saúde pública, nos últimos anos, devido a dois aspectos emergentes: incremento da notificação de transmissão do HIV após os 60 anos de idade e o envelhecimento de pessoas infectadas pelo HIV.</p>	<p>O número de casos de AIDS, em pessoas idosas, notificados ao Ministério da Saúde, na década de 80, eram apenas 240 em homens e 47 em mulheres. Na década de 90, verifica-se um total de 2.681 homens e 945 mulheres. Do primeiro caso, nessa população até junho de 2005, o total de casos passou para 4.446 em homens e 2.489 em mulheres.</p>

<p>QUEDA</p>	<p>A queda representa um grande problema para as pessoas idosas dadas as suas consequências (injúria, incapacidade, institucionalização e morte) que são resultado da combinação de alta incidência com alta suscetibilidade à lesões.</p>	<p>Cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano. Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em ILPI. As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade, a partir dessa idade as frequências se igualam. Dos que caem, cerca de 2,5% requerem hospitalização e desses, apenas metade sobreviverá após um ano</p>
--------------	--	--

Diante do quadro acima podemos observar que grande parcela da população idosa é acometida por doenças que os obrigam a se submeter a tratamentos medicamentosos e exigem dos mesmos maiores cuidados, e atenção para a preservação da vida. Em alguns casos, a depender da doença, precisam de internamentos e constante acompanhamento médico.

Em estudos realizados pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML), em 2006 foram constatadas que as doenças crônicas são as principais causas de morte no mundo, às quais foram atribuídas 35 milhões de óbitos em 2005, quase 60% da mortalidade mundial e 45,9% da carga global de doenças. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se essa tendência for mantida, elas deverão responder por 73% dos óbitos e 60% da carga de doenças no ano 2020.

E nos países das Américas e no Caribe, as doenças crônicas chegam a ser a causa de 75% dos óbitos, sendo que as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por aproximadamente 30% das mortes, cujos principais fatores de risco são a hipertensão arterial, o tabagismo, o colesterol elevado, a obesidade, os hábitos alimentares não-saudáveis e o sedentarismo. Em 2000, estimativas

indicaram que, nesses locais, a prevalência da hipertensão variou de 14% a 40% entre indivíduos na faixa de 34 a 64 anos, perfazendo um total de 140 milhões de hipertensos. Estimaram-se também, nas Américas e no Caribe, cerca de 35 milhões de pessoas com diabetes e calcula-se que serão 64 milhões até o ano de 2025. Essas duas condições acarretam um aumento constante na prevalência de DCVs, em particular a doença isquêmica do coração e o acidente vascular cerebral (AVC), bem como insuficiência renal, cegueira, entre outras. (Revista da Sociedade Médica Laboratorial, 2006).

Diante das evidências, fica claro que devemos investir na prevenção das doenças, oferecendo acesso facilitado aos serviços de saúde, buscando mecanismos de conscientização para que a população possa está alerta as reais necessidades de recorrer aos médicos e mudar alguns hábitos alimentares, por esse último ser um dos principais fatores que contribuem para a prevalência da enfermidade no corpo.

De acordo com dados do Datasus (2003) os usuários com 60 anos ou mais tiveram uma média de permanência hospitalar de 7,3 dias e custo médio por pessoa de R\$ 666,00, enquanto os usuários entre 15 e 59 anos apresentaram taxa de hospitalização de 64,26, média de permanência de 5,9 dias e custo médio de R\$ 477,00. A população de pessoas idosas, que representa 9,2% da população total brasileira, consome em média 26% dos gastos com hospitalizações.

A cada ano tem sido crescente o número das doenças crônicas, bem como o número de internações e óbitos por parte dessas patologias. O que nos leva a crer que apesar de toda a política criada pela OMS, devem-se haver maiores investimentos no setor de saúde por parte do Estado, e levado com maior seriedade pelas entidades gestoras da saúde. Tendo sempre em mente que envelhecimento não significa está condenado a ser doente e a velhice não deve ser vista como estado de degeneração como muitos erroneamente a associam.

## Capítulo III

### 3. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA

Este estudo foi realizado na Comunidade Rural da Fazenda Canabrava, pertencente ao município de Coração de Maria. Historicamente o município de Coração de Maria iniciou-se em uma fazenda pertencente a Bento Simões nos meados do século XVIII. Em 1848 naquele local foi construída uma capela coberta por palha sendo consagrada ao Santíssimo Coração de Maria que foi anexada a freguesia do S.S. Coração do Pedrão, começando o progresso do povoamento, tendo acelerado com a chegada de europeus que vieram em busca de fortuna, alguns deles voltaram para as suas terras de origem, e os que ficaram constituíram famílias, cujos descendentes compõem a atual sociedade mariense.

A formação do município também teve influência do jesuíta Frei Paulo de Carnicalle que incentivou a construção da Igreja Matriz em substituição à capela já existente. Localiza-se na zona fisiográfica de Feira de Santana e esta parcialmente incluída no Polígono da Seca.

Com base no censo demográfico de 2001, Coração de Maria possui uma população de 23.818 pessoas, sendo 7.528 na zona urbana e 16.290 na zona rural.

Clima variado seco e sub-úmido. O potencial agnoclimático apresenta uma facilidade climática para o cultivo de côco-de-baia, banana, mandioca, abacaxi, fumo, milho, amendoim, feijão e tomate. Tendo como principal atividade econômica a agricultura, prevalecendo o plantio de mandioca, fumo, abacaxi. O gado bovino predomina na pecuária no município. No ano de 2003 foi instalada uma unidade industrial no município, a Indústria de Bolsa Tonin do Nordeste LTDA, porém é o funcionalismo público o seu maior meio de sobrevivência econômica.

Este município encontra-se a 104 km de distância da capital, a qual tem acesso pela BR-324, a rodovia que liga a seus municípios vizinhos Conceição do Jacuípe e Irará é a BA-084 e a que liga a Feira de Santana é a BA-503 via Itacava (distrito de Coração de Maria). Tendo como cidades limítrofes ao norte com Irará, ao sul com Conceição do Jacuípe, ao leste com Teodoro Sampaio, ao noroeste com Santanópolis, ao nordeste Pedrão.

A Comunidade Rural da Fazenda Canabrava é uma localidade que fica a 15 km de distância da sede municipal, sua população é predominantemente jovem e

adulta, composta basicamente por agricultores e aposentados. É uma região de fácil acesso, estando localizada entre as cidades de Pedrão e Irará, sendo que a maioria das estradas que liga ao município são de via asfaltada.

As casas possuem água encanada e luz elétrica, o fornecimento de água para a população em geral se dá através dos poços artesianos que atende a quase toda a demanda e alguns tem o próprio poço dentro das suas propriedades. A comunidade conta apenas com uma escola local que atende de alfabetização ao quinto ano.

Quanto aos serviços de saúde a Comunidade possui um posto de saúde com uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) que atende à população da comunidade e localidades adjacentes. A equipe é composta por uma auxiliar de enfermagem e uma técnica de enfermagem, por um médico e um enfermeiro. O atendimento com os profissionais estão programados para acontecer de segunda a sexta. O principal fator que prejudica a regularidade dos atendimentos é a alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos. A comunidade é servida também por um Agente Comunitário de Saúde (ACS).

O atendimento médico na unidade é realizado a partir de agendamentos na própria unidade, de acordo com as necessidades principalmente dos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos e crianças. Há uma regularidade nos atendimentos de pré-natal, puericultura. Diariamente, os atendimentos de demanda espontânea no posto de saúde são realizados pela enfermeira e pela técnica de enfermagem, que executam atividades como curativos, pesagem das crianças, aferição de pressão arterial e vacinação nos períodos das campanhas, além da distribuição de medicamentos para as pessoas cadastradas nos grupos de hipertensão e diabetes. A USF não dispõe de meios para a realização de exames laboratoriais, consultas de especialidades médicas básicas, internações hospitalares e atendimentos de urgência.

## Capítulo IV

### 4. MINHA VIDA, MEUS DESAFIOS, MEU PASSADO E MEU FUTURO

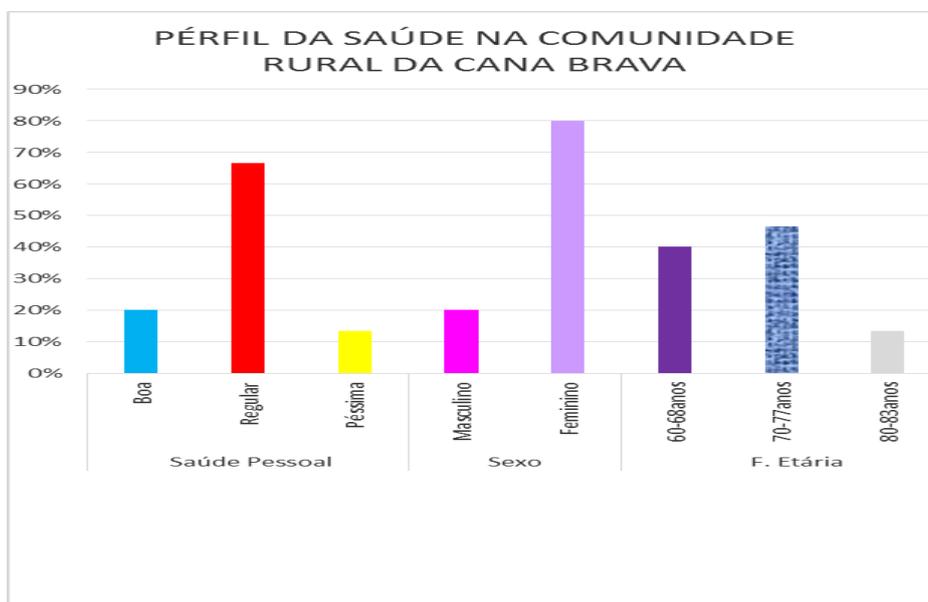
Ao refletir sobre a essência do tema pesquisado senti a necessidade de intitular em especial esse capítulo, uma vez que, visitar e conversar com cada idoso trouxeram-me ensinamentos que permanecerão por todo o resto da minha vida. Por mais que a gente negue sempre há um olhar preconceituoso, uma desconfiança em torno do torna-se “velho”. E durante a aplicação dos questionários pude perceber em cada um dos idosos suas aspirações, seus medos e acima de tudo a gratidão pelos anos vividos mesmo diante de tantos desafios enfrentados, de um passado muitas vezes marcado pela dor, fome e muito trabalho e sofrimento. O mais bonito de se ver é que mesmo alguns com mais de 75 anos de idade ainda fazem planos para um futuro longínquo e sonham com uma vida melhor.

#### 4.1. Análise dos dados e resultado

Dentre os 15 idosos entrevistados, 03 homens e 12 mulheres, predominaram as idades de 60 a 83 anos.

Dos 15 idosos, 67% ao serem questionados sobre a sua percepção de saúde pessoal responderam que a consideram regular, enquanto que para 20% a saúde individual é boa e apenas 13% declararam-na como péssima. (Gráfico 01).

*Gráfico 01- Percepção dos idosos acerca da saúde pessoal, sexo dos depoentes e distribuição por faixa etária*



Com relação aos locais procurados pelos idosos quando necessitam acessar os serviços de saúde, observa-se que a maioria (73%) buscava o Posto de Saúde da Comunidade, num primeiro momento. E ao serem informados pelo clínico que atende na USF de que necessitam de atendimento médico específico, tais como: cardiologista, ginecologista, endocrinologista, ortopedista, dentre outras especialidades, (67%) dos depoentes declaram que recorrem diretamente ao consultório médico particular, mostrando-se insatisfeitos com os serviços da rede pública gratuita, bem como a demora no acesso aos serviços. Só (27%) recorrem a Secretaria de Saúde na tentativa de conseguir uma consulta via SUS na forma do processo TFD (Tratamento Fora do Domicílio) pelo fato do município não contar com uma rede de serviços para casos mais complexos, e (7%) declarou que desloca-se ao hospital da cidade vizinha em busca do serviço. Devendo ser levado em conta que nesse quesito cada depoente teve o direito de escolher (02 duas) alternativas. Em geral a população recorre a mais de um serviço de saúde quando necessitam de atendimento. (Gráfico 02).

A Unidade de Saúde da Família se apresenta como a principal fonte de acesso a saúde na atenção básica devido a sua localização geográfica, estando situada em local estratégico, além de constituir-se como a única alternativa na comunidade, porém, nem sempre oferece atendimentos satisfatórios. Segundo relatos da população há uma grande rotatividade de médicos clínicos, sendo que em alguns casos o profissional não ocupa o cargo por mais de 03 (três) meses, e com a alteração no quadro médico a população fica sem atendimento por longos períodos. Conforme o relato das depoentes:

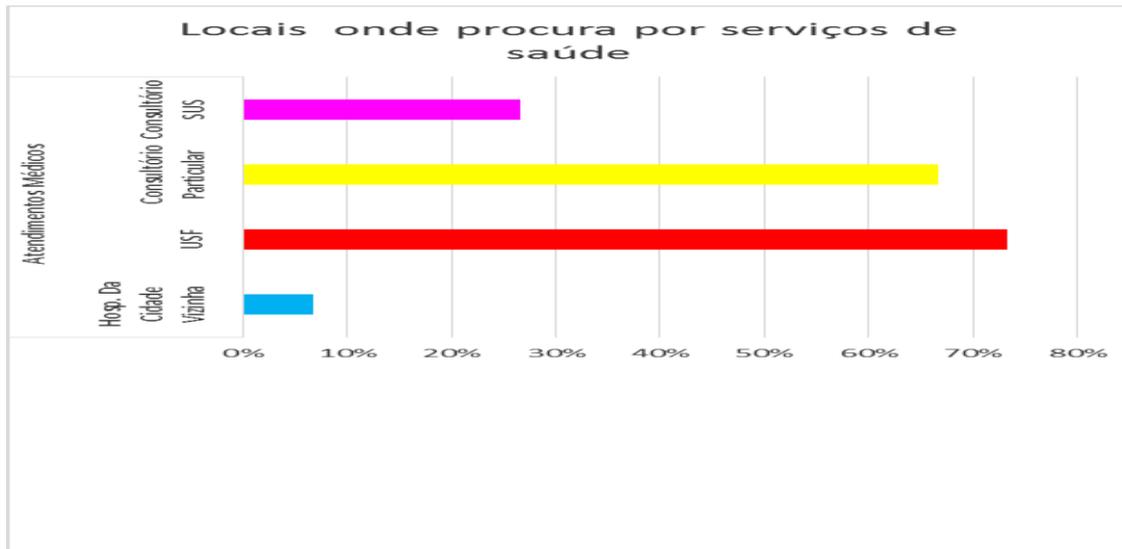
*Depoente 01- “Minha filha, eu só vou ao Posto porque não tenho dinheiro para ir buscar atendimento em outro local, houve tempo que a gente marcava a consulta chegava lá não tinha médico, a gente remaritava, ia lá novamente e nada”.*

*Depoente 02- “O Posto médico daqui é só uma enganação, às vezes a gente chegava lá e passava o dia inteiro com sede aguardando o médico e nem sempre tinha um bom atendimento. Por isso que quando eu tenho dinheiro vou logo ao particular, que a gente é atendido e não precisa passar por tanta humilhação”.*

Infelizmente, a realidade vivenciada pela população rural de Coração de Maria é semelhante às demais regiões rurais em redor do mundo como podemos comprovar através dos estudos de outros pesquisadores:

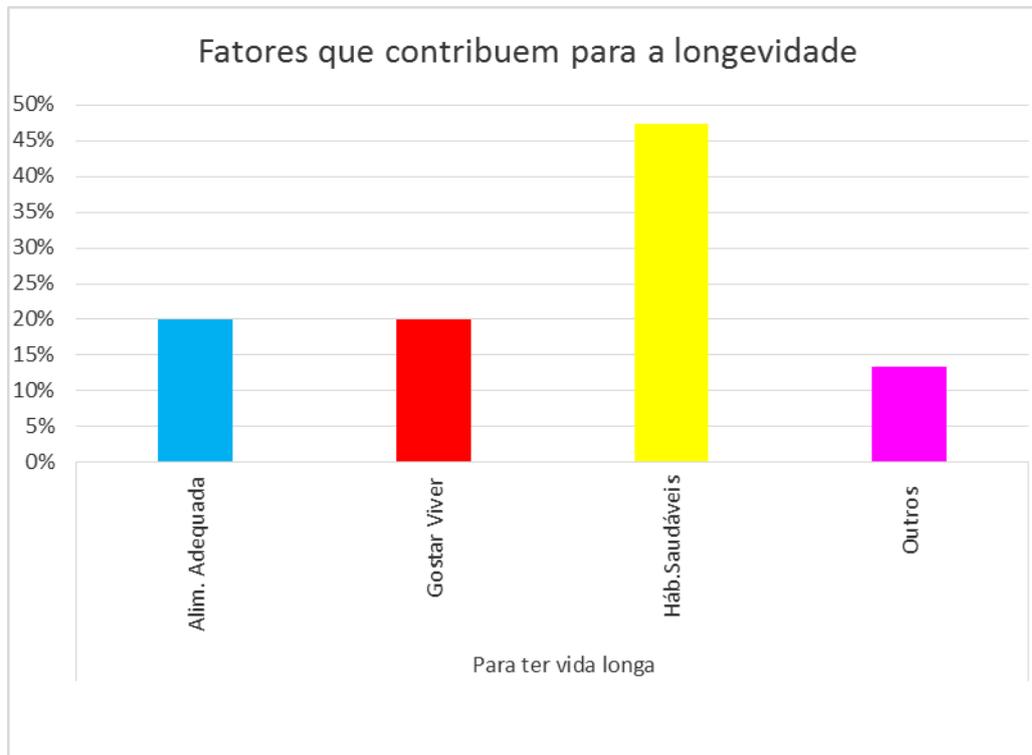
A dificuldade de se atrair médicos e outros profissionais de saúde, além da grande rotatividade destes profissionais e a qualidade da assistência oferecida são outros problemas particulares aos serviços de saúde das áreas rurais, incidindo diretamente no acesso aos cuidados. (VIEIRA, 2010 *apud*, FREDERICKX, 1998; BRABYN; BARNETT, 2004).

Gráfico 02- Avaliação dos locais utilizados pelos idosos na busca pelos serviços de saúde



Ao serem questionados sobre os fatores que consideram de fundamental importância para a elevação do índice de longevidade, 47% dos depoentes citaram a adoção de hábitos saudáveis como primordial, 20% declararam que consideram a alimentação adequada, seguidamente outros 20% acreditam que a pessoa precisa gostar de viver e 13% atribuem a longevidade a fatores espirituais ligados a Deus. (Gráfico 03)

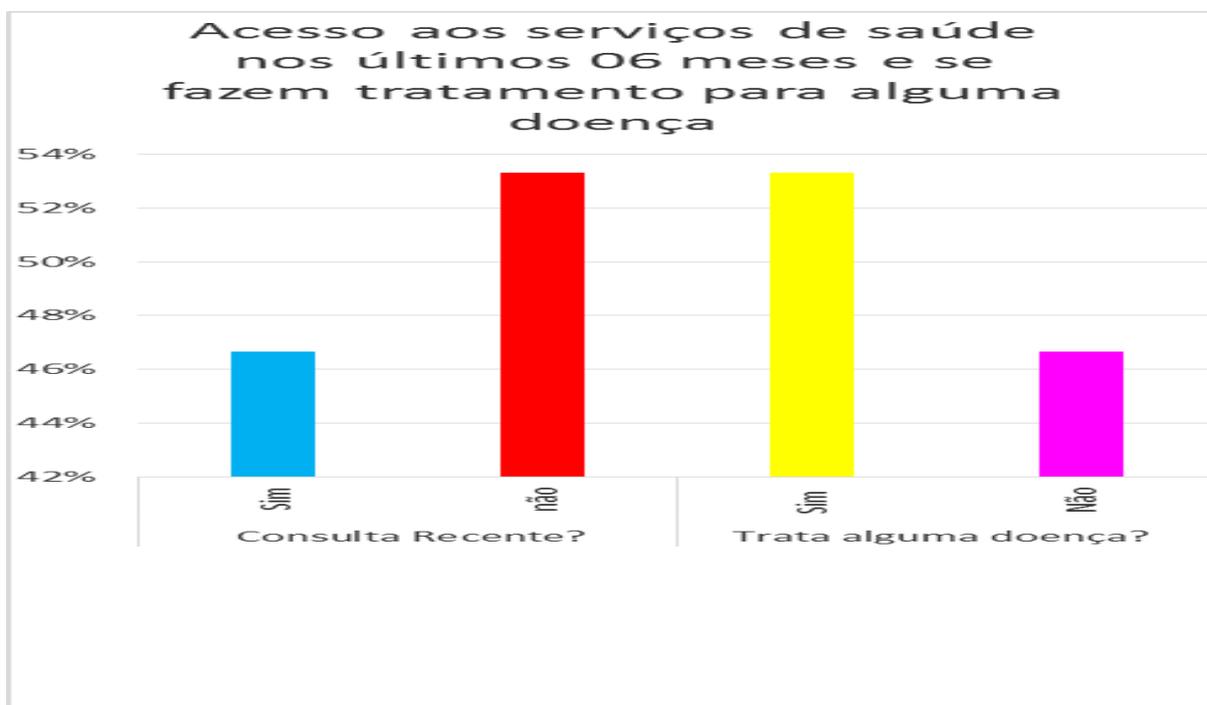
Gráfico 03- Percepção dos idosos acerca dos fatores que contribuem para a longevidade



Quando questionados se nos últimos 06 (seis) meses haviam acessado algum serviço de saúde, somente 47% disseram ter buscado, enquanto 53% afirmaram não terem tido necessidade. E quanto aos que declaram recorrer às instituições de saúde nos últimos meses, 53% são dependentes de medicamentos para doenças crônicas não-transmissíveis, que requer acompanhamento médico frequente e os mesmos declararam que a busca por medicamentos é o fator determinante na maioria das vezes para a sua frequência nas unidades de saúde. (Gráfico 04). De acordo com Dias da Costa *et al.* (2008) o manejo das doenças crônicas não transmissíveis exige controle mais intensivo de pacientes aumentando seus contatos com os serviços de saúde, podendo, de certa forma, explicar o maior acesso a consultas observado nessa população.

Das 15 pessoas entrevistadas, 47% fazem tratamento medicamentoso para 02 (duas) ou mais enfermidades, e apenas 7% faz uso de apenas 01 (um) tipo de medicamento. Enquanto 47% afirmam não fazer uso de nenhum tipo.

Gráfico 04- Acesso aos serviços de saúde nos últimos meses, e percentual dos que tomam medicamentos para alguma enfermidade

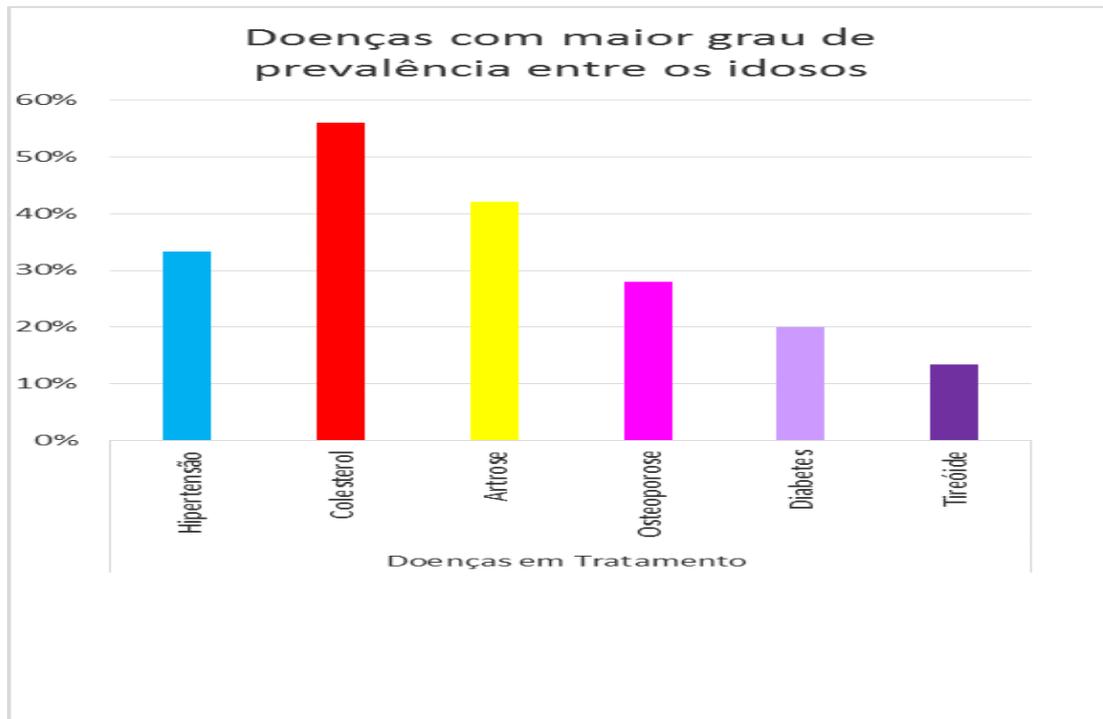


Quando se trata das enfermidades que mais acometem os idosos, a hipertensão arterial vem liderando, cerca de 34% dos depoentes, que sofrem de alguma enfermidade, afirmaram ser portadores da doença, 27% afirmaram que possuem elevados níveis de colesterol, 20% sofrem de artrose, outros 20% são diabéticos e 13% fazem tratamento para tratar problemas na tireoide (Gráfico 05).

A hipertensão arterial é a principal queixa de morbidade referida pela população idosa brasileira. Camarano (2005) afirma que nos últimos anos aumentou-se o número de pessoas que declararam possuir hipertensão arterial e diabetes mellitus, atribuindo tal fato ao envelhecimento populacional idoso, estando às mesmas presentes tanto em meio ao público masculino quanto feminino, sendo sua maior prevalência entre as mulheres.

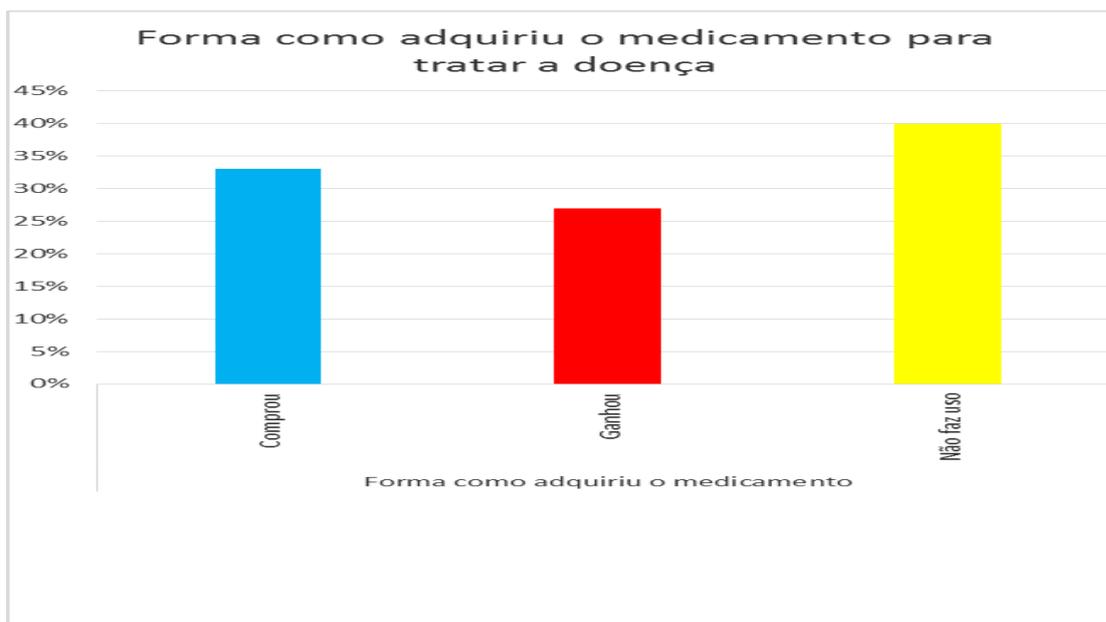
Apesar de a diabetes ser referenciada pelos idosos brasileiros como uma das enfermidades mais atuantes das últimas décadas, no nosso estudo ela foi pouco mencionada, somente 20% dos depoentes declararam serem portadores da mesma.

Gráfico 05- Doenças mais comuns entre os idosos da Canabrava.



Na busca pelos medicamentos que são prescritos aos idosos pesquisados, 34% adquirem gratuitamente através dos programas do governo, 27% tiveram que pagar pelo remédio, pois alguns não são disponibilizados pelo SUS, 40% declaram que não fazem uso de nenhum tipo de medicação.

Gráfico 06. Como os idosos rurais de Coração de Maria conseguem seus medicamentos.



A análise da revisão bibliográfica sobre os temas velhice, saúde, e envelhecimento foram extraídas de artigos encontrados na base de dados da SCIELO, e LILACS, além de literaturas impressas.

O que significa ser “velho e velha” para o idoso da zona rural de Coração de Maria?

Devemos buscar compreender a velhice em todos os seus aspectos, pelo fato de desencadear mudanças tanto físicas como psicológicas e por entendermos que se trata de um processo de difícil conceituação por englobar fatores múltiplos que perpassam desde o biológico a fatores culturais e sociais. De sorte que, para entendermos melhor a significação desse processo, acreditamos que seria oportuno levar em consideração a opinião das pessoas que estão vivenciando essa fase, permitindo assim aos idosos da zona rural expor seu ponto de vista acerca da temática por constituir-se o principal alvo do nosso estudo.

Realizar esse trabalho junto à população idosa da zona rural vai além de uma simples coleta de dados, nos possibilitando a ter um olhar mais atento as necessidades do outro, permitindo nos vivenciar junto a eles todas as experiências passadas e troca de conhecimento.

E ao serem indagados sobre o que é ser “velho”, muitos foram pegos de surpresa, nos levando a crer que a maioria nunca tinha parado para refletir sobre essa questão. Deixando claro em seus relatos que a velhice é sempre projetada no outro e que esse outro muitas vezes nos serve como espelho, na compreensão dos idosos pesquisados a velhice é vista como algo negativo e deteriorante, que aos

pouco resulta na morte do individuo, sendo medida apenas pela idade cronológica e biológica. Observemos a seguinte tabela sobre a percepção dos depoentes acerca do ser “velho”.

*Tabela I – opiniões transcritas de todos os idosos questionados sobre o que significa ser “velho”.*

Depoente	O que significa ser “velho” (a) para o (a) senhor (a)?	Idade
01	Uma pessoa velha é igualmente a mim, pela idade que estou. A minha mulher tem menos idade que eu é e já está velha.	77
02	Velho é uma pessoa que vive acamada, não tem mais forças para fazer nada, e precisa da ajuda dos outros para fazer as coisas, até mesmo para tomar banho.	67
03	A pessoa velha é a que tem muita experiência de vida. Eu mesmo não me acho velha, porque velha é uma pessoa que tenha mais de 100 anos.	62
04	Uma pessoa velha? Acho assim, sei lá. Acho que é uma pessoa acabada, que não tem mais condições de ir para canto nenhum.	60
05	Velho é a mesma coisa que criança, a diferença é que criança faz planos para o futuro e o velho só espera a morte.	83
06	Eu nem sei minha filha. Acho que é uma pessoa que já chegou à idade.	80
07	A pessoa velha é uma pessoa que já viveu muito, já que superou os seus limites.	70
08	Rapaz. Uma pessoa velha para mim é quem não pode trabalhar e não pode fazer mais nada.	75
09	Ser velho? Velho é alguém que já viveu muito e se tiver saúde poderá viver mais ainda.	71
10	O que significa ser velho? Velho é velho mesmo. Uma pessoa que chegou a idade.	68
11	Sei lá. Agora tá difícil responder. Um velho é quem tem muita idade.	70
12	Ser velho é chegar à idade. O ano vai passando e a pessoa tem que ficar velho.	61
13	Minha filha, uma pessoa velha é de idade avançada.	73
14	Velho significa uma pessoa que vai vivendo, vivendo até alcançar uma idade.	74
16	Não respondeu, apenas riu e disse que não tem uma definição para a velhice.	60

Diante das opiniões expressas acima podemos classificar o termo “velho” para eles como: pessoa de idade avançada, sem vigor físico, dependente de outros, que tem experiência de vida, e um alguém que tem uma idade elevada, mas se tiver saúde poderá continuar vivendo. Corroborando com Costa (1998) Envelhecimento: processo evolutivo, um ato contínuo, isto é, sem interrupção, que acontece a partir do nascimento do indivíduo até o momento de sua morte [...] é o processo constante de transformação. Velhice: é o estado de ser velho, o produto do envelhecimento, o resultado do processo de envelhecer. Podemos entender que a velhice é resultado do processo de envelhecimento, fazendo parte da natureza humana, e de todo ser vivo.

Na visão de alguns colaboradores a velhice está associada à ausência de doenças, a pessoa só se tornará velha se tiver saúde para enfrentar o percurso ao longo da jornada, como podemos concluir na fala da “depoente nº 09”, velho é alguém que já viveu muito e se tiver saúde poderá viver mais ainda.

*Tabela II. Opinião transcrita de todos os depoentes acerca da significação do termo saúde.*

Depoente	Em sua opinião o que significa o termo “saúde”?	Idade
01	Saúde é cuidado com o corpo.	77
02	Saúde é dormir e acordar bem, e não viver passando mal ao comer qualquer coisa.	67
03	Saúde é a pessoa não depender de remédio, eu mesmo acho que não tenho saúde, porque tenho que tomar remédio para diabetes e artrose.	62
04	Saúde? Saúde para mim é andar, trabalhar. Ex.: Eu mesmo estou ali lavando roupa e não sinto cansaço, então acho que sou uma pessoa de saúde.	60
05	Saúde minha filha é uma pessoa forte, que não sente dores e nem reclama de nada.	83
06	Minha filha, saúde é viver bem. Se a gente não tiver saúde não vale é nada.	80
07	Saúde? A palavra saúde vem de uma conservação. De cuidar de si e evitar os males causados pela má alimentação e pela falta de hábitos saudáveis. Quer dizer ter zelo consigo mesmo.	70
08	Saúde é cuidado, ser normal e sem doenças.	75
09	Saúde na minha experiência vem da minha forma de viver e de manter bons hábitos de vida.	71

10	Saúde para mim é a pessoa fazer tudo e não sentir cansaço, nem dores.	68
11	Saúde é o principal que uma pessoa precisa ter. Saúde é não ter doenças.	70
12	Saúde é beleza pura, é bom demais.	61
13	Saúde é uma coisa que faz a pessoa se sentir saudável, é habitual de quem se cuida, que tem boa alimentação, e tem condições de se cuidar.	73
14	Saúde é muita coisa, é tudo na vida.	74

Diante das falas transcritas acima, podemos afirmar que a definição de saúde na compreensão dos idosos rurais de Coração de Maria segue a mesma definição dada pela OMS, de que a saúde deve ser compreendida como um completo bem-estar físico, social e mental e não apenas ausência de doenças. Sendo determinada por fatores relacionados a bons hábitos de alimentação, cuidado com o corpo e com a mente, e com condições favoráveis para ser e permanecer saudável, como exemplifica a “depoente de nº 13”: *“Saúde é uma coisa que faz a pessoa se sentir saudável, é habitual de quem se cuida, que tem boa alimentação, e tem condições de se cuidar”*.

De acordo as concepções de Gadamer (2006) a saúde não nos é, então, algo permanentemente consciente e ela não nos acompanha de forma preocupante como a doença. Não é algo que nos advirta ou convide ao contínuo autotratamento. Ela pertence ao milagre do autoesquecimento.

Na definição dada por Gadamer, podemos afirmar que a saúde está na capacidade de realizarmos as tarefas cotidianas, em dormirmos sem nos preocuparmos com as dores físicas, é sentir-se bem e planejar o futuro sem medo. Ao contrário do ser doente, o indivíduo quando sente dor tende a ficar insatisfeito, em desarmonia com o universo, esquece-se um pouco dos seus projetos e centra se mais em suas dores. A condição doença e saúde vão além das condições biológicas estando intrinsecamente ligada ao subjetivo e conhecimento do próprio corpo, e esse conhecimento de si mesmo, esse olhar mais acentuado nas próprias mudanças físicas, biológicas e psicológicas é o que determinará quando a pessoa pode se considerar doente ou saudável.

Por acreditarmos que um bom envelhecimento depende de um estilo de vida saudável, de boas práticas de saúde, de acesso facilitado aos serviços de saúde, moradia digna, e serviços públicos de qualidade bem como outros fatores, é

primordial que a população seja conscientizada, e informada acerca desse fenômeno que tratamos como distante, mas que está presente em cada um de nós.

De acordo a Secretaria de Direitos Humanos “Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo uma melhoria das condições de vida”. Segundo as projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações) “uma em cada 09 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para 01 em cada 05 por volta de 2050”. (...) Em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 01 bilhão em menos de dez anos e mais que duplique em 2050, alcançando 02 bilhões de pessoas ou 22% da população global.

O idoso rural, diante das lutas diárias e falta de informações acaba sendo privado de muitos prazeres, tais como: lazer, esporte, centros recreativos e o mais essencial que é o acesso aos serviços de saúde de qualidade. E nessa corrida em busca de transpor os obstáculos que lhes cercam acabam na grande maioria das vezes esquecendo-se de olhar para si mesmo e só percebem que envelhecerem quando o vigor físico e as limitações chegam as portas, e percebem que a única coisa a que teve direito durante toda a vida foi ao trabalho.

Tanto para a ciência biológica quando psicológica a vida de todos os seres vivos são marcadas por fases, e nessas fases ocorre o desenvolvimento, que perpassam pelo ato do nascer, crescer, envelhecer e morrer. Todo ser humano ao frequentar as salas de aulas aprende dessa forma, seguindo a escala evolutiva descrita na Teoria Darwinista. E desde então o envelhecimento começa a ser visto como a última porta que nos levará aos braços da morte. Por ser uma ideia presente na sociedade, muitas vezes há um estranhamento quando vemos ou ouvimos uma pessoa considerada “velha” vivendo e fazendo planos para o futuro.

De sorte que para entendermos como se dá essa transição recorreremos mais uma vez aos idosos moradores da Comunidade Rural da Canabrava. Podemos perceber entre eles que o processo do envelhecimento, a princípio, só tornou-se visível devido à idade cronológica, e posteriormente vieram os fatores biológicos e psicológicos, como pode-se constatar nas falas transcritas abaixo:

*Tabela III. Percepção dos idosos acerca do próprio envelhecimento.*

Depoente	Como foi envelhecer para (o) a senhor (a)	Idade
01	Percebi que estava envelhecendo pela idade, e fui perdendo mais as forças para trabalhar.	77
02	Envelhecer para mim foi muito bom, eu envelheci a base de muito trabalho, cuidando dos meus filhos e dos filhos dos outros também.	67
03	Rapaz! Para chegar nessa idade foi à base de muita luta, muito trabalho e muitos problemas também.	62
04	Envelhecer para mim foi bom, que não vou dizer que foi ruim. Agora eu acho que se eu tivesse trabalhado menos não estaria tão “acabada” assim.	60
05	Eu percebi que estava velha quando completei 50(cinquenta anos), a menstruação foi embora, continue trabalhando, o tempo foi passando e foram embora as minhas forças.	83
06	Eu nem sei, não senti nada, percebi através da idade mesmo.	80
07	Foi maravilhoso. Só comecei a perceber através da idade, algumas limitações físicas, comecei a sentir mais cansaço e lentidão na hora de realizar as atividades.	70
08	Percebi através do tempo. Vivi muito, trabalhei e estou vivendo.	75
09	Eu percebi que estava envelhecendo pelo passar dos anos, porque dor nenhuma nunca sentir, nem pressão alta, durmo bem e acordo bem, não senti alteração nem limitação alguma. Sempre foi lutando e trabalhando e os anos foram chegando.	71
10	Eu percebi pelo andar, pelo cansaço na hora da “labuta”.	68
11	Só percebi através do passar dos anos, a idade foi chegando.	70
12	Para mim só cheguei nessa idade porque me zelei.	61
13	Percebi que estava envelhecendo pela idade mesmo, e me apareceu dores articulares, fraqueza no corpo, tontura e visão turva.	73
14	Sei lá. Envelhecer? Ah envelhecer é natural de quem fica velho, se a pessoa não morre a tendência é ir envelhecendo.	74

Para os depoentes o processo de envelhecimento foi algo positivo, tendo sido marcado por longas e árduas horas de trabalho, e fruto dessa relação envelhecimento e trabalho surgiram as limitações físicas, o cansaço, e as fraquezas. O envelhecimento é um processo normal que acontece com todos nós com a passagem do tempo. As doenças são processos anormais e não ocorrem em todas as pessoas. As características predominantes da velhice são a redução da capacidade de adaptação, a redução da velocidade de desempenho e o aumento de

suscetibilidade à doença. Uma doença menor da juventude pode se tornar importante, até fatal, quando ocorre em pessoas idosas. (HAYFLICK, 1996, p. 133)

Ao contrário de estudos realizados por outros pesquisadores sobre os problemas de saúde que acometem a população idosa, vimos que no presente estudo, os idosos rurais parecem está um passo avante quando se trata de qualidade de vida, no qual os mesmos afirmam que esse processo só constitui-se como negativo por impossibilitar que as mesmas atividades realizadas antes com mais rapidez agora exijam mais tempo para serem executadas. Como descrito nas falas dos seguintes depoentes:

*“Foi maravilhoso. Só comecei a perceber através da idade, algumas limitações físicas, comecei a sentir mais cansaço e lentidão na hora de realizar as atividades”. Depoente 07.*

*“Eu percebi que estava envelhecendo pelo passar dos anos, porque dor nenhuma nunca senti, nem pressão alta, durmo bem e acordo bem, não sentir alteração nem limitação alguma. Sempre foi lutando e trabalhando e os anos foram chegando”. Depoente 09.*

*“Envelhecer para mim foi bom, que não vou dizer que foi ruim. Agora eu acho que se eu tivesse trabalhado menos não estaria tão “acabada” assim”. Depoente 04.*

*“Eu percebi que estava velha quando completei 50(cinquenta anos), a menstruação foi embora, continue trabalhando, o tempo foi passando e foram embora as minhas forças”. Depoente 05.*

Corroborando com (PITANGA, 2006; DEBERT, 1997; ARAÚJO; CARVALHO, 2005). O envelhecimento na população estudada está relacionado a perdas. E a principal perda verificada se dá através da diminuição da capacidade de locomover-se e exercer as atividades diárias.

De acordo Lyra (2014 *apud* Pitanga 2006), entendemos o envelhecimento como um processo que ocorre por toda a vida. A velhice é, então, uma consequência de variados fatores que se sucedem nas histórias individuais. Contudo, poucas pessoas compreendem este fenômeno natural desta maneira, concebendo-o apenas como uma etapa independente sem relações profundas com o restante das trajetórias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é um fenômeno presente na sociedade brasileira, entretanto ainda não recebeu a atenção devida por parte das entidades políticas e da sociedade, e é perceptível a influência desse processo no perfil epidemiológico da população idosa, aumentando a prevalência das doenças crônico-degenerativas e trazendo novas demandas aos serviços de saúde.

Apesar de toda a campanha realizada pelas entidades em defesa do SUS e em torno dos serviços de saúde relacionados à Atenção Primária a Saúde, o sistema ainda requer muitas readequações e mudanças para conseguir sanar as desigualdades no acesso e ofertar saúde de qualidade a todos os cidadãos seguindo os princípios da equidade, igualdade e universalidade. Apesar da Comunidade Rural da Canabrava contar com uma Unidade de Saúde na localidade, o acesso não é plenamente garantido à população e quando tem o acesso os mesmos não são satisfatórios.

Diante dos resultados das variáveis analisadas podemos concluir que o grupo populacional de idosos da Canabrava é composto basicamente pelo sexo feminino, na faixa etária entre 60 e 83 anos de idade, mais da metade da amostra considera a saúde pessoal como regular, 20% consideram boa e 13% como péssima.

Quando necessitam de algum atendimento médico 73% da população idosa recorrem a Unidade de Saúde da Família. Posteriormente ao serem notificados sobre a necessidade de direcionar-se a algum médico específico 67% dos depoentes declaram que recorrem diretamente ao consultório médico particular, mostrando-se insatisfeitos com os serviços da rede pública gratuita, bem como a demora no acesso aos serviços. Só 27% recorrem a Secretaria de Saúde na tentativa de conseguir uma consulta via SUS na forma do processo TFD (Tratamento Fora do Domicílio) pelo fato do município não contar com uma rede de serviços para casos mais complexos. E 7% declarou que se desloca ao hospital da cidade vizinha em busca do serviço.

Em se tratando dos fatores que contribuem para um elevado índice de longevidade, 47% dos depoentes citaram a adoção de hábitos saudáveis como primordial, 20% declararam que consideram a alimentação adequada. Seguidamente outros 20% acreditam que a pessoa precisa gostar de viver e 13% atribuem a longevidade a fatores espirituais ligados a Deus.

Da amostra analisada 47% disseram ter acessado os serviços de saúde nos últimos seis meses, enquanto 53% afirmaram não terem tido necessidade. E quanto aos que declaram recorrer às instituições de saúde nos últimos meses, 53% são dependentes de medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis, que requer acompanhamento médico frequente, e os mesmos declararam que a busca por medicamentos é o fator determinante que justifica suas frequentes idas a USF.

Em relação às enfermidades com maior grau de prevalência entre os idosos da população estudada a hipertensão é a líder, cerca de 34% dos depoentes afirmaram ser portadores da mesma, 27% afirmaram que possuem elevados níveis de colesterol, 20% sofrem de artrose, outros 20% são diabéticas e 13% fazem tratamento para tratar problemas na tireoide. E quanto à forma como adquirem a medicação para tratamento dessas doenças, 34% adquire gratuitamente através dos programas do governo, 27% tiveram que pagar pelo remédio, pois alguns não são disponibilizados pelo SUS, 40% declararam que não fazem uso de nenhum tipo de medicação para controle de doenças-crônicas não transmissíveis.

A presente pesquisa pretendeu investigar a percepção do idoso da Comunidade Rural de Canabrava acerca do envelhecimento e saúde, e por considerarmos de fundamental importância o acesso aos serviços de saúde para a obtenção de um envelhecimento saudável. Buscamos juntos aos idosos conhecer a forma como se dá esse acesso na USF da comunidade e no município.

Infelizmente, diante dos resultados encontrados na pesquisa, há uma grande deficiência nos serviços de saúde ofertados aos idosos pelo município, ficando evidente que mesmo a saúde sendo considerada direito constitucional garantida mediante políticas públicas não assegura o acesso e a permanência do usuário aos serviços prestados pelo SUS, levando maior parte da população a recorrerem a clínicas particulares em busca de atendimentos médicos pelos quais deveriam receber gratuitamente.

As iniquidades presentes na atual conjuntura do estado saúde no Brasil nos convidam a ter um olhar mais atento para as questões relacionadas ao acesso e a utilização aos serviços de saúde no campo do direito. Convidando o poder público a investir mais em programas que favoreçam o envelhecimento saudável de todo o cidadão e formular programas e ações especializadas para os idosos por constituir o grupo populacional que mais cresce na atualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Camila Carvalho; PESSOA, Fabrício Silva (org.). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA: São Luís, 2014.

BORGES, Ana Paula Abreu & COIMBRA, Angela Maria Castilho (org.). **Educação a Distância Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância: Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. – (Série textos básicos ; n. 67)

FIALHO, C.B. **Uso de serviços de saúde por idosos com incapacidade funcional**: um estudo epidemiológico baseado no Inquérito de Saúde de Belo Horizonte, 2003 / Camila Bruno Fialho. – Belo Horizonte, 2012.

GADAMER, H.G. **O caráter oculto da saúde**. São Paulo: Vozes, 2006.

JACOB-FILHO, W. **Promoção da Saúde do Idoso**. São Paulo: Lemos, 1998.

MEDEIROS, K. R. **Modelos assistenciais e equidade em saúde**: o caso do município de Camaragibe-PE. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza & COIMBRA JR, Carlos E. A. (org.) **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil**. São Paulo: Einstein, 2008.

NETTO, P.M. **Questões metodológicas na investigação sobre velhice e envelhecimento**. In: FREITAS, E.V. *et. al.* Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.

NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades**. In: Cadernos de Pesquisas em Administração, v. 1, n.3, 2º sem, 1996.

Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. **Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar**. Cad Saúde Pública 2004; 20:386-402.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 12 jan. 2016.

PAIM, J. S. “A reforma sanitária e os modelos assistenciais”. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. p. 455-466.

PAIM, J. S. **Perspectivas do sistema público de saúde no Brasil**. Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí, Terezina, v. 1, n. 2, p. 120-132, jul./dez. 1998.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

SÁ, Domício Aurélio. **Atenção à saúde no Brasil: um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. SIA/SUS**: Recife, 2002.

SALGADO, M.A. **A velhice é uma questão social**. São Paulo: SESC, 1980.

TRAVASSOS, C; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C.M. **Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil**. *In: Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde**. *In: Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2, p. S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. **Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003**. *In: Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 23, v. 10, p. 2490-2502, out 2007.